

## Comportamiento de pacientes con infarto agudo de miocardio en el Hospital "Dr. Carlos J. Finlay"

*Behavior of patients with acute myocardial infarction at the Dr. Carlos J. Finlay Hospital*

Sandy Osmar Toledo-Fernández<sup>1</sup>  , Birsy Suarez-Rivero<sup>1</sup> , Rene Santiago-Borges<sup>1</sup> ,  
Michael Godínez Zuaznabar<sup>1</sup> , Alain Rosell Suárez<sup>2</sup> , Rachel Pérez Arias<sup>2,3</sup> 

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

<sup>2</sup>Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas "Victoria de Girón". La Habana, Cuba.

<sup>3</sup>Hospital Pediátrico "Juan Manuel Márquez". La Habana, Cuba.

### RESUMEN

**Introducción:** el infarto agudo de miocardio es la manifestación más agresiva del conjunto de enfermedades cardiovasculares y la segunda causa de muerte como entidad individual. Su causa más frecuente la trombosis intracoronaria secundaria a la ruptura de una placa de ateroma. **Objetivo:** caracterizar el comportamiento de pacientes con infarto agudo de miocardio en el Hospital "Dr. Carlos J. Finlay" en el período 2014-2018. **Método:** se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de 254 pacientes egresados vivos y fallecidos con diagnóstico de infarto agudo de miocardio en el período comprendido para el estudio. Se revisaron las historias clínicas para la selección de las variables. Se procesaron los datos en el programa SPSS versión 23.0. **Resultados:** el 87,4 % de los pacientes eran mayores de 50 años, el 52 % del sexo masculino. El 55,1 % presentó una estadía entre 4-7 días, con un dolor típico el 45,3 %. La hipertensión arterial, la obesidad y la dislipemia fueron los factores de riesgos más frecuentes, en un 90,6 %, 52,8 % y 40,6 %, respectivamente. **Conclusiones:** el infarto agudo de miocardio fue más frecuente en pacientes del sexo masculino y por encima de los 50 años de edad. El diagnóstico se realizó por la tipicidad del dolor en la mayoría de los pacientes, con una estadía hospitalaria de menos de 7 días. Los factores de riesgo más frecuentes fueron la hipertensión arterial, la obesidad, la dislipemia y el tabaquismo, en ese orden de frecuencia.

**Palabras claves:** Infarto Agudo del Miocardio; Internación Hospitalaria; Tipicidad del Dolor en el Pecho; Factores de Riesgo.

### ABSTRACT

**Introduction:** acute myocardial infarction is the most aggressive manifestation of all cardiovascular diseases and the second leading cause of death as an individual entity. Its most frequent cause is intracoronary thrombosis secondary to rupture of an atheromatous plaque. **Objective:** to characterize the behavior of patients with acute myocardial infarction at the Dr. Carlos J. Finlay Hospital in the period 2014-2018. **Methods:** an observational, descriptive and cross-sectional study was conducted on 254 patients discharged alive and deceased with a diagnosis of acute myocardial infarction in the period covered by the study. The medical records were reviewed for the selection of variables. Data were processed in SPSS version 23.0. **Results:** 87,4 % of the patients were older than 50 years, 52 % of whom were male. 55,1 % of the patients had a myocardial infarction stage of 50 years or more. The 55,1 % had a stay between 4-7 days, with typical pain in 45,3 %. Arterial hypertension, obesity and dyslipidemia were the most frequent risk factors, in 90,6 %, 52,8 % and 40,6 %, respectively. **Conclusions:** acute myocardial infarction was more frequent in male patients over 50 years of age. The diagnosis was made by the typicality of pain in most patients, with a hospital stay of less than 7 days. The most frequent risk factors were arterial hypertension, obesity, dyslipidemia and smoking, in that order of frequency.

