



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

Características de los pacientes con infarto agudo de miocardio
ST elevado que ingresan al Hospital Cayetano Heredia

Characteristics of patients with acute ST elevated myocardial
infarction admitted at Cayetano Heredia Hospital

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
CARDIOLOGÍA

AUTOR

ROCIO GABRIELA ESPINOZA LEIVA

ASESOR

JORGE ISAAC QUISPE CARDENAS

LIMA – PERÚ

2025

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

1 de 202: ROCIO GABRIELA ESPINOZA LEIVA
Características de los pacientes con infarto agudo de mio...

Similitud 21% Marcas de alerta

UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA | Facultad de
MEDICINA

1 Características de los pacientes con infarto agudo de miocardio
ST elevado que ingresan al Hospital Cayetano Heredia

26
2 Characteristics of patients with acute ST elevated myocardial
infarction admitted at Cayetano Heredia Hospital

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
CARDIOLOGÍA

AUTOR
ROCIO GABRIELA ESPINOZA LEIVA
ASESOR
JORGE ISAAC QUISPE CARDENAS

LIMA – PERÚ
2025

Informe estándar
Informe en inglés no disponible [Más información](#)

21% Similitud estándar [Filtros](#)

Fuentes
Mostrar las fuentes solapadas

- 1 Trabajos del estudiante
Universidad de San Martín de Porres 3%
6 bloques de texto 79 palabra que coinciden
- 2 Internet
repositorio.upch.edu.pe 3%
6 bloques de texto 88 palabra que coinciden
- 3 Internet
pesquisa.bvsalud.org 2%
4 bloques de texto 48 palabra que coinciden
- 4 Internet
www.revespcardiol.org 1%
3 bloques de texto 34 palabra que coinciden
- 5 Trabajos del estudiante
Universidad Mariano Gálvez de Guatemala 1%
2 bloques de texto 27 palabra que coinciden

Página 1 de 13 2655 palabras 146%

Mostrar escritorio

1. RESUMEN

Introducción: El infarto agudo de miocardio genera una importante morbimortalidad a nivel mundial y la epidemiología a nivel nacional se informa en pocos registros. Es importante generar información sobre las características de este grupo de pacientes a nivel local para prevenir eventos adversos y plantear estudios de mayor nivel a futuro. **Objetivo:** Describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con infarto agudo de miocardio ST elevado que ingresaron al hospital Cayetano Heredia entre enero 2023 y enero 2024. **Diseño de estudio:** Serie de casos de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo. **Población y muestra:** Pacientes con infarto agudo de miocardio ST elevado que ingresaron al hospital Cayetano Heredia en el periodo de enero 2023 a enero 2024. **Procedimientos y técnicas:** Se obtendrán los datos de los pacientes que ingresaron por infarto agudo de miocardio con elevación del ST al Hospital Cayetano Heredia en el periodo de enero 2023 a enero 2024. El muestreo se realizará por conveniencia. **Análisis estadístico:** Los datos serán analizados en el programa de datos Excel. Las variables cuantitativas se describirán mediante rangos intercuartiles, la mediana y las variables cualitativas serán descritas en porcentajes, para lo cual se va a utilizar el software estadístico SPSS versión 24.

Palabras clave: Infarto agudo de miocardio, elevación del segmento ST, intervención coronaria percutánea

2. INTRODUCCIÓN

El síndrome coronario agudo afecta a alrededor de 7 millones de personas en el mundo y más de 1 millón son hospitalizados anualmente, es la principal causa de muerte cardiovascular y representa el 38% de muertes en mujeres y 44% en hombres en los países que conforman la Sociedad Europea de Cardiología. (1) Particularmente el infarto agudo de miocardio con elevación del ST tiene una mortalidad hospitalaria entre el 4 al 12%. (2)

En Perú fallecen más de 4 mil personas por infarto cardíaco en el Perú, entre ellos la mayor incidencia se presenta en Lima donde se concentran aproximadamente el 50% de casos, hasta julio del 2024 se han reportado 479 atenciones en los hospitales Minsa a nivel Nacional. (3)

El infarto agudo de miocardio ST elevado (IAMCEST) se produce por una obstrucción total y persistente del flujo sanguíneo en una arteria coronaria, generando una isquemia miocárdica transmural que causa una lesión o necrosis miocárdica, con clínica sugerente de isquemia evidenciado en un electrocardiograma. El daño miocárdico se manifiesta con la detección de un incremento de los valores de troponina T ya sea con un patrón ascendente o descendente y con al menos un valor por encima del 99 percentil independientemente del mecanismo fisiopatológico. (4) En el caso del infarto con ST elevado no es mandatorio obtener previamente estos valores para definir el diagnóstico y manejo.

