Artículos originales

Características clínico-epidemiológicas del síndrome coronario agudo

Clinical-epidemiological Characteristics of Acute Coronary Syndrome

Denia Bonilla Padrón[1] Annia María Carrero[1] Yanitsy Chipi Rodríguez[1] Sonia María Sánchez Valcarcel[1] Daniel Silva Brito[1]

[1] Hospital General Docente Enrique Cabrera, La Habana, La Habana, Cuba

Cómo citar este artículo:
Bonilla-Padrón D, Carrero A, Chipi-Rodríguez Y, Sánchez-Valcarcel S, Silva-Brito D. Características clínico-epidemiológicas del síndrome coronario agudo. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2022 [citado 2026 Nov 13]; 12(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1167

Resumen

Fundamento: las enfermedades cardiovasculares se consideran un problema de salud a nivel mundial, entre ellas, el infarto agudo de miocardio ocupa un lugar relevante y representa una de las primeras causas de muerte en la mayoría de los países.
Objetivo: describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes ingresados por síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST en el Servicio de Cardiología y Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital General Docente Enrique Cabrera de La Habana.
Método: se realizó un estudio descriptivo y transversal en pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST ingresados en la unidad de cuidados coronarios desde septiembre de 2018 hasta septiembre 2021. Se estudiaron 423 pacientes y se analizaron las variables sociodemográficas y clínicas. En el análisis estadístico las variables se expresaron como media para las variables continuas y frecuencia y proporción para las variables categóricas utilizando el porcentaje como medida de resumen. Para cuantificar un posible riesgo se utilizó la prueba de Productos Cruzados u Odd Ratio con un intervalo de confianza del 95 % calculado por el método de Woolf.
Resultados: se observó predominio del sexo masculino (71,2 %) y la edad promedio fue de 62,31 años. El 74,2 % de los pacientes presentaron hipertensión arterial y 62,2 % fueron fumadores. Se presentó la insuficiencia cardiaca, la hipotensión y la pericarditis como complicaciones más frecuentes. El tratamiento con la terapia trombolítica se administró en la mayoría de los pacientes y la mortalidad se presentó en un 5,6 %.
Conclusiones: la hipertensión arterial y el tabaquismo predominaron dentro de los factores de riesgo. La insuficiencia cardiaca fue la complicación más frecuente. Los pacientes con infarto anterior extenso y diabetes mellitus presentaron una probabilidad mayor de complicaciones.

Palabras clave: factores de riesgo, enfermedades cardiovasculares, enfermedad coronaria

Abstract

Background: cardiovascular diseases are considered a health problem worldwide, among them, acute myocardial infarction occupies a relevant place and represents one of the leading causes of death in most countries.
Objective: to describe the clinical-epidemiological characteristics of patients admitted for ST-segment elevation acute coronary syndrome in the Cardiology Service and Coronary Care Unit of the Enrique Cabrera General Teaching Hospital in Havana.
Method: a descriptive and cross-sectional study was carried out in patients diagnosed with ST-segment elevation acute coronary syndrome admitted to the coronary care unit from September 2018 to September 2021. 423 patients were studied and sociodemographic and clinical variables were analyzed. In the statistical analysis, the variables were expressed as mean for continuous variables and frequency and proportion for categorical variables, using the percentage as a summary measure. To quantify a possible risk, the Cross Products or Odd Ratio test was used with a 95 % confidence interval calculated by the Woolf method.
Results: there was a predominance of males (71.2 %) and the average age was 62.31 years. 74.2 % of the patients had high blood pressure and 62.2 % were smokers. Heart failure, hypotension and pericarditis were presented as the most frequent complications. Treatment with thrombolytic therapy was administered in the majority of patients and mortality was 5.6 %.
Conclusions: arterial hypertension and smoking predominated within the risk factors. Heart failure was the most frequent complication. Patients with extensive anterior infarction and diabetes mellitus had a higher probability of complications.