**Keywords:** Acute Myocardial Infarction; Hospitalization; Typicity of Chest Pain; Risk Factors.



Publicado: 05/04/2023 || Recibido: 02/09/2023 || Aceptado: 15/03/2023

#### Citar como:

Toledo Fernández SO, Suarez Rivero B, Borges Sandrino RS, Godínez Zuaznabar M, Rosell Suárez A, Pérez Arias R. Comportamiento de pacientes con infarto agudo de miocardio en el Hospital "Dr. Carlos J. Finlay". Revista 16 de abril [Internet]. 2023 [citado: fecha de acceso]; 62:e1764. Disponible en: [http://www.rev-16deabril.sld.cu/index.php/16\\_04/article/view/1764](http://www.rev-16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/1764)

## INTRODUCCIÓN

La cardiopatía isquémica (CI) es tan antigua como el hombre según se recoge en el documento médico más antiguo, el Papiro de Hebers, que data de 1 500 años antes de nuestra era y constituye uno de los problemas de salud más serios a nivel mundial; entre sus formas clínicas se encuentra el infarto agudo de miocardio (IAM), que presenta la mayor mortalidad y morbilidad<sup>1,2</sup>.

El IAM se define como la necrosis de una zona del músculo cardíaco producida por isquemia aguda y mantenida. Su causa más frecuente es la trombosis intracoronaria secundaria a la ruptura de una placa de ateroma, lo cual produce una reducción abrupta del flujo sanguíneo coronario, y compromete una o más zonas del miocardio<sup>3,4</sup>.

El IAM es, dentro del espectro de afecciones cardiovasculares, la manifestación más agresiva de este conjunto de enfermedades, y la segunda causa de muerte como entidad individual, por lo que el conocimiento de su comportamiento tiene interés, no solo científico, sino también epidemiológico, al constituir una información vital para la planificación en salud pública<sup>5,6</sup>.

Teniendo en cuenta estos aspectos, se realizó este estudio con el objetivo de caracterizar el comportamiento de pacientes con IAM en el Hospital "Dr. Carlos J. Finlay" en el período 2014-2018.

## MÉTODO

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

**Población y muestra:** la población estuvo constituida por 254 pacientes, estudiados en su totalidad. Fueron incluidos los pacientes con diagnóstico de IAM al egreso, tanto vivos como fallecidos, del Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay" y los pacientes que se diagnosticaron con IAM por necropsia, aunque ese no haya sido el diagnóstico al egreso en el período de estudio. No se realizó manejo muestral.

**Variables y recolección de datos:** se revisaron las historias clínicas y se recogieron las siguientes variables: grupos de edades (en años cumplidos), sexo, duración de la internación hospitalaria (en días cumplidos), factores de riesgo [hipertensión arterial (HTA), dislipidemia, IAM previo, diabetes mellitus (DM), tabaquismo, obesidad e insuficiencia renal crónica (IRC)] y tipicidad del dolor en el pecho.

**Procesamiento estadístico:** fue empleado el programa 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 (por cientos).

**Consideraciones éticas:** el estudio fue sometido al análisis y aprobación de la comisión científica y el comité de ética del Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La investigación se realizó según lo establecido en la Declaración de Helsinki y en los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Cumplió los requisitos éticos de valor, validez científica, selección equitativa del sujeto, proporción favorable de riesgo-beneficio y evaluación independiente.

## RESULTADOS

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

Grupos de edades (años)	No.	%
Menos 39	4	1,6
40 a 49	28	11
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, lo cual representó el 52 % (tabla 2).

Sexo	No.	%
Femenino	122	48
Masculino	132	52
<b>Total</b>	<b>254</b>	<b>100</b>

La duración de la internación hospitalaria en los pacientes con IAM fue de entre 4 y 7 días en el 55,1 % (n = 140), seguida de la de 1 a 3 días (n = 77; 30,3 %) y de la de 8 a 10 días (n = 28 casos; 11 %), como se observa en la tabla 3.

Duración de la internación hospitalaria (días)	No.	%
1-3 días	77	30,3
4-7 días	140	55,1
8-10 días	28	11
11 y más	9	3,5
<b>Total</b>	<b>254</b>	<b>100</b>

En la tabla 4 se muestra que la HTA fue el factor de riesgo más frecuente, con 230 enfermos (90,6 %), seguido de la obesidad, con 134 enfermos (52,8 %), la dislipidemia, con 103 (40,6 %) y el tabaquismo, con 102 (40,2 %).