Esta entidad corresponde al 30% de todos los síndromes coronarios agudos afectando más frecuentemente a varones entre 60 y 70 años en Perú, promedio de edad similar a la reportada a nivel mundial. (1, 5)

Una vez establecido el diagnóstico de IAMCEST mediante un electrocardiograma tomado dentro de los primeros 10 minutos del primer contacto médico, la terapia ideal es la reperfusión mediante una intervención coronaria percutánea (ICP) primaria dentro de las 2 horas y en caso la ICP no pueda ser efectivizada en ese tiempo se debe realizar fibrinólisis para posteriormente realizar la ICP. (1) Sin embargo, en nuestro medio existen muchos factores que retrasan la reperfusión dentro de los tiempos establecidos en las guías, entre ellos los factores más frecuentemente asociados son la demora para el primer contacto médico, demora en el transporte, falta de insumos en sala de hemodinámica, negativa del paciente para recibir la terapia, contraindicaciones para la fibrinólisis y demora en el diagnóstico. (5)

La intervención coronaria percutánea es una intervención endovascular de las coronarias con diferentes dispositivos con el fin de revascularizar las arterias coronarias obstruidas, los métodos más frecuentemente utilizados son la angioplastia con balón y la angioplastia con stent, estos dispositivos se expanden y se presionan contra las paredes arteriales para permitir el retorno del flujo sanguíneo. (6) Este procedimiento puede denominarse de diferentes maneras de acuerdo a su relación temporal con el inicio de los síntomas y la efectivización de la trombólisis. La ICP primaria es la angiografía inmediata seguida de ICP sin fibrinólisis previa antes de las 12 horas de evolución. La ICP facilitada o fármaco-invasiva es la ICP posterior a la administración de tratamiento fibrinolítico; incluye

ICP de rescate (después de la fibrinólisis fallida antes de las 48 horas), ICP sistemática (entre las 2 y 24 horas tras fibrinólisis exitosa) e ICP sistemática diferida (entre las 24 a 72 horas tras fibrinólisis exitosa). Por otro lado, se encuentra la ICP tardía (entre las 12 a 24 horas de evolución del infarto, sin trombólisis previa). **7**

La ICP primaria es la estrategia de reperfusión preferida debido a que reduce las tasas de reinfarto y muertes comparado a la fibrinólisis. (2, 8)

Los resultados de la ICP en el contexto del IMA ST elevado se pueden medir con las cifras de éxito y complicaciones, los resultados pueden ser inmediatos como la recuperación del flujo TIMI 2 o 3, resolución del ST o alivio de la angina. Así mismo, se puede valorar con la ausencia de complicaciones como el shock cardiogénico, falla cardíaca aguda, inestabilidad eléctrica, revascularización repetida del vaso tratado, trombosis o reestenosis de stent, reinfarto o muerte. (6, 9)

Los factores de riesgo asociados al STEMI son la edad, el sexo, obesidad, sedentarismo, hipertensión arterial, dislipidemia, tabaquismo, diabetes y consumo de cocaína; los cuales generan aterosclerosis y aumentan la inestabilidad de placa así como la formación de un trombo. (10)

Los factores relacionados a mortalidad que han sido descritos en los estudios son la edad, el género, la diabetes con sus distintos niveles de glicemia y los retrasos hasta la intervención; muchos de estos factores son modificables. (11)

