

## CARDIOPATIA ISQUEMICA. ATENCION PRIMARIA SALUD

*Dr. Luis M. Padrón Velázquez \**  
*Dr. Francisco de J. Valladares C. \*\**  
*Dr. Marcos D. Iraola Ferrer \*\*\**  
*Dr. Claudio González Rodríguez\*\*\*\**  
*Dr. René T. Manso Fernández\*\*\*\*\**

Palabras claves: Cardiopatía Isquémica, Angina de Pecho, Infarto del Miocardio, Diagnóstico, Tratamiento.

### Definición

Manifestaciones clínicas y/o electrocardiográficas que resultan de la disminución, en forma aguda o crónica, ocasional o persistente, del flujo sanguíneo coronario como consecuencia de alteraciones tanto funcionales como orgánicas, en su gran mayoría de origen arteriosclerótico.

### Clasificación

1. Paro cardíaco primario (recuperado y no recuperado).
2. Infarto del miocardio (agudo, reciente y antiguo o crónico).
3. Angina de pecho (estable o inestable).
4. Otras formas clínicas no dolorosas (insuficiencia cardíaca, trastornos de la conducción y el ritmo, e isquemia miocárdica silente).

\* Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar del Departamento de Medicina General Integral. Facultad de Ciencias Médicas "Raúl Dorticós Torrado". Asesor del Consejo Científico Provincial para la atención a las enfermedades crónicas no transmisibles. Cienfuegos. Cuba.

\*\* Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de II Grado en Cardiología. Diplomado en Cuidados Intensivos. Unidad de Cuidados Integrales al Corazón. Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos. Cuba.

\*\*\* Especialista de I Grado en Medicina Interna. Especialista de II Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Vicedirector de Urgencias. Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos. Cuba.

\*\*\*\* Especialista de II Grado en Cardiología. Diplomado en Cuidados Intensivos. Profesor Asistente. Unidad de Cuidados Integrales al Corazón. Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos. Cuba.

\*\*\*\*\* Especialista de I Grado en Medicina Interna. Diplomado Emergente de Medicina Intensiva para APS. Profesor Asistente. Jefe de la Unidad de Terapia Intensiva Municipal de Aguada. Cienfuegos. Cuba.

Correspondencia a: Dr. Marcos D. Iraola Ferrer. Avenida 52, número 6501 B, entre 65 y 67. Cienfuegos 55100. Cuba.

E-mail: [mif@gal.sld.cu](mailto:mif@gal.sld.cu)

### Criterios diagnósticos

#### I. Infarto del miocardio:

- (a) Agudo: según la OMS, presencia de al menos dos de los tres siguientes criterios: (1) historia de molestia torácica isquémica mayor de 30 minutos de duración; (2) cambios en electrocardiogramas (ECG) seriados; (3) aumento y descenso de marcadores séricos. Para más detalles ver Capítulo de Cardiopatía Isquémica Atención Hospitalaria.
- (b) Reciente: entre 1 y 3 meses después de un infarto agudo del miocardio (IAM).
- (c) Antiguo o crónico: pasados ya los 3 meses.

#### II. Angina de pecho: dolor, opresión o malestar, generalmente torácico, atribuible a isquemia miocárdica transitoria (Cuadro 1). Una anamnesis correcta y cuidadosa es el pilar para el diagnóstico. Para completar su caracterización son útiles además el ECG de reposo y de esfuerzo, y la coronariografía. En determinadas situaciones otras técnicas diagnósticas pueden dar información adicional. La anamnesis permite además la siguiente clasificación (de implicaciones pronósticas y terapéuticas) (ver Cuadro 1):

- (a) Angina estable: por definición angina de esfuerzo cuyas características clínicas no han variado en el último mes. Pueden existir ciertos cambios en el umbral de aparición incluso algún evento esporádico en reposo. Presupone placas ateroscleróticas coronarias no complicadas. La Canadian Cardiovascular Society (CCS) la clasifica en cuatro grados:
  - Grado I: la actividad física ordinaria (andar o subir escaleras) no produce angina; esta se presenta en ejercicios extenuantes, rápidos o prolongados.
  - Grado II: limitación ligera de la actividad ordinaria. La angina aparece andando o subiendo escaleras de forma rápida, cuesta arriba, paseando o subiendo escaleras en el período postprandrial, con frío o viento en contra, bajo estrés emocional o en las primeras horas del día. En situaciones normales, a un paso normal, el paciente es capaz de caminar por llano más de 200 m y subir más de un piso de escaleras.
  - Grado III: limitaciones manifiestas en la actividad física ordinaria. La angina aparece al andar 100 ó 200 m o subir un piso de escaleras.
  - Grado IV: el paciente es incapaz de llevar a cabo, sin angina, ningún tipo de actividad física. Ocasionalmente puede aparecer angina de reposo.