Factores de riesgo	Sí		No		No precisado	
	No.	%	No.	%	No.	%
HTA	230	90,6	24	9,4	0	0
IAM previo	73	28,9	181	71,3	0	0
DM	74	29,1	170	70,9	0	0
IRC	15	5,9	239	94,1	0	0
Dislipidemia	103	40,6	133	52,4	0	0
Obesidad	134	52,8	120	47,2	0	0
Tabaquismo	102	40,2	132	52	20*	7,9*

\*Exfumadores.

La distribución de los casos según la tipicidad del dolor en el pecho en el curso del IAM se resume en la tabla 5. El más frecuente fue el típico (n = 115; 45,3 %).

Tipicidad del dolor en el pecho	No.	%
Típico	115	45,3
Atípico	112	44,1
No dolor*	27	10,6
<b>Total</b>	<b>254</b>	<b>100</b>

\*Evidencia de IAM por necropsia o en el curso de otra enfermedad.

## DISCUSIÓN

El riesgo de padecer enfermedad cardiovascular aumenta con la edad. Las personas mayores de 65 años las que mayor riesgo presentan; el riesgo es 12,53 veces mayor en edades avanzadas respecto a personas que tienen entre 15 y 49 años. Las personas con edades comprendidas entre 50 y 64 años presentan un riesgo 3,99 veces mayor que las personas entre 15 y 49 años<sup>7</sup>. Estos resultados coinciden con la mayoría de los estudios revisados en los cuales se reconoce que la edad avanzada se relaciona a una mayor incidencia de la enfermedad, debido a su asociación con otros factores de riesgo<sup>8-10</sup>.

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 mayor probabilidad de complicaciones que los hombres, sin embargo, estos tienen mayor riesgo de infarto del miocardio que las mujeres y lo sufren a una edad más temprana<sup>8,11,12</sup>. En el estudio no asociamos la edad con el sexo para poder determinar si nuestros resultados coinciden con los estudios nacionales e internacionales.

En los pacientes que han sufrido un IAM no complicado la estancia hospitalaria ha experimentado una progresiva reducción en las últimas décadas y ha quedado establecida en torno a los 7-10 días, sin embargo, en el estudio fue menor de lo reportado, pues el 55,1 % permanecieron entre 4 y 7 días. Varios autores han sugerido la posibilidad de acortar dicha estancia hasta los 4-6 días, basándose en estudios que demostraban la baja incidencia de eventos clínicos a partir de los 4 o 5 días de hospitalización<sup>13-15</sup>. Otros han relacionado la aplicación de determinados tratamientos de reperfusión como la fibrinólisis o la angioplastia, con una posible hospitalización más breve y estiman en torno al 30 % el porcentaje de pacientes con un IAM que, sometidos a estos tratamientos, podrían ser considerados como de bajo riesgo.<sup>16-22</sup> La asociación entre el tratamiento empleado y la estadía hospitalaria no fue objeto de estudio, no obstante, debemos tenerlo presente para estudios posteriores.

La HTA es el factor de riesgo más frecuente, lo cual coincide con diferentes estudios que además consideran que generalmente está asociada a otros factores de riesgo como el sexo masculino, eventos cardiovasculares o cerebro vasculares previos, daños a órganos dianas (hipertrofia ventricular o enfermedad renal), tabaquismo, DM, dislipidemia (colesterol total, triglicéridos, LDL colesterol elevado y bajo HDL colesterol), obesidad central y sedentarismo; la presencia de uno o más de estos factores, puede ser un mejor determinante de riesgo que una simple elevación ligera de la presión arterial<sup>23-27</sup>.

La obesidad es considerada por la Asociación Americana del Corazón como un factor de riesgo cardiovascular, así como su asociación con el resto de los factores estudiados<sup>14,28,29</sup>. Las personas normopesos están más protegidas que las que padecen sobrepeso y obesidad<sup>28,30</sup>.

La dislipemia es el tercer factor de riesgo más frecuente constatado. En un estudio realizado se confirma el peligro de la hiperlipidemia en el adulto joven, pues el colesterol elevado entre los 35 y los 55 años durante 11-20 años presentan un riesgo de sufrir cardiopatía isquémica cuatro veces mayor que aquellos sin hipercolesterolemia. Estos mismos estudios indican que la mejoría de la dislipemia, se asocia a cambios de la tasa de incidencia de enfermedad cardiovascular<sup>31,32</sup>.