El shock cardiogénico en el contexto del infarto agudo de miocardio (IAM) ocurre cuando la lesión afecta más del 40% de la masa miocárdica debido a la reducción del gasto cardíaco y la hipoperfusión que genera en los órganos. (12, 13) La sociedad de Angiografía e Intervención Cardiovascular (SCAI) presenta un sistema

de clasificación del shock cardiogénico que pueda ser aplicado en la práctica clínica. Este estadiaje es un predictor independiente e importante de efectos adversos en pacientes con IAM, siendo peor el pronóstico en etapas avanzadas de shock. (14)

Las complicaciones más usualmente asociadas al infarto son la insuficiencia cardíaca, el trombo ventricular izquierdo, la pericarditis, las arritmias, el sangrado y las complicaciones mecánicas; estas últimas son más frecuentes en pacientes con IAMCEST y son potencialmente mortales por lo que se deben identificar y tratar inmediatamente. (7) Para realizar la estratificación de los pacientes según la gravedad de insuficiencia cardíaca posterior al infarto, se usa el sistema de clasificación clínica Killip, el cual tiene un valor pronóstico independiente. Las tasas de mortalidad asociadas son del 9 % para las clases Killip I, 13.6 % Killip II, 27.4 % Killip III y 50.5 % Killip IV.

El manejo del IAMCEST está estandarizado en las guías de práctica clínica, basado en los estudios, los cuales han demostrado los beneficios de la reperfusión dentro de las primeras 12 horas; sin embargo, en nuestro medio no se llega al objetivo de tiempo de revascularización adecuado, por lo que es necesario conocer los tiempos exactos en nuestra institución para implementar medidas y optimizar la atención de este tipo de pacientes. de mejora en la atención.

Este estudio busca describir la realidad de la atención del infarto en los hospitales públicos MINSA y sus eventos clínicos. Al determinar las características de los pacientes con IAMCEST y el conocimiento de dichas variables, se pueden tomar medidas de prevención y manejo de factores de riesgo para el desarrollo de

enfermedad coronaria. Así mismo, servirá de base de datos para futuros estudios de mayor nivel como los analíticos y de intervención.

¿Cuáles son las características de los pacientes que ingresan por IAMCEST al Hospital Cayetano Heredia? La enfermedad coronaria isquémica es la principal causa de muerte en pacientes con edad superior a 60 años, por lo que es necesario tener información sobre las características de estos pacientes y la frecuencia de cada tipo de intervención coronaria percutánea según sus características temporales y estado de trombólisis.

3. OBJETIVOS

Objetivo general

- Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con infarto agudo de miocardio ST elevado que ingresaron al hospital Cayetano Heredia entre enero 2023 y enero 2024

Objetivos específicos

- Describir las características epidemiológicas de los pacientes con infarto agudo de miocardio ST elevado que ingresaron al hospital Cayetano Heredia.
- Evaluar las características clínicas de los pacientes con infarto agudo de miocardio ST elevado que ingresaron al hospital Cayetano Heredia.
- Precisar los tiempos de primer contacto médico, llegada al hospital, inicio de trombólisis e ingreso a intervención coronaria percutánea.
- Determinar la frecuencia de trombólisis exitosa y no exitosa en pacientes con infarto agudo de miocardio ST elevado.

- Especificar la frecuencia de cada tipo de intervención coronaria percutánea en pacientes con infarto agudo de miocardio ST elevado
- Describir la frecuencia y tipo de complicaciones en pacientes con infarto agudo de miocardio ST elevado

4. MATERIAL Y MÉTODO

a) Diseño del estudio:

Estudio descriptivo, de tipo transversal y retrospectivo, de serie de casos.

b) Población:

La población a estudiar serán los pacientes con infarto agudo de miocardio ST elevado que ingresaron al hospital Cayetano Heredia en el periodo de enero 2023 a enero 2024.

Crterios de inclusión

- Pacientes con edad superior a 18 años con infarto agudo de miocardio con elevación del ST que ingresaron al Hospital Cayetano Heredia entre enero 2023 – enero 2024 independientemente del tiempo de inicio de síntomas, estado de fibrinólisis e intervención coronaria percutánea, incluye pacientes con complicaciones como falla cardíaca, inestabilidad hemodinámica o arritmias potencialmente mortales secundarias a IAM ST elevado.

