

Factores de riesgo asociados al infarto agudo de miocardio

Risk factors associated with acute myocardial infarction

Sandy Osmar Toledo Fernández¹ , Birsy Suarez Rivero¹ , Rene Santiago Borges Sandrino¹ ,
Alain Rosell Suárez² , Dania Cardosa García¹ , Daniel Lázaro Núñez Garlobo¹ 

¹Universidad de Ciencias Médicas de las Fuerzas Armadas Revolucionarias. Hospital Militar Central "Dr. Carlos Juan Finlay". La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas "Victoria de Girón". Policlínico "26 de Julio". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: las enfermedades cardiovasculares ocasionan más del 30 % de las muertes en el mundo, por lo que la intervención sobre los grupos de alto riesgo representa un salto cuantitativo superior en las estrategias para reducir la mortalidad. Objetivo: identificar factores de riesgo relacionados con el infarto agudo de miocardio. Método: se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal de una población de 254 sujetos egresados vivos y fallecidos con diagnóstico de infarto agudo de miocardio en el período comprendido entre enero del 2014 hasta diciembre del 2018 en el Hospital Militar Central "Dr. Carlos Juan Finlay". Para la identificación de factores de riesgo se utilizó la odds ratio, con un intervalo de confianza del 95 %. Resultados: el 87,4 % de los pacientes eran mayores de 50 años, el 52 % del sexo masculino. Falleció el 30,7 % de los pacientes. Los principales factores de riesgo asociados con el infarto agudo de miocardio fueron: la dislipidemia (OR: 3,023; IC 95 %: 2,356 – 3,754), el infarto agudo de miocardio previo (OR: 2,674; IC 95 %: 1,842 - 2,923), el tabaquismo (OR: 2,650; IC 95 %: 2,169 – 3,383) y la hipertensión arterial (OR: 2,524; IC 95 %: 1,946 – 2,800). Conclusiones: los principales factores de riesgo relacionados con el infarto agudo de miocardio son la dislipidemia, el infarto agudo de miocardio previo, el tabaquismo y la hipertensión arterial.

Palabras claves: letalidad; infarto agudo del miocardio; factores de riesgo.

ABSTRACT

Introduction: cardiovascular diseases account for more than 30% of deaths worldwide, so that intervention in high-risk groups represents a quantum leap forward in strategies to reduce mortality. Objective: to identify risk factors related to acute myocardial infarction (AMI). Method: an observational, descriptive, cross-sectional study was conducted on a population of 254 subjects discharged alive and deceased with a diagnosis of acute myocardial infarction in the period from January 2014 to December 2018 at the "Dr. Carlos Juan Finlay" Central Military Hospital. For the identification of risk factors, the odds ratio was used, with a confidence interval of 95 %. Results: 87.4 % of the patients were older than 50 years, 52 % were male. Of the patients, 30.7% died. The main risk factors associated with acute myocardial infarction were: dyslipidemia (OR: 3,023; 95 % CI: 2,356 – 3,754), previous acute myocardial infarction (OR: 2,674; 95 % CI: 1,842 – 2,923), smoking (OR: 2,650; 95 % CI: 2,169 - 3,383) and arterial hypertension (OR: 2,524; 95 % CI: 1,946 - 2,800). Conclusions: the main risk factors related to acute myocardial infarction are dyslipidemia, previous acute myocardial infarction, smoking and arterial hypertension.

Keywords: lethality; acute myocardial infarction; risk factors.



Publicado: 14/04/2023 || Recibido: 09/02/2023 || Aceptado: 25/03/2023

Citar como:

Toledo Fernández SO, Suarez Rivero B, Borges Sandrino RS, Rosell Suárez A, Cardosa García D, Núñez Garlobo DL. Factores de riesgo asociados al infarto agudo de miocardio. Revista 16 de abril [Internet]. 2023 [citado: fecha de acceso]; 62:e1763. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/1763

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) ocasionan más del 30 % de las muertes reportadas en el mundo, razón por la que varios autores han pensado en proponer el término de epidemia, pues constituyen un verdadero azote a la humanidad, principalmente la enfermedad coronaria que exhibe las mayores tasas de morbilidad y mortalidad de los países en desarrollo^{1,2}.