El hábito de fumar es otro factor de riesgo del estudio, constatado en el 40,2 % de los pacientes. Otros estudios lo constatan como el factor de riesgo más frecuente (60-90 %)<sup>33</sup>. Los efectos nocivos de la nicotina sobre el corazón se deben a múltiples mecanismos: descarga de catecolamina, acción sobre los centros nerviosos que controlan la presión sanguínea y el ritmo cardíaco, modificaciones del rendimiento cardíaco, aumento de los ácidos grasos libres en sangre, elevaciones recurrentes de los niveles sanguíneos de lípidos e incremento de la adhesividad plaquetaria<sup>34,35</sup>. El 7,9 % de los pacientes eran exfumadores, lo cual constituyen también un factor de riesgo que aumenta la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en los fumadores<sup>36</sup>.

El 29,1 % de los pacientes estudiados presentaban antecedentes de DM, enfermedad que produce una evolución más tórpida, asociada a una enfermedad aterosclerótica más avanzada<sup>28,37</sup>. Se estima que dos de cada tres muertes en la población diabética son debido a enfermedad cardiovascular, de la cual aproximadamente un 40 % corresponde a la enfermedad coronaria isquémica, 15 % a cardiomiopatías, principalmente insuficiencia cardíaca y 10 % a isquemia cerebral. Este riesgo elevado se debe principalmente a la disfunción endotelial generada dentro de las alteraciones metabólicas propias de la diabetes<sup>38</sup>.

Debemos tener presente que el estudio es retrospectivo, revisión de las historias clínicas, lo que significa que no tenemos total certeza de que no exista omisión de algún factor de riesgo en los pacientes estudiados, ya sea por el llenado incompleto de la historia clínica por el médico o por omisión del paciente, motivado posiblemente por el estado clínico secundario al evento agudo. Estudios prospectivos proporcionarían una información más precisa sobre los factores de riesgo de los pacientes con IAM.

En este estudio, el dolor precordial constituyó la forma clínica más frecuente de presentación del IAM en el 45,3 %; sin embargo, el dolor atípico se presentó en el 44,1 %. En algunos pacientes y sobre todo en ancianos y diabéticos,

esta afección no se manifiesta clínicamente con dolor precordial sino con síntomas de insuficiencia ventricular aguda o una gran debilidad acompañada de diaforesis, náuseas, vómitos, diarreas, hemiplejía y shock<sup>39,40</sup>.

En esta investigación el 10,6 % de los pacientes se evidenció el IAM mediante la necropsia o en el curso de otra enfermedad. No se pudo precisar si se trataban de pacientes diabéticos, al no asociar estas variables, así como tampoco definir las enfermedades que padecían para determinar la existencia o no de asociación entre la ausencia de dolor y determinada enfermedad. Otros estudios prospectivos pudieran dar respuesta a estas interrogantes.