Crterios de exclusión

- Paciente con infarto agudo de miocardio sin elevación del ST o con angina inestable

- Pacientes con falla cardiaca, shock cardiogénico o arritmias de etiología diferente al IAMCEST.

c) Muestra:

El muestreo se realizará por conveniencia por lo que se incluirán a todos los pacientes que ingresaron por infarto agudo de miocardio con elevación del ST que cumplan con los criterios de inclusión mencionados.

d) Definición operacional de variables: (Ver Anexo 1)

Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST: daño miocárdico agudo con evidencia clínica de isquemia miocárdica aguda con una nueva elevación del ST en 2 o más derivadas contiguas: V2 - V3 (mayor o igual a 2.5 mm en varones con edad inferior a 40 años y mayor o igual a 2 mm en varones mayores de 40 años, mayor o igual a 1.5 mm en pacientes mujeres sin importar la edad o > 1mm en las demás derivadas, en ausencia de hipertrofia del ventrículo izquierdo o bloqueo de rama izquierda del haz de his.

Intervención coronaria percutánea (ICP): procedimiento mediante cateterismo izquierdo con el fin de reperfundir una arteria coronaria obstruido a través de angioplastia con balón, stent u otro dispositivo aprobado

ICP primaria: angiografía inmediata seguida de ICP sin fibrinólisis previa antes de las 12 horas de evolución.

ICP facilitada o fármaco-invasiva: ICP posterior a la administración de tratamiento fibrinolítico. Incluye ICP de rescate, ICP sistemática e ICP sistemática diferida.

ICP de rescate: ICP después de la fibrinólisis fallida antes de las 48 horas

ICP sistemática: ICP de la arteria culpable entre las 2 y 24 horas tras fibrinólisis exitosa.

ICP sistemática diferida: ICP de la arteria culpable entre las 24 a 72 horas tras fibrinólisis exitosa.

ICP tardía: ICP entre las 12 a 24 horas de evolución del infarto, sin trombólisis previa

Trombólisis: administración de fibrinolíticos dentro de las primeras 12 horas de inicio del dolor.

Trombólisis efectiva: disminución del segmento ST $> 50\%$, desaparición del dolor anginoso y presencia de arritmias de reperfusión.

Trombólisis no efectiva: disminución del segmento ST $< 50\%$, persistencia de dolor torácico.

Primer contacto médico (PCM): periodo en que el paciente es evaluado por un personal de salud entrenado en obtener e interpretar el electrocardiograma (centro de salud, hospital o clínica)

Tiempo de ingreso al hospital: tiempo en horas desde que el paciente inicia con los síntomas hasta su llegada al hospital Cayetano Heredia.

Tiempo de inicio de trombólisis: tiempo en horas desde la presentación de los síntomas hasta el inicio de la trombólisis.

Tiempo hasta ICP: tiempo en horas que ha pasado desde que se presentaron los síntomas hasta el ingreso a intervención coronaria percutánea

Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI): cantidad de sangre que el ventrículo izquierdo expulsa en cada contracción, se expresa en porcentaje.

Clase Killip y Kimball: clasificación para realizar una estimación clínica la gravedad del infarto agudo de miocardio

I: sin ningún signo ni síntoma de insuficiencia cardiaca

II: presencia de tercer ruido, crepitantes o incremento de la presión venosa yugular

III: edema agudo de pulmonar

IV: shock cardiogénico

Shock cardiogénico: presencia de hipotensión sistémica e hipoxia tisular debido a disfunción cardiaca. Presión arterial sistólica (PAS) < 90 mmHg por al menos 30 minutos o requerimiento de medidas de soporte para mantener PAS > 90 mmHg. Los criterios hemodinámicos son: índice cardiaco ≤ 2.2 L/min/m² y una presión en cuña del capilar pulmonar ≥ 15 mm Hg.

Clasificación SCAI: sistema de clasificación de shock cardiogénico desarrollado por la Sociedad de Angiografía e Intervención Cardiovascular.

A: en riesgo. Paciente con IAM, infarto anterior o insuficiencia cardiaca descompensada.