Key words: risk factors, cardiovascular diseases, coronary disease

Recibido: 2022-04-25 14:07:38
Aprobado: 2022-09-05 11:39:54

Correspondencia: Denia Bonilla Padrón. Hospital General Docente Enrique Cabrera. La Habana. dbonillapadron@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades del corazón representan hoy un serio problema de salud a nivel mundial, entre ellas la cardiopatía isquémica (CI) ocupa un lugar relevante.[1] Las enfermedades cardiovasculares causan casi 4 millones de muertes al año en Europa, la mayor parte por enfermedad coronaria lo que corresponde al 47 % de todas las muertes.[2] En Estados Unidos se ha estimado que aproximadamente 15,4 millones de personas mayores de 20 años padecen CI y representa aproximadamente 1 de cada 7 muertes en los EE. UU. cada año.[2,3]

En Cuba, desde hace más 40 años las enfermedades del corazón constituyen una de las primeras causas de muerte, dentro de ellas la de mayor impacto es la CI con un total de 18 572 defunciones en el año 2020.[4]

Actualmente, se considera que los pacientes con molestias precordiales relacionadas con un desequilibrio entre el aporte y la demanda del metabolismo cardiaco experimentan un síndrome coronario agudo (SCA).[5] El electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones permite diagnosticar a los pacientes con un posible SCA en la mayoría de los casos y agrupar en dos grupos que definen su actual tratamiento médico, un grupo que presenta SCA con elevación del segmento ST (SCACEST) que generalmente refleja una oclusión coronaria aguda total, mientras que el otro grupo se presenta sin elevación persistente del segmento ST (SCASEST).[5,6]

Existe evidencia de que el riesgo de morir durante el primer año después de un SCA ha disminuido sustancialmente en los últimos años.[7] En la actualidad la tecnología avanzada y el intervencionismo coronario han permitido dar un gran salto en el tratamiento en los SCACEST en cuanto a la estrategia de reperfusión y cada vez influyen más las directrices y las medidas de actuación para la práctica clínica, sin embargo, la incidencia de eventos coronarios agudos se debe en un 90 % a factores de riesgo (FR) modificables, por tanto, las tasas de mortalidad por CI podrían reducirse con solo una pequeña modificación de estos, especialmente el colesterol, la hipertensión arterial (HTA) y el tabaquismo.[8]

Es un deber de cada profesional de la salud dedicado al tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, estar relacionado con la observación de las principales enfermedades y FR que se presentan en la comunidad donde se desempeña, observar las particularidades de los pacientes y cómo evolucionan sus enfermedades, la frecuencia con que se presentan, sus factores precipitantes, las complicaciones, le permitirá actuar e incidir con mejor certeza para lograr un mejor resultado en el diagnóstico y tratamiento de este padecimiento.

Lo anteriormente expresado, justifica realizar la presente investigación con el propósito de describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes ingresados por síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST en el Servicio de Cardiología y Unidad de Cuidados Coronarios (UCC) en el Hospital General Docente Enrique Cabrera de La Habana.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal a partir de un universo conformado por los pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST atendidos en el Servicio de Cardiología y Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital General Docente Enrique Cabrera de La Habana en el periodo correspondiente a septiembre de 2018 hasta septiembre 2021. Se excluyeron aquellos pacientes que no estuvieran de acuerdo en participar en el estudio, con ingresos anteriores que presentaran el mismo diagnóstico y con enfermedades en estadio-terminales que pudieran afectar el curso y pronóstico de la enfermedad.

Las variables se distribuyeron según:

Variables sociodemográficas:

- edad (en años cumplidos, se separó en grupos de edades).
- sexo.

Variables clínicas:

- Factores de riesgo coronario: cualquier característica, circunstancia o enfermedad de una persona asociada a la probabilidad de desarrollar enfermedad arterial coronaria, (referidas por el paciente en el momento del ingreso y registrados en la historia clínica) se incluyeron HTA, antecedentes de CI, diabetes mellitus (DM), hábito de fumar, dislipidemia, enfermedad renal crónica.

- Localización topográfica según cambios del electrocardiograma de 12 derivaciones (inferior, ínfero-lateral, anterior, antero-septal, anterior extenso, lateral y otras localizaciones).
- Complicaciones: parada cardiorrespiratoria (PCR), trastornos de la conducción auriculoventriculares (A-V), arritmias ventriculares, derrame pericárdico, pericarditis, insuficiencia cardiaca (IC), shock, sangrados, hipotensión (no relacionada al shock ni hemorragias, secundaria a medicamentos u otras causas reversibles) enfermedad cerebrovascular (ECV), angina postinfarto (post-IMA) y otras.
- Tratamiento de reperfusión: se definieron los diferentes grupos de acuerdo a las guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología.[6]
- Estado al egreso: vivo o fallecido.