- (b) Angina inestable: sus características clínicas han variado en el último mes, o apareció en el último mes y es espontánea o de esfuerzo Grado III-IV según la CCS, u ocurre en determinados contextos (IAM). Presupone placa complicada. Para más detalles ver Capítulo de Cardiopatía Isquémica. Atención Hospitalaria.

Cuadro 1. Características clínicas del dolor anginoso.	
<b>Cualidad</b>	Más común opresión, constricción. Otros: quemazón, ardor. Ocasionalmente no es un dolor auténtico. Nunca agudo ni punzante, ni tipo hincada. Inicio y cese graduales. Equivalentes: disnea (rara vez como única manifestación).
<b>Localización</b>	Cualquier zona entre el diafragma y la mandíbula. Habitualmente en el centro del pecho, en el área esternal (de la corbata) o cerca de esta. Mal delimitado. Señalado con la palma de la mano o el puño. Nunca muy limitado (señalado con un dedo). Menos frecuentemente: hombro, brazo izquierdo, brazo derecho, mandíbula, región cervical (raro), región interescapular (raro). Nunca estrictamente inframamario.
<b>Irradiación</b>	Habitual: hombros, brazos (especialmente cara interna del miembro superior izquierdo), cuello, mandíbula, garganta, región interescapular, miembro superior derecho (raro).
<b>Duración</b>	Unos pocos minutos (lo habitual). Excepcionalmente menos de un minuto (dolores muy fugaces descartan el origen isquémico). Nunca duradero (descartando IAM). Con cese total intercrisis. Un dolor continuo es improbable que obedezca a isquemia miocárdica.
<b>Factores desencadenantes</b>	Ejercicio, uso de los brazos por encima del hombro, exposición al frío, andar contra el viento, o en el pospandrio, emociones, miedo, ira. Factores patológicos no detectables a primera vista (anemia, hipoxemia, taquiarritmias, hipertensión).
<b>Alivio o supresión</b>	Rápido tras suprimir la causa desencadenante que generalmente es el ejercicio. La nitroglicerina (NTG) sublingual (SL) lo alivia en menos de 2 minutos.

### Otras formas clínicas no dolorosas

- Insuficiencia cardíaca (IC): incluye todas las formas clásicas de este síndrome tanto paroxísticas como crónicas y refractarias.
- Trastornos de la conducción y el ritmo: incluye fundamentalmente trastornos de conducción intraventricular, bloqueo de rama izquierda (BRI), arritmias ventriculares y bloqueo auriculoventricular (BAV).
- Isquemia miocárdica silente: ausencia de eventos clínicos de angina, pero isquemia miocárdica documentada en pruebas diagnósticas. Constituye la porción sumergida del iceberg epidemiológico.

Cuadro 2: Resumen de pruebas diagnósticas para cardiopatía isquémica	
No invasivas	Invasivas
<ol style="list-style-type: none"> <li>ECG en reposo.</li> <li>ECG ambulatorio (Holter).</li> <li>ECG de esfuerzo (prueba de esfuerzo).</li> <li>Imágenes cardíacas: <ul style="list-style-type: none"> <li>Gammagrafía con isótopos (Tallium 201 y MIBI) y Ecocardiografía: obtenidas en reposo, estrés físico (prueba de esfuerzo), estrés farmacológico (Dipiridamol, Dobutamina, Adenosina) o con estimulación eléctrica auricular.</li> <li>Resonancia magnética nuclear y tomografía por emisión de positrones.</li> </ul> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Coronariografía.</li> <li>Ultrasonido intravascular.</li> </ol>