La cardiopatía isquémica (CI) está relacionada con factores de riesgo que son los desencadenantes de la aparición, progresión y mal pronóstico de la enfermedad coronaria^{3,4}. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), con cambios adecuados del estilo de vida se podrían prevenir más de las tres cuartas partes de la mortalidad cardiovascular. La prevención de la CI aún sigue siendo un reto importante para la población en general, los responsables políticos y los profesionales de la salud^{1,5}.

La enfermedad coronaria es un grave problema sanitario, forma parte del grupo de enfermedades no transmisibles (ENT) que representan el 63 % de las 57 millones de muertes que anualmente se producen en todo el mundo. En Cuba las ECV representan la primera causa de muerte en ambos sexos, con una media de 11,5 años de vida potencialmente perdidos como consecuencia de estas enfermedades. La tasa de mortalidad por ECV se ha incrementado desde 148,2 por 100 000 habitantes en 1970 hasta 241,6 en el año 2017^{6,7}.

El objetivo de esta investigación fue identificar factores de riesgo relacionados con el infarto agudo de miocardio (IAM).

MÉTODO

Tipo de estudio y contexto: se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal en pacientes egresados vivos y fallecidos con diagnóstico de IAM en el período comprendido entre enero del 2014 hasta diciembre del 2018 en el Hospital Militar Central "Dr. Carlos Juan Finlay".

Población de estudio: fue estudiada en su totalidad una población de 254 sujetos. Los criterios de inclusión fueron los pacientes con diagnóstico al egreso de IAM, tanto vivos como fallecidos, y los pacientes diagnosticados de IAM por necropsia, aunque ese no haya sido el diagnóstico al egreso en el período de estudio.

Variables y recolección de datos: se estudiaron las variables: edad, sexo, estado al egreso (vivo o fallecido) y factores de riesgo [hipertensión arterial (HTA), dislipemia, IAM previo, diabetes mellitus (DM), tabaquismo, obesidad, insuficiencia renal crónica (IRC)]. Los datos fueron recolectados de las historias clínicas.

Procesamiento estadístico: fue empleado el programa IBM SPSS versión 23.0 para la confección de la base de datos y el análisis estadístico. Para las variables cuantitativas se utilizaron las frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). La odds ratio (OR) se aplicó en la identificación de los factores de riesgo asociados con el IAM. Se trabajó con un intervalo de confianza del 95 %.

Consideraciones éticas: durante el proceso investigativo se cumplieron los requisitos éticos de: valor, validez científica, selección equitativa del sujeto, proporción favorable de riesgo-beneficio y evaluación independiente, según lo establecido en la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra la distribución de los pacientes por grupos de edades. El más afectado es el de 60-69 años, con el 28,3 %, seguido de 70-79 años (27,2 %).

Grupo de edades (años)	No.	%
Menos 39	4	1,6
40 a 49	28	11,0
50 a 59	46	18,1
60 a 69	72	28,3
70 a 79	69	27,2
Más de 80	35	13,8
Total	254	100

El sexo masculino predominó, con un total de 132 pacientes, para un 52 % (tabla 2).

Tabla 2. Pacientes con IAM según sexo		
Sexo	No.	%
Femenino	122	48
Masculino	132	52
Total	254	100

El 69,3 % fue egresado vivo y falleció el 30,7 % de los pacientes (tabla 3).

Tabla 3. Pacientes con IAM según estado al egreso		
Estado al egreso	No.	%
Vivos	176	69,3
Fallecidos	78	30,7
Total	254	100

En la tabla 4 se muestra la distribución según factores de riesgo relacionados con el IAM. De las variables analizadas, los principales factores de riesgo asociados con el IAM fueron: la dislipidemia (OR: 3,023; IC 95 %: 2,356 – 3,754), el IAM previo (OR: 2,674; IC 95 %: 1,842 - 2,923), el tabaquismo (OR: 2,650; IC 95 %: 2,169 – 3,383) y la HTA (OR: 2,524; IC 95 %: 1,946 – 2,800).

Tabla 4. Factores de riesgo asociados con el IAM			
Factores de riesgo	OR	IC 95 %	
		Límite inferior	Límite superior
Tabaquismo	2,650	2,169	3,383
Sexo masculino	1,190	1,004	2,563
Sexo femenino	0,778	0,456	1,689
HTA	2,524	1,946	2,800
IAM previo	2,674	1,842	2,923
Obesidad	1,957	1,004	2,037
Dislipidemia	3,023	2,356	3,754
DM	2,084	1,845	2,962
IRC	0,746	0,265	0,847

DISCUSIÓN

Teniendo en consideración la etiopatogenia de la enfermedad, se comprende que aquellos factores que faciliten o empeoren el desarrollo de la enfermedad aterosclerótica (especialmente a nivel de las arterias coronarias) jugarán un papel fundamental en el desarrollo y la mortalidad por CI. Estos factores de riesgo pueden ser modificados, tratados o controlados, mientras que otros no^{8,9}.