Los datos de interés para la investigación fueron recogidos de las historias clínicas de cada paciente y de la base de datos del Servicio de Cardiología de la mencionada Institución. La información se procesó en el paquete estadístico SPSS versión 21,0. En el análisis estadístico las variables se expresaron como media para las variables continuas y frecuencia y proporción para las variables categóricas utilizando el porcentaje como medida de resumen. Para cuantificar un posible riesgo se utilizó la prueba de Productos Cruzados u Odds Ratio con un intervalo de confianza del 95 % calculado por el método de Woolf.

La investigación se realizó conforme a los principios éticos para las investigaciones biomédicas y con la aprobación del Comité de Ética de la Institución.

RESULTADOS

En correspondencia a las variables sociodemográficas estudiadas predominó el sexo masculino (71,2 %) y la edad promedio fue de 62,31 años del total de los 423 pacientes incluidos en el estudio, mientras que en la distribución por grupos de edades prevaleció un mayor número de pacientes entre los 50 a 60 años en relación al sexo masculino para un 23,6 %. (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los pacientes según grupos de edad y sexo

Edad	Masculino		Femenino		
(años)	No	%	No	%	Total
< 40	11	2,6	3	0,7	**14**
41 a 50	39	9,2	7	1,7	**46**
51 a 60	100	23,6	33	7,8	**133**
61 a 70	84	19,9	39	9,2	**123**
71 a 80	51	12,1	31	7,3	**82**
> 80	16	3,8	9	2,1	**25**
Total	**301**	**71,2**	**122**	**28,8**	**423**

Edad: (Media = 62,31 años) (Desviación típica =11,852)

Prevaleció la HTA en un 74,2 % y de los pacientes, el 62,2 % fueron fumadores, seguidos de DM (25,1 %) y la obesidad (10,4 %) como principales FR. La localización topográfica más frecuente fue la inferior en un 50,6 % de los casos. En cuanto a la estimación de riesgo en relación a las complicaciones, el infarto anterior extenso presentó una probabilidad mayor {OR 2,691 /1,500-4,827 (IC 95 %)}, seguido de los pacientes con DM {OR 1,772/1,091-2,877(IC 95 %)}. (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de los pacientes según variables clínicas y riesgo de complicaciones

Variables clínicas	SI	(%)	OR	(IC-95 %)
Hipertensión arterial	314	74,2	1,211	(0,720-2,035)
Hábito de fumar	263	62,2	0,867	(0,551-1,363)
Diabetes mellitus	106	25,1	1,772	(1,091-2,877)
Obesidad	44	10,4	1,327	(0,666-2,644)
Dislipidemia	40	9,5	0,880	(0,404-1,915)
Cardiopatía isquémica	37	8,7	0,695	(0,296-1,633)
Enfermedad renal crónica	23	5,4	1,088	(0,417-2,835)
IMA inferior	214	50,6	0,579	(0,369-0,907)
IMA ínfero-lateral	17	4,0	0,647	(0,182-2,298)
IMA anterior	106	25,1	1,471	(0,901-2,404)
IMA antero-septal	16	3,8	0,427	(0,095-1,911)
IMA anterior extenso	56	13,2	2,691	(1,500-4,827)
IMA lateral	9	2,1	0,377	(0,047-3,054)
Otras localizaciones	5	1,2	1,331	(1,260-1,407)

En relación a las complicaciones, la IC se mostró con mayor frecuencia para un 13 % de los casos, seguida de la hipotensión (9,7 %) y la pericarditis (6,4 %). (Gráfico 1).