B: pre shock. Hipotensión o taquicardia con ausencia de signos de hipoperfusión.

C: Shock Clásico. Hipoperfusión con requerimiento de inotrópicos, vasopresores o soporte mecánico a pesar de administración de líquidos.

D: Deterioro o fatalidad. Paciente que empeora a pesar del manejo inicial.

E: Extremo. Choque refractario, paro cardíaco con RCP en curso o con el apoyo con múltiples intervenciones.

e) Procedimientos y técnicas:

Se solicitará la lista de pacientes que ingresaron al Hospital Cayetano Heredia con diagnóstico de infarto agudo de miocardio en el periodo de enero 2023 a enero 2024, de la lista solo se extraerán los nombres de los pacientes con IAMCEST. Luego se revisarán las historias clínicas de dichos pacientes en archivo del hospital y se procederá a buscar las variables de interés necesarias para el estudio, posteriormente los datos recolectados se registrarán mediante una ficha (Anexo 1). Una vez revisadas todas la historias clínicas y llenadas en la ficha descrita, la data será registrada en una hoja de Excel para realizar el análisis de datos y obtención de resultados.

f) Aspectos éticos del estudio:

El presente estudio se realizará en el servicio de Cardiología del Hospital Cayetano Heredia, por lo que se solicitará la autorización comité de ética, así mismo, se mantendrá la privacidad de la información obtenida del historial médico, respetando la propiedad de la información de los pacientes. Cada registro será codificado según orden de llenado en Excel, esta información será almacenada y de acceso solo para los investigadores principales.

Debido a que la información será obtenida del registro del historial médico y no directamente de los pacientes, no será necesario hacer firmar el consentimiento informado.

El presente protocolo será registrado en el SIDISI-UPCH y enviado para su aprobación por el Comité de Ética Institucional en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia previo a su ejecución.

g) Plan de análisis:

Una vez registrada la data en la ficha de recolección de datos, se analizarán en el programa de Excel. Por ser una serie de casos, se describirán las variables cuantitativas mediante rangos intercuartiles y mediana y las variables cualitativas se describirán en porcentajes, para lo cual se va a utilizar el software estadístico SPSS versión 24.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Akbar H, Kahloon R, Mountfort S. Acute ST-segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI). [Internet]. 2024 Jan. [Citado 22 de octubre 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532281/>
2. Sanz- Sánchez J, Stefanini G. Timing and completeness of revascularization in acute coronary syndromes. *Heart* [Internet]. 2021 Jun 24;108(8):648–656.
3. Al año más de 4 mil personas mueren por infarto en el Perú [Internet]. Gob.pe. [citado el 11 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/34838-al-ano-mas-de-4-mil-personas-mueren-por-infarto-en-el-peru>
4. Consenso ESC 2028 sobre la cuarta definición universal del infarto. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2019; 72(1): 72.el-72.e.27.
5. Chacón-Díaz M, Vega A, Aráoz O, Ríos P, Baltodano R, Villanueva F, et al. Características epidemiológicas del infarto de miocardio con elevación del segmento ST en Perú: resultados del Peruvian Registry of ST-segment Elevation Myocardial Infarction (PERSTEMI). *Arch Cardiol Mex* [Internet]. 2018;88(5):403–12. Disponible en: [http://www.archivoscardiologia.com/previos/\(2018\)%20ACM%20Vol%2088.%205%20DICIEMBRE/ACMX_2018_88_5_403-412.pdf](http://www.archivoscardiologia.com/previos/(2018)%20ACM%20Vol%2088.%205%20DICIEMBRE/ACMX_2018_88_5_403-412.pdf)
6. Libby P, Bonow R, Tomaselli G, Bhatt D, Solomon S, Braunwald E, editores. Braunwald. *Tratado de Cardiología: Texto de Medicina Cardiovascular*. 12a ed.
7. Guía ESC 2023 sobre el diagnóstico y tratamiento de los síndromes coronarios agudos. Grupo de trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología.