## CONCLUSIONES

El IAM fue más frecuente en pacientes del sexo masculino y por encima de los 50 años de edad. El diagnóstico se realizó por la tipicidad del dolor en la mayoría de los pacientes, con una estadía hospitalaria de menos de 7 días. Los factores de riesgo más frecuentes fueron la HTA, la obesidad, la dislipemia y el tabaquismo, en ese orden de frecuencia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Scirica B, Libby P, Morrow D. Infarto de miocardio con elevación del segmento ST: fisiopatología y evolución clínica. Tratado de Cardiología [Internet]. 11na ed. España: Editorial Elsevier; 2019. 1123-1172. [citado 02/02/2023]. Disponible en: <https://axon.es/ficha/ebooks/9788491134282/braunwald-tratado-de-cardiologia-texto-de-medicina-cardiovascular-ebook>
2. Cabrera C, Moguel R. Breve recorrido por la historia del infarto del miocardio. Cardiovasc Metab Sci [Internet]. 2020 [citado 02/02/2023]; 31(3):104-108. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=95588>
3. 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 02/02/2023]; 72(1):1-27. Disponible en: <https://www.revespcardiologia.org/es-pdf-S0300893218306365>
4. Castro M, Abad P, Rodríguez E, Torres R, Navarro V. Trombolisis coronaria sistémica en el IMA en pacientes del Hospital General Docente "Octavio de la Concepción y la Pedraja". Rev Inf Científica [Internet]. 2020 [citado 02/02/2023]; 99(3):241-53. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2985>
5. Enamorado A, Goro G, García I, González M. Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes con Infarto Agudo del Miocardio con elevación del segmento ST. Rev Panor Cuba Salud [Internet]. 2020 [citado 02/02/2023]; 15(3):26-31. Disponible en: <http://www.revpanorama.sld.cu/index.php/rpan/article/view/>
6. 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 [Internet]. 2020 [citado 02/02/2023]; 19(1):e660. Disponible en: <https://revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/660>
7. Shang C, Hernández VD, Alonso MM, Ferrer Arocha M, Pérez Assef H. Características clínico epidemiológicas del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST en pacientes diabéticos y no diabéticos. Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc [Internet]. 2019 [citado 02/02/2023]; 25(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cubcar/ccc-2019/ccc192f.pdf>
8. Pichardo J, Pérez D, Alonso A. Caracterización de la mortalidad por infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST en el Hospital Arnaldo Milián Castro (Cuba): Estudio de 6 años. CorSalud [Internet]. Septiembre de 2020 [citado 02/02/2023]; 12(3):254-66. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2078-71702020000300254&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2078-71702020000300254&lng=es)
9. Plain C, Pérez de Alejo A, Carmona C, Domínguez L, Alfonso Y, Roque L. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con Infarto Agudo del Miocardio en el Hospital «Mártires del 9 de Abril» de Sagua la Grande. Conv Int Salud [Internet]. 2018 [citado 02/02/2023]. Disponible en: <http://convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/viewFile/1976/954>
10. Amat A, Rojas L, Hernández D, Quirós J. Desenlaces cardiovasculares adversos en pacientes con Síndromes Coronarios Agudos egresados del Instituto de Cardiología. Rev Cuba Cardiol Cir Cardiovasc [Internet]. 2021 [citado 02/02/2023]; 27(4):8. Disponible en: <https://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/1136>
11. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud de Cuba 2019. 48 Edición [Internet]. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/disponible-edicion-48-del-anuario-estadistico-de-salud/>
12. Chacón 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 México [Internet]. Diciembre de 2018 [citado 26/02/2023]; 88(5):403-412. 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)
13. 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]. Junio de 2019 [citado 26/02/2023]; 8(4):379-387. Disponible en: <https://academic.oup.com/ehjacc/article/8/4/379-387/5943991>
14. 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 26/02/2023]; 37(1):74-80. Disponible en: <https://medes.com/publication/151686>
15. 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]. Octubre de 2019 [citado 26/02/2023]; 234(10):16812-16823. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30790284/>