El 87,4 % de los pacientes con infarto cardíaco eran mayores de 50 años, lo cual coincide con otros estudios que encontraron una mayor frecuencia de la enfermedad a partir de la quinta década de la vida¹⁰⁻¹². A medida que aumenta la edad, aumenta el riesgo de padecer ECV, pues con el envejecimiento aparecen cambios en el aparato cardiovascular responsables de la disminución de la función sistólica del miocardio por aterosclerosis^{11,13,14}.

En un estudio de 16 años de duración, se determinó que el sexo masculino era el predominante en más del 70 % de los casos¹⁵. Similares resultados fueron encontrados por investigadores en México y en el servicio de urgencias del Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular¹⁶⁻¹⁸.

El IAM ha sido considerado desde hace años como una enfermedad que afecta principalmente al género masculino. Sin embargo, actualmente ha despertado gran interés como causa de muerte en las mujeres, debido a que ellas tienen mayor mortalidad intrahospitalaria, atribuible a la mayor edad de presentación con una media de 7 a 10 años más tarde que en los varones¹⁹⁻²⁰.

El género femenino presenta un perfil de riesgo diferente al masculino, pues se asocia con peor impacto hemodinámico y mayores complicaciones intrahospitalaria; se señala, además, que esperan más tiempo en buscar atención médica, por lo que se demoran más en recibir tratamiento de reperfusión, se presentan con más síntomas atípicos (hasta un 30 % de los casos), reciben menos intervenciones, son menos propensas a ingreso en unidades de cuidados intensivos y son tratadas de forma más conservadora, todo lo cual tiene un reconocido impacto en el pronóstico^{16,21}.

Las tasas de incidencia entre hombres y mujeres coinciden tras la menopausia debido a que los estrógenos retrasan la progresión de la aterosclerosis por sus acciones beneficiosas sobre el metabolismo lipídico ejerciendo un efecto vasoprotector con un aumento de los niveles séricos de lipoproteínas de alta densidad (HDL, por sus siglas en inglés)²².

La Asociación Americana del Corazón plantea que cuatro de cada cinco personas que mueren de cardiopatía coronaria tienen 65 o más años de edad. Las mujeres que ya han pasado la menopausia, al sufrir un ataque al corazón tienen alta probabilidad de complicaciones que los hombres, sin embargo, estos tienen mayor riesgo de infarto de miocardio que las mujeres y lo sufren a una edad más temprana, incluso, tras la menopausia, si bien aumenta la tasa de muerte por cardiopatía entre las mujeres, no es tan elevada como entre los hombres; esto coincide con lo planteado por otros autores¹⁸. En estudio realizado no relacionamos la edad con el sexo para poder determinar si nuestros resultados coinciden con lo reportado en la bibliografía nacional e internacional, lo que se considera una limitante.

La letalidad hospitalaria del IAM en el período estudiado fue del 30,7 %. En el hospital no existe un estudio previo para comparar estas cifras con años anteriores, tampoco la fraccionamos por años para poder precisar su comportamiento en esos 5 años. En Cuba existen pocas investigaciones que evalúen el cumplimiento de este indicador de calidad vinculado con el proceso asistencial. Los estudios publicados nos hacen plantear que la letalidad en nuestro hospital se encuentra por debajo de las cifras reportadas en Cuba y el mundo^{7,23-27}.

El 64,9 % de las muertes por enfermedades del corazón ocurre por enfermedades isquémicas, de ellas, el 45,3 % por IAM; en el Hospital Militar Central "Dr. Carlos Juan Finlay" fue menor²⁸. No obstante, se debe seguir actuando sobre los factores de riesgo y progresar en los medios diagnósticos y terapéuticos que influyen directamente en su letalidad.