### Manejo ambulatorio del paciente con Cardiopatía Isquémica según formas clínicas

#### Infarto de miocardio

- IAM: ver manejo prehospitalario en atención hospitalaria.
- Posterior al egreso hospitalario (Prevención secundaria).
  - Ingreso domiciliario por siete días a pacientes de bajo riesgo y por quince días a pacientes de alto riesgo (para la evaluación del riesgo ver atención hospitalaria). Visita de terreno mensual por seis meses, bimestral hasta el año, y trimestral por tres años. Interconsulta con el internista del Grupo Básico de Trabajo cada tres meses. Interrelación estrecha con el seguimiento ambulatorio cardiológico en el hospital (por tres años).
  - Rehabilitación cardíaca: conocer y participar en el programa iniciado en el hospital y que continuará el paciente en su casa o en áreas terapéuticas.
  - Modificación de factores de riesgo, estilo de vida y factores psicosociales (ver Cuadro 3).
  - Fármacos en prevención secundaria: Aspirina indefinidamente (160-325 mg./día); bloqueadores  $\alpha$ -adrenérgicos (BBA); inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), por seis meses si IAM anterior extenso y más allá si IC clínica o hipertensión arterial (HTA); hipolipemiantes, anticoagulantes (controversial; ver atención hospitalaria).

Edad $\geq$ 40 años	Colesterol elevado	Dieta rica en grasas saturadas y colesterol
Sexo masculino	Colesterol-LDL elevado.	Dieta hipercalórica
Historia familiar (varones < 55 años y mujeres < 65)	Colesterol-HDL reducido. Hipertensión arterial. Diabetes e hiperglicemia. Triglicéridos elevados. Obesidad central. Síndrome polimetabólico.	Tabaquismo. Sedentarismo. Conducta tipo A. Determinantes socio-laborales. Estrés

## Angina de pecho estable

### Objetivos del tratamiento:

- Detener la progresión de la enfermedad aterosclerótica coronaria.
- Control de la angina y mejorar la calidad de vida.
- Mejorar el pronóstico.
  - I. Detener la progresión de la enfermedad aterosclerótica coronaria: modificación de factores de riesgo y estilos de vida (ver Cuadro 3).
  - II. Control de la angina y mejorar la calidad de vida.
    - (a) Medidas no farmacológicas: identificar factores desencadenantes (ver Cuadro 4) y evitarlos siempre que sea posible o prevenirlos usando nitroglicerina (NTG). Identificar y controlar factores coadyuvantes / agravantes (taquiarritmias, IC, anemia, hipoxemia, HTA, hipertiroidismo).
    - (b) Medidas farmacológicas:
      - Tratamiento de la crisis: reposo y NTG sublingual (SL).  
*Precauciones:* adoptar una posición sentada y permanecer así durante quince minutos; no esperar más de dos minutos; tenerla siempre a su alcance; si utiliza grageas masticarla previamente; no tragar saliva en los tres minutos siguientes; la cefalea es normal; no interfiere con otros medicamentos; la sensación de picazón SL es normal.
      - Alternativa: Dinitrato de isosorbide 5 mg, masticado y SL (Cuadro 4).
      - Tratamiento preventivo de la crisis:
        - Nitratos: Nitropental de 10 a 20 mg. c/8-12 horas. Nitrosorbide de 10 a 20 mg. c/8-12 horas. Mononitrato de isosorbide 20 mg. c/8-12 horas. Intervalo de 12 horas entre la última

dosis y la primera del día siguiente para evitar tolerancia (Ej. , 8.00 a.m. – 2.00 p.m. – 8.00 p.m.).

- BBA: Propranolol de 20-80 mg. c/6-8 horas. Atenolol 50-100 mg. diarios.
- Anticálcicos: Verapamilo de 40-80 mg. c/6-8 horas. Diltiazem 60 mg. c/6-8 horas. Nifedipina de acción prolongada 30-60 mg. diarios.
- Antiagregantes plaquetarios: Aspirina 160-325 mg. diarios.