8. Zijlstra F, Hoorntje J, de Boer M, Reiffers S, Miedema K, Ottervanger J, et al. Long-term benefit of primary angioplasty as compared with thrombolytic therapy for acute myocardial infarction. *N Engl J Med* [Internet]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10547403/>
9. Hamada S, Nishiue T, Nakamura S, et al. TIMI frame count immediately after primary coronary angioplasty as a predictor of functional recovery in patients with TIMI 3 reperfused acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*. 2001; 38: 666–671.
10. Akbar H, Foth C, Kahloon RA, Mountfort S. Acute ST-segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI). In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publicado; 2024.
11. Yan F, Zhang Y, Pan Y, Li S, Yang M, Wang Y, Yanru C, Su W, Ma Y, Han L. Prevalence and associated factors of mortality after percutaneous coronary intervention for adult patients with ST-elevation myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis. *J Res Med Sci* [Internet]. 2023 Mar 16;28:17.
12. Alonso D, Scheidt S, Post M, Killip T. Pathophysiology of cardiogenic shock. Quantification of myocardial necrosis, clinical, pathologic and electrocardiographic correlations. *Circulation* [Internet]. 1973 Sep;48(3):588-96.
13. Lim H. Phenotyping and Hemodynamic Assessment in Cardiogenic Shock: From Physiology to Clinical Application. *Cardiol. Ther* [Internet]. 2022 Dec;11(4):509-522.
14. Ryabov V, Panteleev O, Kercheva M, Gorokhovskiy A, Syrkin A, Margolis N. SCAI Staging Application for Acute Myocardial Infarction-Related Cardiogenic Shock at a Single-Center Russian Registry. *J Clin Med* [Internet]. 2023 Dec 17;12(24):7739.
15. Hashmi K, Adnan F, Ahmed O, Yaqeen S, Ali J, Irfan M, Edhi M, Hashmi A. Risk Assessment of Patients After ST-Segment Elevation Myocardial Infarction by Killip Classification: An Institutional Experience. *Cureus* [Internet]. 2020 Dec 21;12(12):e12209.

6. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

Tabla 1. Presupuesto

MATERIAL	TIEMPO	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Electricidad	5 meses	150 soles / mes	750 soles
Internet	5 meses	70 soles / mes	350 soles

Viáticos	5 meses	120 soles / mes	600 soles
Útiles de oficina	5 meses	100 soles / mes	500 soles
Total			2200 soles

Autofinanciado

Tabla 2. Cronograma de actividades

ACTIVIDAD	Diciembre 2024	Enero 2025	Febrero 2025	Marzo 2025
Redacción del protocolo	X	X		
Presentación a la Facultad de Medicina			X	
Presentación al comité de ética			X	
Recolección de datos			X	
Análisis de datos			X	X
Redacción de resultados				X
Entrega del proyecto				X

7. ANEXOS

Anexo 1. Definición operacional de las variables del estudio

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FORMA DE REGISTRO	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN
-----------------	-------------------------------	--------------------------	-------------	---------------------------

Edad	Tiempo en años desde el nacimiento	Años	Cuantitativa continua	De razón
Sexo	Fenotipo masculino o femenino	Femenino/masculino	Cualitativa dicotómica	Nominal
Grado de instrucción	Nivel de estudios del paciente	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior	Cualitativa	Ordinal
IMC	Número que se calcula con base en el peso y la estatura de la persona	Normal Sobrepeso Obesidad	Cualitativa	Ordinal
Diabetes mellitus	Enfermedad metabólica debido a deficiencia o resistencia a la insulina. Antecedente de diabetes mellitus o uso de hipoglicemiantes	Sí No	Cualitativa dicotómica	Nominal
Hipertensión arterial	Niveles de presión arterial > 140/90. Antecedente o uso de antihipertensivos registrado en la historia	Sí No	Cualitativa dicotómica	Nominal
Tabaquismo	Consumo de tabaco al menos un cigarro diario durante 6 meses o más	Sí No	Cualitativa dicotómica	Nominal
ACV previo	Antecedente de accidente cerebrovascular isquémico o hemorrágico	Sí No	Cualitativa dicotómica	Nominal
Fibrilación auricular	Taquiarritmia auricular evidenciada en un electrocardiograma de 12 derivadas o antecedente registrado en la historia	Sí No	Cualitativa dicotómica	Nominal