En el estudio, la dislipemia fue el factor de riesgo que mostró mayor asociación con la ocurrencia del IAM. La hiperlipidemia, y entre ellas, la hipercolesterolemia, está considerada uno de los más importantes factores de riesgo para la hipertensión arterial y el IAM. Su importancia radica en los efectos sobre la aceleración de la arteriosclerosis en ambas enfermedades, que se potencian de forma exponencial cuando coinciden en el mismo sujeto. El riesgo de ocurrencia de IAM en pacientes con hipercolesterolemia aumenta unas 4,2 veces^{8,29}.

La variabilidad de los lípidos en sangre está determinada por factores endógenos relacionados con el metabolismo y exógenos, cuyo principal elemento lo constituye la dieta. La dieta interviene en la etiopatogenia de diversas alteraciones del metabolismo lipídico relacionadas con un riesgo aumentado de enfermedad aterosclerótica. Se plantea que concentraciones sanguíneas elevadas de triglicéridos y colesterol aumenta unas cinco veces el riesgo de sufrir un evento coronario agudo^{30,31}.

En orden de frecuencia, el segundo factor de riesgo relacionado con el IAM es el antecedente de IAM. Se ha constatado que los pacientes con varios factores de riesgo o con historia clínica de cardiopatía isquémica previa, tienen un riesgo superior de sufrir un nuevo episodio coronario y diversos estudios demuestran que el 6-8% de los sobrevivientes a un IAM sufren un nuevo infarto durante el primer año siendo la mortalidad mayor que en la población general³².

Tener antecedentes familiares de CI, principalmente de primer grado, duplica el riesgo de una persona a desarrollar la misma dolencia, independientemente de la etnia o la región. Esto está influenciado por factores genéticos, independientes de los factores de riesgo clásicos como el tabaquismo, la diabetes o la hipertensión. Estudios recientes apuntan a que este riesgo genético se basa en nueve variantes genéticas que se heredan de forma lineal y aditiva, cuya expresión resulta en una mayor predisposición a sufrir de CI³³.

El tabaquismo es otro de los factores mayores de riesgo para la enfermedad cardiovascular; en el presente estudio, es el tercero más frecuente. Un evento coronario agudo se anticipa aproximadamente 10 años en los fumadores en relación con los no fumadores. Al abandonar el tabaquismo, disminuye el riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular; sin embargo, se necesita un período de varios años para que el riesgo desaparezca por completo. El riesgo además aumenta directamente con el número de cigarrillos fumados al día³⁴.

Otro factor de gran importancia en la ocurrencia del IAM es el tiempo de evolución del hábito de fumar. Después de 10 años de fumar, se incrementa el riesgo de eventos cardiovasculares desde el 15 % hasta el 30 %, y si se suma la unión con otros factores como la edad, HTA, DM e hipercolesterolemia, este porcentaje puede ser considerable³⁵⁻³⁷.

La HTA en este estudio es otro de los factores de riesgo relacionados con el IAM, aunque con diferencias en relación con otras investigaciones^{37,38}, en la cuales se encontró que la HTA era el principal factor de riesgo para mortalidad por IAM.

Por tanto, en concordancia con los resultados, se puede plantear que la HTA incrementa la probabilidad de sufrir una enfermedad coronaria, sobre todo si además existen otros factores de riesgo potenciales, tales como tabaco, hipercolesterolemia y obesidad^{35,39}.

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye un potente predictor de ECV. Esto se explica por la alta prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular clásicos (edad, sexo, DM, HTA, dislipidemia) y no tradicionales (propios de la ERC, tales como el filtrado glomerular, albuminuria, anemia, metabolismo fosfocálcico, inflamación, entre otros). La influencia sobre el riesgo cardiovascular de estos 2 grupos de factores guarda una relación dicotómica: predominio de los tradicionales en etapas incipientes y de los no tradicionales en estadios más avanzados de la ERC.⁴⁰

