



ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización clínico epidemiológica de pacientes con infarto agudo del miocardio

Clinical epidemiological characterization of patients with acute myocardial infarction

Adrián Alejandro Vitón Castillo^{1*}
Berta Margarita Lorenzo Velázquez¹
Lázaro Pablo Linares Cánovas¹
Luis Alberto Lazo Herrera¹
Omar Godoy Cuba²

¹Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna. Pinar del Río, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río, Cuba.

*Autor para la correspondencia: adrian.viton.97@ucm.pri.sld.cu

Recibido: 17 de abril 2018

Aprobado: 04 de julio 2018

Publicado: 14 de septiembre 2018

Citar como: Vitón Castillo AA, Lorenzo Velázquez BM, Linares Cánovas LP, Lazo Herrera LA, Godoy Cuba O. Caracterización clínico epidemiológica de pacientes con infarto agudo del miocardio. Rev Ciencias Médicas [en línea]. 2018 [consulta: fecha de acceso]; 22(5): 884-93. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3589>

RESUMEN

Introducción: de las cardiopatías isquémicas del año 2016 en nuestro país, el 44,4 % fue por infarto agudo del miocardio. Por su alta incidencia en la población, es importante que todos los profesionales desarrollen los conocimientos y habilidades esenciales para una adecuada valoración e intervención oportuna en este problema de salud.

Objetivo: caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes con infarto agudo del miocardio hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios del Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado" en el período enero 2013 – diciembre 2017.

Método: se realizó un estudio observacional descriptivo y transversal, se utilizaron métodos de análisis y síntesis, además del método empírico. Se estudiaron 1427 pacientes ingresados con diagnóstico de infarto agudo del miocardio, empleándose estadística descriptiva.

Resultados: el grupo etario más afectado fue el 60-69 con un 30 % y el sexo masculino representó el 63,7 %. Predominaron los infartos inferiores en el 54.9 % y la hipertensión arterial se encontró en el 65 % de los pacientes. Las complicaciones eléctricas aparecieron en el 34,3 % de los casos, predominando el bloqueo de la rama izquierda de haz de His en el 12,4 %. Se aplicó trombolisis al 64,5 %. Fallecieron el 9,1 % de los pacientes.

Conclusiones: Esta enfermedad es más común en el sexo masculino y en pacientes mayores de 50 años. Entre los factores de riesgo fundamentales para su desarrollo se encuentra la hipertensión arterial. Los infartos inferiores son más comunes. Un alto número de pacientes recibieron tratamiento trombolítico propiciando una baja mortalidad.

DeCS: INFARTO DEL MIOCARDIO; ISQUEMIA MIOCÁRDICA; TERAPIA TROMBOLÍTICA; FACTORES DE RIESGO; TOPOGRAFÍA.

ABSTRACT

Introduction: the ischemic cardiopathies of 2016 in our country were 44,4 % and most of them were acute myocardial infarctions. Due to its high incidence in the population, it is important all professionals to develop the essential knowledge and skills for a proper assessment and timely intervention regarding this health problem.

Objective: to characterize clinically and epidemiologically the patients suffering from acute myocardial infarction hospitalized in Coronary Intensive Care Unit at Abel Santamaría Cuadrado General Hospital during January 2013 - December 2017.

Method: a descriptive and cross-sectional, observational study was carried out, analysis and synthesis methods were used, in addition to the empirical method. We studied 1427 patients admitted with a diagnosis of acute myocardial infarction, using descriptive statistics.

Results: The most affected age bracket was 60-69 with 30 %, and male sex represented 63,7 %. Lower infarcts predominated in 54,9 % and hypertension was found in 65 % of patients. The electrical complications appeared in 34,3 % of the cases, mainly blocking of the left branch of their bundle in 12,4 %. Thrombolysis was applied (64,5 %) and 9,1 % of patients died.

Conclusions: this disease is more common in male patients and in those over 50 years old. High blood pressure is among the fundamental risk factors for its development. Lower infarcts were more common. A high number of patients received thrombolytic therapy leading to low rate of mortality.