16. Santos M. Factores de riesgo de rotura cardíaca posinfarto con muerte súbita en Las Tunas. CorSalud [Internet]. 2017 [citado 26/02/2023]; 9(3):163-168. Disponible en: <https://revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/250>
17. Satılmışoglu H, Gorgulu S, Aksu H, Aksu H, Ertaş G, Tasbulak O, *et al*. Safety of Early Discharge After Primary Percutaneous Coronary Intervention. Am J Cardiol [Internet]. Junio de 2016 [citado 26/02/2023]; 117(12):1911-1916. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S000291491630426X>
18. Díaz J, Gándara J, Sénior J. Características clínicas, angiográficas y desenlaces clínicos en adultos mayores de 65 años con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. Rev Colomb Cardiol [Internet]. Septiembre de 2017 [citado 26/02/2023]; 24(5):458-67. Disponible en: [https://rccardiologia.com/previos/RCC%202017%20Vol.%2024/RCC\\_2017\\_24\\_5\\_SEP-OCT/RCC\\_2017\\_24\\_5\\_458-467.pdf](https://rccardiologia.com/previos/RCC%202017%20Vol.%2024/RCC_2017_24_5_SEP-OCT/RCC_2017_24_5_458-467.pdf)
19. Ebinger J, Strauss C, Garberich R, Bradley S, Rush P, Chavez I, *et al*. Value-Based ST-Segment–Elevation Myocardial Infarction Care Using Risk-Guided Triage and Early Discharge. Circ Cardiovasc Qual Outcomes [Internet]. Abril de 2018 [citado 26/02/2023]; 11(4):e004553. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29654000/>
20. González L, Garay S, Martínez L, Konicoff M, Martina L, Rossa V, *et al*. Alta temprana post infarto agudo de miocardio con elevación del ST y eventos cardiovasculares a corto plazo. Rev Fed Arg Cardiol [Internet]. 2020 [citado 26/02/2023]; 49(3):99-102. Disponible en: <https://revistafac.org.ar/ojs/index.php/revistafac/article/view/106>
21. Del Castillo M, Sanmartín M, Jiménez M, Camino A, Zamorano J. Seguridad de una estrategia de alta muy precoz en el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST. Rev Esp Cardiol [Internet]. Octubre de 2019 [citado 26/02/2023]; 72(10):874-5. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-seguridad-una-estrategia-alta-muy-articulo-S0300893219300491>
22. Banga S, Gumm D, Kizhakekuttu T, Emani V, Singh S, Singh S, *et al*. Left Ventricular Ejection Fraction along with Zwolle Risk Score for Risk Stratification to Enhance Safe and Early Discharge in STEMI Patients Undergoing Primary Percutaneous Coronary Intervention: A Retrospective Observational Study. Cureus [Internet]. 29 de julio de 2019 [citado 26/02/2023]; 11(7):e5272. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31583196/>
23. Calero J. Factores de riesgo asociados a mortalidad intrahospitalaria en pacientes mayores de 60 años con infarto agudo al miocardio hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue del año 2002 al 2016 [Tesis]. Lima: Universidad de Ricardo Palma; 2018 [citado 27/02/2023]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1223>
24. Aguiar J, Giralt A, González M, Rojas J, Machín M. Caracterización de fallecidos por Infarto de Miocardio en una Unidad de Cuidados Coronarios Intensivos. Rev Habanera Cienc Médicas [Internet]. 3 de diciembre de 2018 [citado 27/02/2023]; 17(6):872-884. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2412>
25. 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]. 23 de julio de 2018 [citado 27/02/2023]; 10(3):202-210. Disponible en: <https://revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/355>
26. Whayne T, Saha SP. Genetic Risk, Adherence to a Healthy Lifestyle, and Ischemic Heart Disease. Curr Cardiol Rep [Internet]. 10 de enero de 2019 [citado 27/02/2023]; 21(1):1. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30631962/>
27. Hernández K, Pérez M, Arias P. La actividad física reduce el riesgo de muerte en pacientes con hipertensión. Duazary [Internet]. 2017 [citado 27/02/2023]; 14(1):91-100. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5121/512158787022/html/>
28. Corrales H, Manzur F, Pacheco C, Ardila A, Pájaro N, Aparicio D. Enfermedad Coronaria en el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2. Arch Med [Internet]. 22 de mayo de 2018 [citado 27/02/2023]; 14(2):1-3. Disponible en: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/enfermedad-coronaria-en-el-paciente-con-diabe>