CONCLUSIONES

Los principales factores de riesgo relacionados con el IAM son la dislipidemia, el IAM previo, el tabaquismo y la HTA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Montero A, García A, Zayas A, Fernández L, García C. Síndrome coronario agudo en el servicio de emergencias del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández, de Matanzas. *Rev Médica Electrónica* [Internet]. 2022 [citado 28/02/2023]; 44(1):100-15. Disponible en: <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/4185/5380>.
2. Thygesen K, Alpert J, Jaffe A, Chaitman B, Bax J, Morrow D, et al. Consenso ESC 2018 sobre la cuarta definición universal del infarto de miocardio. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2019 [citado 26/02/2023]; 72(1):e1-27. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/index.php?p=revista&tipo=pdfsimple&pii=S0300893218306365>.
3. Santos M, Rodríguez M, Prohías J, Ochoa L, Dueñas A, De Lara J. Bases metodológicas del registro cubano de infarto agudo de miocardio: de la utopía a la realidad. *Rev Cuba Cardiol Cir Cardiovasc* [Internet]. 2018 [citado 28/02/2023]; 24(2):185-202. Disponible en: <https://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/741>.
4. Bonilla D, Carrero A, Chipi Y, Sánchez S, Brito S. Características clínico-epidemiológicas del síndrome coronario agudo. *Rev Finlay* [Internet]. 2022 [citado 20/02/2023]; 12(3):8. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1167>.
5. Battilana J, Cáceres C, Gómez N, Centurión O. Fisiopatología, perfil epidemiológico y manejo terapéutico en el síndrome coronario agudo. *Mem Inst Investig En Cienc Salud* [Internet]. 30 de abril de 2020 [citado 07/04/2022]; 18(1):84-96. Disponible en: <https://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/view/552>.
6. Estévez Y, Cairo G, Quintero I, Pérez R, González D. Infarto agudo de miocardio en pacientes menores de 50 años. *Rev Cuba Cardiol Cir Cardiovasc* [Internet]. 2018 [citado 28/02/2023]; 24(1):11-25. Disponible en: <https://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/732>.
7. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud de Cuba 2019. 48 ed. [Internet]. 2020 [citado 05/02/2023] Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/disponible-edicion-48-del-anuario-estadistico-de-salud>.
8. Malakar A, Choudhury D, Halder B, Paul P, Uddin A, Chakraborty S. A review on coronary artery disease, its risk factors, and therapeutics. *J Cell Physiol* [Internet]. 2019 [citado 26/02/2023]; 234(10):16812-23. DOI: [10.1002/jcp.28350](https://doi.org/10.1002/jcp.28350).
9. Ibáñez E, Carmelita A, Duarte L, Giménez F, Olmedo E, Figueredo H, et al. Caracterización del infarto agudo de miocardio de pacientes atendidos en un centro de referencia. *Rev Virtual Soc Paraguaya Med Interna* [Internet]. 2022 [citado 12/04/2022]; 9(1):90-100. Disponible en: <https://www.revistaspmi.org.py/index.php/rvspmi/article/view/302>.
10. Dávila C. Tendencia e impacto de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en México, 1990-2015. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2019 [citado 28/02/2023]; 45(4):e1081. Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1081>.
11. Escobar E, Akel C. Infarto Agudo de Miocardio: conducta en el período prehospitalario. *Rev Chil Cardiol* [Internet]. 2019 [citado 08/04/2022]; 38(3):218-24. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sciabstract&pid=S071885602019000300218&lng=es&nrm=iso&tlng=es>.
12. D'Imperio H, Gagliardi J, Charask A, Zoni R, Quiroga W, Castillo Y, et al. Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST en la Argentina. Datos del registro continuo ARGENT-IAM-ST. *Rev Argent Cardiol* [Internet]. 2020 [citado 12/04/2022]; 88(4):297-307. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3053/305366270003/html/>.