Enfermedad renal crónica	Deterioro crónico e irreversible de la función renal o depuración de creatinina <60mL/min calculado por ecuación CKD-EPI registrado en la historia clínica	Sí No	Cualitativa Dicotómica	Sí No
Intervención coronaria percutánea previa	Procedimiento para la revascularización de la arteria coronaria obstruida a través de angioplastia con balón, stent u otro dispositivo aprobado	Sí No	Cualitativa dicotómica	Sí No
Fracción de eyección VI (FEVI)	Cantidad de sangre que se bombea en cada latido expresada en porcentaje	<40% 41 – 49% > 50%	Cualitativa	Ordinal
Colesterol LDL	Lipoproteínas de bajas densidad, valor registrado en la historia	Valor en mg/dL	Cuantitativo	De razón
IMA previo	Antecedente de infarto agudo de miocardio registrado en la historia	Sí No	Cualitativa dicotómica	Nominal
Clase Killip	Clasificación de Killip Kimbal al ingreso	Clase I Clase II Clase III Clase IV	Cualitativa	Ordinal
Shock cardiogénico	PAS < 90 mmHg por al menos 30 minutos o requerimiento de medidas de soporte para mantener PAS > 90 mmHg	Sí No	Cualitativa dicotómica	Nominal

SCAI	Etapas de shock cardiogénico	A B C D E	Cualitativa ordinal	A B C D E
Estancia hospitalaria	Días transcurridos desde el ingreso hasta el alta	Días	Cuantitativa continua	De razón
Primer contacto médico	Momento en que el paciente es evaluado por primera vez por un personal de salud. Puede ser equivalente al tiempo de ingreso al hospital si no acudió a otro centro previamente	Horas	Cuantitativa continua	De razón
Tiempo hasta el ingreso al hospital	Tiempo desde el inicio de dolor hasta el ingreso al hospital	< 12 horas 12- 24 horas	Cualitativa dicotómica	Ordinal
Inicio de trombólisis	Tiempo desde el inicio de síntomas hasta el inicio de la trombólisis	Horas	Cuantitativa continua	De razón
Complicaciones	Complicaciones asociadas al infarto agudo de miocardio	Complicaciones mecánicas Arritmias Parada cardiaca Infecciones intrahospitalarias Muerte	Cualitativa politómica	Nominal
Ingreso a ICP	Tiempo desde el inicio de dolor hasta la intervención coronaria percutánea	Primaria De rescate Sistemática Sistemática diferida Tardía	Cualitativa politómica	Nominal
Número de stents implantados	Cantidad en números de stents implantados	1 2 3 4	Cuantitativa continua	De razón

Anexo 2. Ficha de recolección de datos

FICHA N°: _____

EDAD	_____ años	SEXO	Femenino () Masculino ()
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Sin instrucción () Primaria () Secundaria () Superior ()	IMC	Normal () Sobrepeso () Obesidad ()
COMORBILIDADES	HTA () DM2 () TABAQUISMO () ACV () ERC () IMA PREVIO () FA () ICP PREVIA ()	CLASE KILLIP	I () II () III () IV ()
FRACCIÓN DE EYECCIÓN VI	<40% () 41– 49% () > 50% ()	COLESTEROL LDL	_____ mg/dL
ESTANCIA HOSPITALARIA	_____ días	TIEMPO DE PCM	_____ horas Especificar: _____ –
TIEMPO DE EVOLUCIÓN AL INGRESO	< 12 horas () 12- 24 horas ()	TIEMPO DE INICIO DE TROMBÓLIS	_____ horas
FIBRINÓLISIS	Exitosa () No exitosa ()	INGRESO A ICP	Primaria () De rescate () Sistemática () Sistemática diferida () Tardía ()
SCAI	A () B () C () D ()	NÚMERO DE STENTS IMPLANTADOS	1 () 2 () 3 () 4 ()

	E ()		
COMPLICACIONES	Complicaciones mecánicas () Tipo: _____ Arritmias () Tipo: _____ Parada cardiaca () Infecciones intrahospitalarias () Tipo: _____ Muerte ()		