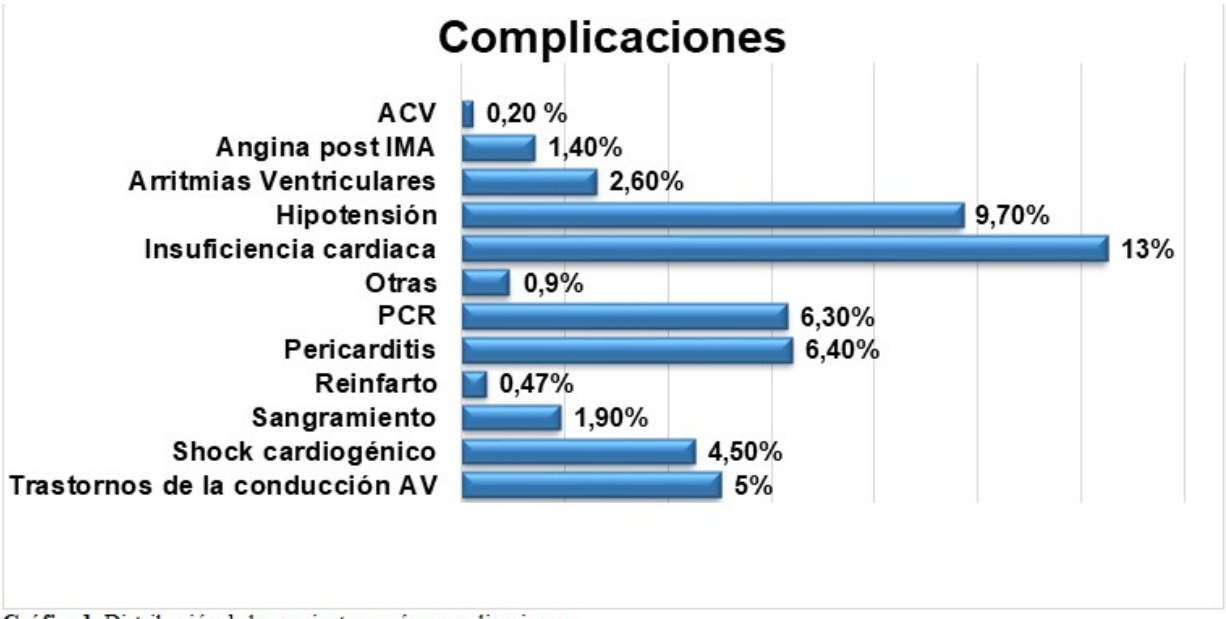


Gráfico 1. Distribución de los pacientes según complicaciones

La terapia trombolítica constituyó la estrategia de reperfusión más utilizada en un 60,5 %. Se registraron 24 fallecidos que correspondió a un 5,6 %, con una proporción de menos fallecidos en los grupos que recibieron algún tratamiento de reperfusión. (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de los pacientes según el tratamiento y los fallecidos

Tratamiento	SI	%	Fallecidos	%
Trombolisis	256	60,5	9	2,1
ACTP primaria	1	0,23	0	0
ACTP de rescate	4	0,9	1	0,23
Estrategia sistemática precoz	12	2,8	1	0,23
Sin tratamiento	150	35,6	13	3,1
Total	**423**	**100**	**24**	**5,6**

DISCUSIÓN

Se ha evidenciado la influencia de la edad y el sexo en la incidencia de eventos coronarios agudos y los resultados encontrados se observan de manera similar en otras investigaciones. En un estudio realizado por Ocaña y cols. en el sur de España, hubo una tendencia ascendente de la mortalidad de varones y mujeres con el aumento de la edad a partir de los 30 años. [9]

En la región de América se observan similares resultados en relación a la edad y el sexo, en un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico, subanálisis del *Peruvian Registry of ST-segment Elevation Myocardial Infarction* (PERSTEMI), realizado en Perú en el que se observó en 396 pacientes con SCACEST que el sexo femenino se presenta a una edad significativamente mayor en comparación con los varones. [10]

En Villa Clara, Cuba, en un estudio de 168 pacientes con SCA, realizado por Hernández y cols. [1] predominó el sexo masculino (100 para un 59,52 %) respecto al femenino (68 para un 40,48 %), de acuerdo a la edad, se observó mayor frecuencia de casos entre los 55 y 64 años (59 para un 35,12 %), similares a los resultados encontrados, aunque con una edad media ligeramente mayor de 68,18±10,34 años.

En relación a los FR, los más frecuentes fueron la HTA, el hábito de fumar y la DM. Aunque estos resultados se asemejan a los encontrados en la literatura, se observan algunas diferencias, por ejemplo, Vega y cols. en su estudio de 655 pacientes con infarto agudo de miocardio en el seguimiento el 46 % eran hipertensos; el 35 %, hipercolesterolémicos; el 32 % diabéticos; y el 39 %, fumadores activos. [11]

Interesantes resultados se muestran en un estudio realizado por Rodríguez y cols.[12] en la misma localidad donde se realizó la presente investigación, con el objetivo de estimar el riesgo cardiovascular global en personas mayores de 60 años de tres casas de abuelos, los resultados mostraron que las cifras elevadas de presión arterial, la DM y la hipercolesterolemia fueron los FR modificables que más se asociaron con el aumento del riesgo cardiovascular global.

Estos datos difieren ligeramente de lo encontrado, aunque cabe señalar que en la presente investigación se registró el antecedente de dislipidemia referido por los pacientes al interrogatorio inicial en el ingreso, y no el diagnóstico posterior por laboratorio, lo cual puede haber sido una limitante al encontrar solo un 9,5 % con este FR.