[tes-mellitus-tipo-2.pdf](#)

29. 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]. 19 de julio de 2019 [citado 27/02/2023]; 18(2):1-14. Disponible en: <https://revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/429>
30. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti E, Azizi M, Burnier M, *et al.* Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2019 [citado 27/02/2023]; 72(2):e1-78. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-guia-esc-esh-2018-sobre-el-articulo-S0300893218306791>
31. Díaz A, Fernández C, Enciso J, Ceballos G, Gutiérrez G, León F, *et al.* Posicionamiento en torno al diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias. *Rev Mex Cardiol* [Internet]. 2018 [citado 27/02/2023]; 29(3):148-68. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79163>
32. Hegele R, Ginsberg H, Chapman J, Nordestgaard B, Kuivenhoven J, Averna M, *et al.* The polygenic nature of hypertriglyceridaemia: implications for definition, diagnosis, and management. *Lancet Diabetes Endocrinol* [Internet]. Agosto de 2014 [citado 27/02/2023]; 2(8):655-666. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4201123/>
33. Lanas F, Toro V, Cortés R, Sánchez A. Interheart, un estudio de casos y controles sobre factores de riesgo de infarto del miocardio en el mundo y América Latina. *Med UIS* [Internet]. 2008 [citado 27/02/2023]; 21(3):176-182. Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/12318#:~:text=El%20estudio%20INTERHEART%20es%20un,controles%20realizado%20en%2052%20pa%C3%ADses.>
34. Fernández E, Figueroa D. Tabaquismo y su relación con las enfermedades cardiovasculares. *Rev Habanera Cienc Médicas* [Internet]. 7 de marzo de 2018 [citado 27/02/2023]; 17(2):225-235. Disponible en: <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2044>
35. Mateos S, Espada I. Deshabitación tabáquica. *Panor Actual Medicam* [Internet]. 2019 [citado 27/02/2023]; 43(429):1362-1370. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7241414>
36. Vega J, Verano N, Rodríguez J, Labrada E, Sánchez A, Espinosa L. Factores cardioaterogénicos y riesgo cardiovascular en diabéticos tipo 2 hospitalizados. *Rev Cuba Med Mil* [Internet]. Junio de 2018 [citado 27/02/2023]; 47(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572018000200006&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572018000200006&lng=es)
37. Guamán C, Acosta W, Álvarez C, Hasbun B. Diabetes y enfermedad cardiovascular. *Rev Urug Cardiol* [Internet]. 3 de marzo de 2021 [citado 27/02/2023]; 36(1):7-18. Disponible en: [http://suc.org.uy/sites/default/files/2021-03/rcv36n1\\_guaman-diabetes%208.pdf](http://suc.org.uy/sites/default/files/2021-03/rcv36n1_guaman-diabetes%208.pdf)
38. Ibáñez B, James S, Agewall S, Antunes M, Bucciarelli C, Bueno H, *et al.* Guía ESC 2017 sobre el tratamiento del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. Diciembre de 2017 [citado 27/02/2023]; 70(12):1082.e1-1082.e61. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300893217306693>
39. 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 27/02/2023]; 18(1):84-96. Disponible en: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1812-95282020000100084&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1812-95282020000100084&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
40. Ferry A, Anand A, Strachan F, Mooney L, Stewart S, Marshall L, *et al.* Presenting symptoms in men and women diagnosed with myocardial infarction using sex-specific criteria. *J Am Heart Assoc* [Internet]. 3 de septiembre de 2019 [citado 27/02/2023]; 8(17):e012307. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31431112/>

## AUTORÍA

1. Conceptualización: Sandy Osmar Toledo Fernández, Birsy Suarez Rivero.
2. Curación de datos: Sandy Osmar Toledo Fernández, Birsy Suarez Rivero.
3. Análisis formal: Sandy Osmar Toledo Fernández, Rene Santiago Borges Sandrino.
5. Investigación: Sandy Osmar Toledo Fernández, Birsy Suarez Rivero, Michael Godínez Zuaznabar, Alain Rosell Suárez, Rachel Pérez Arias.
6. Metodología: Sandy Osmar Toledo Fernández, Birsy Suarez Rivero, Rene Santiago Borges Sandrino.
7. Administración del proyecto: Sandy Osmar Toledo Fernández, Birsy Suarez Rivero.
10. Supervisión: Birsy Suarez Rivero.
11. Validación: Birsy Suarez Rivero, Rene Santiago Borges Sandrino.
12. Visualización: Birsy Suarez Rivero, Rene Santiago Borges Sandrino, Rachel Pérez Arias.
13. Redacción – borrador original: Sandy Osmar Toledo Fernández, Birsy Suarez Rivero, Rene Santiago Borges Sandrino.
14. Redacción – revisión y edición: Sandy Osmar Toledo Fernández, Birsy Suarez Rivero, Rene Santiago Borges Sandrino, Michael Godínez Zuaznabar, Alain Rosell Suárez, Rachel Pérez Arias.

#### 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.