13. Pichardo J, Pérez D, Alonso A. Caracterización de la mortalidad por IMACEST en el Hospital Arnaldo Milián Castro (Cuba) Estudio de 6 años (2013-18) .pdf. CorSalud. 2020 [citado 14/06/2022]; 12(3):254-66. Disponible en: <https://revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/693/1289>
14. Plain C, Pérez de Alejo A, Carmona C, Domínguez L, Alfonso Y, Roque L. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con Infarto Agudo de Miocardio en el Hospital «Mártires del 9 de Abril» de Sagua la Grande. Conv Int Salud. 2018 [citado 27/02/2022]; 8. Disponible en: <http://www.convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/view/1976>
15. Martínez A, Sainz B, Ramos B, Pacheco E, Zorio B, Castañeda G. Infarto agudo de miocardio con elevación del ST en el servicio de urgencias del Instituto de Cardiología. Rev Cuba Cardiol Cir Cardiovasc [Internet]. 2017 [citado 21/09/2022]; 23(1):250-9. Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/677>
16. Enamorado A, Goro G, García I, González M. Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes con Infarto Agudo de Miocardio con elevación del segmento ST. Rev Panor Cuba Salud Internet. 2020 [citado 14/02/2023]; 15(3):6. Disponible en: <https://revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/1260>
17. Scirica B, Libby P, Morrow D. Infarto de miocardio con elevación del segmento ST: fisiopatología y evolución clínica. Tratado de Cardiología [Internet]. 11na ed. 2019 [citado 15/09/2022]. 1095-1100 p. Disponible en: <https://axon.es/ficha/ebooks/9788491134282/braunwald-tratado-de-cardiologia-texto-de-medicina-cardiovascular-ebook>
18. Chapman A, Shah ASV, Lee KK, Anand A, Francis O, Adamson P, et al. Long-Term Outcomes in Patients With Type 2 Myocardial Infarction and Myocardial Injury. Circulation [Internet]. 2018 [citado 28/02/2023]; 137(12):1236-45. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5882250/>
19. Garcia H, McFadden EP, Farb A, Mehran R, Stone G, Spertus J, et al. Standardized End Point Definitions for Coronary Intervention Trials: The Academic Research Consortium-2 Consensus Document. Circulation. 12 de junio de 2018 [citado 10/05/2022]; 137(24):2635-50. DOI: [s10.1161/CIRCULATIONAHA.117.029289](https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.029289)
20. Chávez F, Espinola S, Chacón M. Diferencias relacionadas al Sexo en pacientes con Infarto Agudo de Miocardio ST elevado. Arch Peru Cardiol Cir Cardiovasc [Internet]. 2020 [citado 12/04/2022]; 1(1):31-6. Disponible en: <https://apccv.org.pe/index.php/apccc/article/view/10>
21. Domínguez J, Delgado R, Hernández A, Jiménez A. Infarto agudo de miocardio en mujeres ingresadas en el servicio de Cardiología del Hospital Joaquín Albarrán. Rev Arch Méd Camagüey [Internet]. 2019 [citado 12/04/2022]; 23(3):319-28. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/2111/211166531005/movil/>
22. Quesada Y, Pérez E, Pérez E, Rodríguez L, Rosales J. Infarto agudo de miocardio en una unidad de cuidados intensivos municipal. Rev Cuba Med Intensiva Emerg. 2020 [citado 18/09/2022]; 19(1):e660. Disponible en: <https://revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/660>
23. Santos M, Góngora D, Parra J, Rabert A. Factores predictivos de mortalidad hospitalaria en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. CorSalud [Internet]. 2018 [citado 27/02/2023]; 10(3):202-10. Disponible en: <https://revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/355>
24. Matteucci M, Fina D, Jiritano F, Meani P, Blankesteyn M, Raffa G, et al. Treatment strategies for post-infarction left ventricular free-wall rupture. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care [Internet]. 2019 [citado 26/02/2023]; 8(4):379-87. Disponible en: <https://academic.oup.com/ehjacc/article/8/4/379-387/5943991>
25. Valero A, Santos A, Rodríguez Y. Letalidad por infarto agudo de miocardio en el Hospital Provincial General Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus. Gac Méd Espirit 2018 [Internet]. 2018 [citado 20/01/2023]; 20(3):34-44. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/contenido.cgi?IDPUBLICACION=8084>
26. Martínez E, Méndez P, Martínez E, Paba C, Rodríguez J, Silva L. Mortalidad por enfermedad isquémica cardiaca según variables sociodemográficas en Bogotá, Colombia. Rev Salud Bosque [Internet]. 2020 [citado 28/02/2023]; 10(1):1-14. Disponible en: <https://revistasaludbosque.unbosque.edu.co/article/view/2828>
27. Wayne T, Saha S. Genetic Risk, Adherence to a Healthy Lifestyle, and Ischemic Heart Disease. Curr Cardiol Rep. 2019 [Internet] [citado 05/01/2023]; 21(1):1. DOI: [10.1007/s11886-019-1086-z](https://doi.org/10.1007/s11886-019-1086-z)
28. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Cuba. Cardiopatía isquémica. Estadísticas Mundiales. Factográfico salud. 2019 [citado 22/12/2022]; 5(2):11. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2019/02/factografico-de-salud-febrero-2019.pdf>
29. Hierrezuelo N, Álvarez J, Cruz J, Limia A. Factores de riesgo asociados a enfermedades cardiovasculares. Policlínico Ramón López Peña. Rev Cuba Cardiol Cir Cardiovasc [Internet]. 2021 [citado 19/11/2022]; 27(4):8. Disponible en: <https://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/1193>
30. Morán A, Duarte R, Ortiz I. Frequency of coronary risk factors in patients with acute myocardial infarction in the Cardiology Service of the Hospital de Clínicas. Rev Virtual Soc Paraguaya Med Interna [Internet]. 6 de septiembre de 2019 [citado 07/04/2022]; 6(2):57-63. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932019000200057