Los infartos de cara inferior se registraron con mayor frecuencia al igual que en otras series registradas[10] sin embargo, la DM y la

localización anterior extensa presentaron una probabilidad mayor de presentar complicaciones (1,7 veces y 2,6 veces respectivamente). En la investigación realizada por Shang y cols.[13] se muestran equivalentes resultados donde se observó una probabilidad de eventos adversos 3,63 veces mayor en los diabéticos frente a los no diabéticos.

Similares resultados se reflejan en la literatura en relación a las complicaciones, aunque con variaciones, por ejemplo: en Buenos Aires, Bono y cols.[14] exponen que la IC fue la complicación más prevalente, seguida de complicaciones del ritmo cardiaco, mientras que en otro estudio se ha observado que la isquemia recurrente aguda fue más frecuente (41,7 %), seguido del edema pulmonar (13,9 %). [15]

En Cuba, Pichardo y cols. en su serie de 158 fallecidos por infarto, la disfunción ventricular izquierda fue la complicación más frecuente (42,4 %), resaltando la insuficiencia cardiaca como complicación frecuente al igual que los resultados encontrados.[7]

Es importante señalar que el centro donde se desarrolló la investigación no cuenta con un Servicio de Hemodinamia, por lo que el tratamiento de reperfusión fundamental fue la terapia trombolítica mientras que la estrategia fármaco-invasiva y la angioplastia primaria se realizaron en pocos pacientes. Semejantes resultados se muestran en la literatura donde la mortalidad por todas las causas en pacientes con SCACEST se presenta entre en un 5 y un 8 %, y es menor, en aquellos que reciben terapia inicial de reperfusión.[1,10,14]

Como limitantes del estudio se encuentran que los FR encontrados en los pacientes se recogieron a través de las historias clínicas a partir del interrogatorio inicial al ingreso, no se recogieron los valores de complementarios durante la estancia hospitalaria ni nuevos diagnósticos, por lo que estos elementos pueden haber influido en los resultados.

A pesar de la disminución de la mortalidad por SCACEST, esta enfermedad se encuentra dentro de las primeras causas de muerte. Estos resultados permiten resaltar un grupo de pacientes con infarto con mayor riesgo de presentar complicaciones, en los cuales hay que destinar más vigilancia y reforzar las acciones preventivas tanto en la atención primaria como secundaria. Además, se incrementa la evidencia científica sobre el tema, y constituye un acercamiento exploratorio como base para futuros estudios analíticos en los diferentes niveles de atención.

La hipertensión arterial y el tabaquismo predominaron dentro de los factores de riesgo. La insuficiencia cardiaca fue la complicación más frecuente. Los pacientes con infarto anterior extenso y diabetes mellitus presentaron una probabilidad mayor de complicaciones. Estos resultados permiten alertar sobre las características de la población en estudio pues evidencia la prevalencia de factores de riesgo y las complicaciones más frecuentes.

Con la presente investigación se incrementa la evidencia científica sobre el tema, y constituye una base exploratoria, para futuros estudios analíticos en los diferentes niveles de atención. Estas observaciones permiten resaltar un grupo de pacientes de mayor riesgo, en los cuales hay que destinar más vigilancia y reforzar las acciones preventivas tanto en la atención primaria como secundaria.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Los roles de autoría:

1. Conceptualización: Denia Bonilla Padrón.

2. Curación de datos: Denia Bonilla Padrón, Annia María Carrero, Yanitsy Chipi Rodríguez, Sonia María Sánchez Valcarcel, Daniel Silva Brito.

3. Análisis formal: Denia Bonilla Padrón, Annia María Carrero, Yanitsy Chipi Rodríguez.

4. Adquisición de fondos: Esta investigación no contó con la adquisición de fondos.

5. Investigación: Denia Bonilla Padrón.

6. Metodología: Denia Bonilla Padrón, Yanitsy Chipi Rodríguez, Annia María Carrero.

7. Administración del proyecto: Denia Bonilla Padrón.

8. Recursos: Denia Bonilla Padrón.

9. Software: Denia Bonilla Padrón.

10. Supervisión: Denia Bonilla Padrón, Annia María Carrero.

11. Validación: Annia María Carrero, Yanitsy Chipi Rodríguez.

12. Visualización: Denia Bonilla Padrón.

13. Redacción del borrador original: Denia Bonilla Padrón, Annia María Carrero, Yanitsy Chipi Rodríguez.

14. Redacción revisión y edición: Denia Bonilla Padrón, Annia María Carrero, Yanitsy Chipi Rodríguez, Sonia María Sánchez Valcarcel, Daniel Silva Brito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reyes LM, Correa AM, Toledo Y, Alonso N, Ramírez JI, Garcés O. Enfoque clínico y epidemiológico del síndrome coronario agudo, una experiencia. Acta Méd Centro [revista en Internet]. 2018 [citado 20 Nov 2021];13(1):[aprox. 8p]. Disponible en: https://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/917/1228