**Cuadro 4: Recomendaciones para el manejo de los factores desencadenantes de la angina.**

I. <i>Régimen de vida y actividad laboral:</i>
a. Vida normal, evitar grandes esfuerzos y situaciones que desencadenan angina.
b. Puede conducir, evitar jornadas largas, situaciones estresantes.
c. Reposar una hora luego de las comidas.
d. La actividad laboral se podrá realizar siempre que no produzca angina y la prueba de esfuerzo no la desaconseje.
II. <i>Actividad física extralaboral:</i>
a. Ejercicio físico diario que cumpla las siguientes características: al aire libre, participación de varios grupos musculares, no competitivos, los más aconsejables son caminar, montar bicicleta y nadar (previa prueba de esfuerzo).
b. Paseos en terrenos llanos y progresivos (comenzar con cinco minutos hasta alcanzar una o dos horas al día y a partir de las cuatro o seis semanas realizar dos kilómetros en 20 ó 25 minutos).
III. <i>Vida sexual:</i> en general las relaciones sexuales no están contraindicadas, deben evitarse si desencadenan angina hasta que esta haya sido controlada; evitar en el pospandrio, usar NTG profiláctica si necesario, adoptar posiciones que impliquen menos esfuerzo.
IV. <i>Alimentación</i> (independientemente del control de los factores de riesgo):
a. No comidas copiosas.
b. No ejercicios en las dos horas siguientes.
c. Reducir la ingestión de café o té a una o dos tazas al día.

### Opciones farmacológicas según el grado de angina (Clasificación CCS):

Grado I: Aspirina.

Grado II: Monoterapia antianginosa (BBA + Aspirina, Anticálcicos + Aspirina, Nitratos + Aspirina)

Grado III y IV: Combinación de fármacos (BBA + Nitratos + Aspirina, BBA + Anticálcicos + Aspirina, Nitratos + Anticálcicos + Aspirina, BBA + Nitrato + Aspirina + Anticálcico dihidropiridínico de acción prolongada –precaución si no dihidropiridínico-).



- Tratamiento invasivo en la angina de pecho: se refiere a la revascularización miocárdica mediante angioplastia coronaria transluminal percutánea y cirugía de derivación coronaria. Los objetivos de esta opción no farmacológica son: mejorar la calidad de vida (por alivio de la angina) y mejorar la esperanza de vida. Los pacientes candidatos a estos procedimientos serían aquellos con criterios de mal pronóstico (clínicos, ergométricos y angiográficos) (ver Cuadro 5).

- No requiere ingreso hospitalario. Cuando existen factores desencadenantes puede requerir ingreso domiciliario hasta resolverlos.
- Dispensarización por el médico de familia. Interconsulta cada tres meses con el internista del Grupo Básico de Trabajo.

**Cuadro 5. Criterios de mal pronóstico en la Cardiopatía Isquémica.**

Clinicos	Ergométricos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angina Grado III-IV.</li> <li>• Infarto de miocardio previo.</li> <li>• HTA, Diabetes Mellitus insulino-dependiente.</li> <li>• Isquemia en el ECG basal durante los episodios de angina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angina y descenso del segmento ST <math>\geq 1</math> mm en el estadio I del protocolo de Bruce (<math>&lt; 4</math> METS o FC <math>&lt; 100</math>/min).</li> <li>• Descenso del segmento ST <math>&gt; 2</math> mm en el estadio II del protocolo de Bruce.</li> <li>• Caída de la TA sistólica (<math>\geq 10</math> mmHg) durante los primeros dos estadios del protocolo de Bruce.</li> <li>• Aparición de áreas de isquemia importante en ecocardiografía o defectos de perfusión amplios reversibles en los estudios isotópicos.</li> <li>• Disminución de la fracción de eyección en la ventriculografía isotópica de esfuerzo.</li> </ul>

III. Mejorar el pronóstico: actualmente no hay evidencias de que el tratamiento farmacológico mejore el pronóstico de la angina estable. Los BBA en algunos estudios han mejorado el pronóstico pero sin ser concluyentes los resultados alcanzados. Otras consideraciones en el manejo de la angina estable serían:

**Cuadro 6: Opciones farmacológicas en la angina de pecho según condiciones clínicas asociadas**

Condición clínica. Trastornos del ritmo, de la conducción y fallo ventricular.	Fármaco recomendado (Fármaco alternativo)
Bradicardia sinusal	Nitratos (Dihidropiridinas de acción prolongada)
Taquicardia sinusal (no secundaria a IC)	BBA
Taquicardia paroxística supraventricular	Verapamilo (BBA)
Bloqueo AV	Dihidropiridinas de acción prolongada (Nitratos)
Fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida	BBA, Verapamilo, Diltiazem
Arritmias ventriculares	BBA
IC ligera (fracción de eyección $\geq 40\%$ )	Nitratos, Dihidropiridinas de acción prolongada (BBA, Verapamilo, Diltiazem con precaución)
IC moderada ó severa (fracción de eyección $< 40\%$ )	Nitratos (Dihidropiridinas de acción prolongada con precaución)
Condición clínica. Valvulopatías	Fármaco recomendado (Fármaco alternativo)
Estenosis aórtica severa	NTG SL en crisis (extremar precauciones)
Estenosis aórtica moderada	BBA (Verapamilo)
Insuficiencia aórtica	Nitratos, Dihidropiridinas de acción prolongada
Insuficiencia mitral	Nitratos (Dihidropiridinas de acción prolongada)
Estenosis mitral	BBA, Verapamilo, Diltiazem si fibrilación auricular
Condición clínica. Miscelánea	Fármaco recomendado (Fármaco alternativo)
HTA	BBA (Dihidropiridinas de acción prolongada)
Cefalea severa preexistente	BBA (Verapamilo, Diltiazem)
EPOC o asma bronquial	Verapamilo, Diltiazem, (Nitratos si no hay taquicardia)
Hipertiroidismo	BBA
Síndrome de Raynaud	Dihidropiridinas de acción prolongada (Nitratos)
Claudicación intermitente	Anticálcicos, Nitratos, BBA (cardioselectivos a bajas dosis)
Depresión	Dihidropiridinas de acción prolongada (Nitratos)
Diabetes insulino-dependiente	Anticálcicos, Nitratos (BBA cardioselectivos a bajas dosis)

- c. Remisión a consulta de Cardiología si cambios del patrón de angina.
- d. Los Grados III y IV según las CCS se seguirán en consulta de Cardiología en el policlínico y serán candidatos a medidas intervencionistas según criterios.

### Otras formas de Cardiopatía isquémica

- I. Insuficiencia cardíaca:
  - a. Forma paroxística (edema pulmonar): remitir de inmediato a un servicio de urgencia previas medidas terapéuticas iniciales de ser posible (ver Cuadro 7).

**Cuadro 7. Medidas iniciales frente al paciente con edema agudo pulmonar.**

1. Reposo semisentado con los pies colgando.
2. Torniquetes en la raíz de los miembros (en tres de los cuatro miembros) a presión inferior a la arterial, rotando cada 5 minutos.
3. Oxígeno húmedo por catéter nasal o máscara a 6 litros por minuto.
4. Furosemida (100 mg IV de entrada).
5. Morfina si FC > 100 (10-20 mg IM) o Meperidina si FC < 100 (50-100 mg IM).
6. Aminofilina (250 mg IV lento de entrada).
7. Digoxina (0.25-0.50 mg IV). Sobre todo si fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida. Evitar si sospecha de IAM.
8. NTG (1 tableta SL hasta 3 dosis)

- b. Forma refractaria: interconsultar con Cardiología o Medicina Interna.
- c. Forma crónica: tratamiento ambulatorio.
- d. Limitación de la actividad física, según gravedad de la afección, dieta hiposódica.
- e. Fármacos (ver Cuadro 8).

**Cuadro 8. Principales fármacos utilizados en la Insuficiencia Cardíaca Congestiva.**

- a. Diuréticos: Hidroclorotiazida (50-100 mg c/12-24 horas vía oral -VO-); Clortalidona (50-100 mg/día VO); Espironolactona (25-50 mg c/8 horas VO); Furosemida (20-40 mg c/6 horas); Acetazolamida (250 mg c/6 horas VO).
- b. Vasodilatadores mixtos: Nitratos (ver angina).
- c. Vasodilatadores arteriales: IECA, Captopril (6.25 mg c/12 horas e ir aumentando, dosis máxima: 100 mg).
- d. BBA: en casos seleccionados con gran descarga adrenérgica.
- e. Digitálicos (útil si corazón dilatado y/o fibrilación auricular).

- f. Trastornos de la conducción y del ritmo: interconsultar con Cardiología o Medicina Interna.

### BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction), 2004. Available at <http://www.acc.org/clinical/guidelines/stemi/index.pdf>
- Antman EM, Braunwald E. Acute myocardial infarction. In: Braunwald E, Zipes DP, Libby P, eds. Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 6 ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 2001: 1114-1219.
- Arós F, Loma-Osorio A, Alonso A, Alonso JJ, Cabadés A, Coma I, et al. Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en el infarto agudo del miocardio. Rev Esp Cardiol 1999; 52: 918-56.
- Braunwald E. Angina inestable. Enfoque etiológico de su manejo. Circulation 1999; 6:3-7.
- Iraola MD, Rodríguez G. Causas de demora para la administración de trombolíticos en el ámbito hospitalario. MIO 2002; 2(3): 213. Disponible en URL: <http://www.somiama.com/Articulos/Preview.php?Id=213>
- Iraola MD, Valladares FJ, Álvarez FC, Nodal JR, Rodríguez B. Optimización del tratamiento médico en el infarto agudo del miocardio. Clínica Cardiovascular 2000; 18: 11-16.
- Iraola MD, Yáñez AJ, Valladares FJ. Caracterización del manejo de los pacientes admitidos en el Centro de Dolor Torácico. Primera medición. Rev Cubana Med Int Emerg 2003; 2: 35-45. Disponible en URL: [http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol11\\_2\\_02/mie05103.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol11_2_02/mie05103.htm)
- Lee TH. Guidelines: Diagnosis and management of acute myocardial infarction. In: Braunwald E, Zipes DP, Libby P, eds. Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 6 ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 2001: 1219-1231.
- López L, Arós F, Lidón RM, Cequier A, Bueno H, Alonso JJ, et al. Actualización (2002) de las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología en angina estable/infarto sin elevación del segmento ST. Rev Esp Cardiol 2002; 55: 631-42.
- López L, Fernández A, Bueno H, Coma I, Lidón RM, Cequier A, et al. Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología en angina

- inestable/infarto sin elevación del segmento ST. Rev Esp Cardiol 2000; 53: 638-50.
- National Heart Lung and Blood Institute. Rapid identification and treatment of acute myocardial infarction. Bethesda, Md: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, 1994. NIH Publication 94-3302.
  - Oler A, Whooley MA, Oler J, Grady D. Adding heparin to aspirin reduces the incidence of myocardial infarction and death in patients with unstable angina. A Meta-analysis. JAMA 1996; 227: 811-15.
  - Pacheco A. Manejo extrahospitalario del paciente con infarto agudo del miocardio. Recomendaciones. Emergencias 1999; 11: 417-431.
  - Peterson ED, Shaw LJ, Califf RM. Risk stratification after myocardial infarction. Clinical Guideline: Parter II. Ann Intern Med 1997;126:561-582.
  - Sayre MR, Gibler WB. New approaches to ruling out acute ischemic coronary syndrome in the emergency department. Ann Emerg Med 1996;27:75-78.
  - Viera B, del Sol LG, Espinosa AD, Espinosa AA, Iraola MD. Evaluación de guías de buenas prácticas clínicas para diagnóstico y tratamiento del infarto miocárdico agudo. MIO 2002; 2(6): 256. <http://www.somiam.com/Articulos/Preview.php?Id=256>



### MORTALIDAD INFANTIL CUBA 1960 - 2004

Años	1 año	Años	1 año
1960	37,3	1982	17,3
1961	39,0	1983	16,8
1962	41,7	1984	15,0
1963	38,1	1985	16,5
1964	37,8	1986	13,6
1965	37,9	1987	13,3
1966	37,3	1988	11,9
1967	36,4	1989	11,1
1968	38,3	1990	10,7
1969	46,7	1991	10,7
1970	38,7	1992	10,2
1971	36,1	1993	9,4
1972	28,7	1994	9,9
1973	29,6	1995	9,4
1974	29,3	1996	7,9
1975	27,5	1997	7,2
1976	23,3	1998	7,1
1977	24,9	1999	6,4
1978	22,4	2000	7,2
1979	19,4	2001	6,2
1980	19,6	2002	6,5
1981	18,5	2003	6,3
		2004	5,8

Tomado de: PERIÓDICO GRANMA, Pág. 5, CIUDAD DE LA HABANA, LUNES 3 DE ENERO DEL 2005. "AÑO DE LA ALTERNATIVA BOLIVARIANA PARA LAS AMERICAS"