31. Paramio A, Letrán Y, Requesen R, Navas H. Riesgo cardiovascular global en el consultorio 10 del Policlínico Mártires de Calabazar. Municipio Boyeros. Rev Cuba Cardiol Cir Cardiovasc [Internet]. 2021 [citado 05/01/2023]; 27(1):7. Disponible en: <https://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/1008>
32. Clemente F, Rodríguez J, Rodríguez J. Factores que favorecen el reingreso en intensivos de pacientes con síndrome coronario agudo. Enferm Glob [Internet]. 2018 [citado 01/03/2023]; 17(52):36-63. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S169561412018000400036&lng=es&nrm=iso&tlng=es
33. Vitón A, Lorenzo B, Linares L, Lazo L, Godoy O. Caracterización clínico epidemiológica de pacientes con infarto agudo de miocardio. Rev Cienc Médicas Pinar Río [Internet]. 2018 [citado 26/12/2022]; 22(5):884-93. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3589>
34. Fernández E, Figueroa D. Tabaquismo y su relación con las enfermedades cardiovasculares. Rev Habanera Cienc Médicas [Internet]. 2018 [citado 28/02/2023]; 17(2):225-35. Disponible en: <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2044/2043>
35. Plain C, Carmona C, Domínguez L, Pérez A, García G. Comportamiento del infarto agudo de miocardio en pacientes hospitalizados. Rev Cuba Med Intensiva Emerg [Internet]. 2019 [citado 27/02/2023]; 18(2):e429. Disponible en: <https://revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/429>
36. Rahimi F, Maroofi M, Rahmani J, Bellissimo N, Hekmatdoost A. Serum uric acid and risk of cardiovascular mortality: a systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies of over a million participants. BMC Cardiovasc Disord. 2019 [citado 26/02/2023]; 19(1):218. DOI: [10.1186/s12872-019-1215-z](https://doi.org/10.1186/s12872-019-1215-z)
37. Ríos P, Pariona M, Urquiaga J, Méndez F. Características clínicas y epidemiológicas del infarto de miocardio agudo en un hospital peruano de referencia. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. 2020 [citado 12/04/2022]; 37(1):74-80. Disponible en: <https://medes.com/publication/151686>
38. Mulet A, Fernández B, Fernández F, Mulet A. Factores pronósticos de muerte en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. Correo Científico Méd Holguín [Internet]. 2020 [citado 22/09/2022]; 24(4):1074-89. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=98393>
39. Lago Y, Labrada D, Breijo A, Lago D, Sosa D. Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en pacientes mayores de 18 años. MultiMED [Internet]. 2022 [citado 31/10/2022]; 26(1):17. Disponible en: <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/2094>
40. Cabrera E, Parlá J, Olo J, Lezcano S, Rodríguez J, Echevarría R, et al. Relación del riesgo cardiovascular global con el ácido úrico y algunos componentes del síndrome metabólico. Rev Cuba Endocrinol [Internet]. 2018 [citado 01/03/2023]; 29(2):1-16. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=84718>

AUTORÍA

Sandy Osmar Toledo Fernández: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto, redacción – borrador original, redacción – revisión y edición.

Birsy Suarez Rivero: conceptualización, curación de datos, investigación, metodología, administración del proyecto, supervisión, validación, visualización, redacción – borrador original, redacción – revisión y edición.

Rene Santiago Borges Sandrino: análisis formal, metodología, validación, visualización, redacción – borrador original, redacción – revisión y edición.

Alain Rosell Suárez: investigación, redacción – revisión y edición.

Dania Cardosa García: investigación, redacción – revisión y edición.

Daniel Lázaro Núñez Garlobo: investigación, visualización, redacción – revisión y edición.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para la realización del presente estudio.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.



Este artículo de Revista 16 de abril está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Revista 16 de abril.