2. Ferreira I. Epidemiología de la enfermedad coronaria. Rev Esp Cardiol [revista en Internet]. 2014 [citado 20 Sep 2021];67(2):[aprox. 5p]. Disponible en: https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893213004855

3. Blumenthal DM, Howard SE, Searl J, O'Keefe SM, Atlas SJ, Horn DM, et al. Prevalence of Angina Among Primary Care Patients with Coronary Artery Disease. JAMA Netw Open. 2021;4(6):e2112800

4. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2020 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2021 [citado 3 Feb 2022]. Disponible en: https://files.sld.cu/bvscuba/files/2021/08/Anuario-Estadistico-Español-2020-Definitivo.pdf

5. Ibáñez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, 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 [revista en Internet]. 2017 [citado 20 Jun 2021];70(12):[aprox. 10p]. Disponible en: https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893217306693

6. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, et al. Consenso ESC 2018 sobre la cuarta definición universal del infarto. Rev Esp Cardiol [revista en Internet]. 2019 [citado 3 Ene 2022];72(1):[aprox. 15p]. Disponible en: https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893218306365

7. Pichardo JM, Pérez D, Alonso A, 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 [revista en Internet]. 2020 [citado 25 Abr 2022];12(3):[aprox. 14p]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/pdf/cs/v12n3/2078-7170-cs-12-03-254.pdf

8. Castellano JM, Fernández JM, Fuster V. La prevención primordial, primordial en la prevención cardiovascular. Rev Esp Cardiol [revista en Internet]. 2020 [citado 25 Oct 2021];73(3):[aprox. 3p]. Disponible en: https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893219304725

9. Ocaña R, Mayoral JM, Fernández A, Sánchez C, Martín P, Blanco E. Efectos de la edad, el periodo de defunción y la cohorte de nacimiento en la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en el sur de España. Rev Esp Cardiol [revista en Internet]. 2015 [citado 25 Ago 2022];68(5):[aprox. 9p]. Disponible en: https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893214005168

10. Chávez F, Espinola S, Chacón M. Diferencias relacionadas al sexo en pacientes con Infarto Agudo de Miocardio ST elevado. Arch Perú Cardiol Cir Cardiovasc [revista en Internet]. 2020 [citado 20 Abr 2022];1(1):[aprox. 5p]. Disponible en: https://apcyccv.org.pe/index.php/apccc/article/view/10/6

11. Vega G, Martínez M. Profile of the patient with inadequate follow-up and control of cardiovascular risk factors after suffering an acute myocardial infarction. Aten Primaria [revista en Internet]. 2008 [citado 25 Mar 2022];40(10):[aprox. 10p]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7659830/pdf/main.pdf

12. Paramio A, Aguilera LL, Carrazana E, Hernández M. Riesgo cardiovascular global en tres casas de abuelos del municipio Boyeros. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]. 2021 [citado Jul 27];37(4):[aprox. 14p]. Disponible en: https://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/download/1417/503

13. Shang C, Hernández D, Ferrer M, Alonso MI, Pérez H. Características clínico epidemiológicas del síndrome coronario agudo con elevación del ST en pacientes diabéticos y no diabéticos. Rev Cubana Cardiol [revista en Internet]. 2019 [citado Ene 4];25(2):[aprox. 12p]. Disponible en: https://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/viewFile/836/pdf

14. Bono LA, Puente LJ, Szarfer J, Estrella LM, Doppler EM, Napoli ME, et al. Complicaciones intrahospitalarias del infarto agudo de miocardio. Incidencia y momento de aparición. Medicina (B Aires) [revista en Internet]. 2021 [citado 25 May 2022];81(6):[aprox. 7p]. Disponible en: https://www.medicinabuenosaires.com/PMID/34875597.pdf

15. Aburuz ME. Patients with ST segment elevation myocardial infarction: moderating effect of perceived control on the relationship between depression and in-hospital complications. BMC Cardiovasc Disord. 2019;19(1):143