DeCS: MYOCARDIAL ISCHEMIA; MYOCARDIAL INFARCTION; THROMBOLYTIC THERAPY; RISK FACTORS; TOPOGRAPHY.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la principal causa de muerte en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa⁽¹⁾.

En el año 2016, se reportan en Cuba 99 399 defunciones. En relación con las 10 primeras causas de muerte, las enfermedades del corazón ocupan el primer lugar con una tasa de 217,7 por 100 000 habitantes. El 66,0 % de las muertes por enfermedades del corazón ocurre por enfermedades isquémicas⁽²⁾.

Cabe señalar que la cardiopatía isquémica (CI) puede adoptar diferentes formas clínicas, de las cuales la angina y el infarto agudo de miocardio (IMA) son las más frecuentes⁽¹⁾.

A inicio del siglo XX, estas provocaban menos del 10 % de todas las muertes en el mundo, y en el presente siglo, son las responsables de casi la mitad de los decesos en los países desarrollados, así como del 25 % en los países en vías de desarrollo. La Organización Mundial de la Salud (OMS), prevé que, en el 2020, la enfermedad isquémica del corazón será responsable de 11,1 millones de muertes; por lo que su prevención constituye un reto para las autoridades sanitarias de todos los países del mundo, motivo del aumento de la prevalencia de los factores de riesgo cardiovasculares, que conllevan a una mayor incidencia de esta enfermedad⁽³⁾.

Diversos estudios recientes a nivel mundial han subrayado un descenso en la mortalidad aguda y a largo plazo después de un infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST (IMACEST), en paralelo con un aumento de la terapia de reperfusión, intervencionismo coronario percutáneo primario, tratamiento antitrombótico moderno y tratamientos de prevención secundaria. A pesar de esto, la mortalidad sigue siendo importante, con aproximadamente un 12 % de mortalidad en seis meses y con tasas más elevadas en pacientes de mayor riesgo⁽⁴⁾.

Esta enfermedad es definida como la muerte celular cardíaca por isquemia a causa de un desbalance de la perfusión-demanda y se caracteriza por dolor u opresión retrosternal mantenidos, además, incluye diferentes perspectivas relativas a las características clínicas, electrocardiográficas (ECG), bioquímicas y anatomopatológicas donde la gran mayoría de estos pacientes presentan una elevación típica de los biomarcadores de necrosis miocárdica⁽⁵⁾.

De las CI del año 2016 en nuestro país, el 44,4 % fue por IMA. En Pinar del Río en el año 2016 fallecieron por afecciones del corazón 1138 personas⁽²⁾.

Debido a lo antes expuesto y al aumento constante de pacientes con esta patología, se decidió realizar este estudio con el objetivo de caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes con infarto agudo del miocardio hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios del Hospital General "Abel Santamaría Cuadrado" en el periodo enero 2013 – diciembre 2017.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en pacientes atendidos por presentar infarto agudo del miocardio en la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios del Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado" (HAS) en el período comprendido entre enero de 2013 y diciembre de 2017. El universo estuvo constituido 1427 pacientes diagnosticados de IMA en el período de estudio, trabajándose con la totalidad.

Se utilizaron los métodos de análisis y síntesis para la revisión bibliográfica referente al tema en cuestión, la cual se realizó consultando la bibliografía nacional e internacional más actualizada disponible sobre el tema. Se coordinó con el jefe del servicio de UCIC y se procedió a la revisión exhaustiva de las historias clínicas de los pacientes y libro de estadísticas del servicio. Se empleó el método empírico para la recolección de la información mediante un formulario de recolección de datos (Ver Anexo 1).

Los datos obtenidos fueron almacenados en una base de datos confeccionada con Microsoft Office Excel 2016 y procesados en el paquete estadístico SPSS versión 21.0. Para el análisis de los datos se aplicaron medidas de estadística descriptiva como frecuencia absoluta y relativa porcentual. Los resultados del estudio se presentan resumidos en tablas y gráficos para su mejor comprensión.

Se cumplieron estrictamente los principios éticos establecidos en las normas relacionadas al manejo de historias clínicas, así mismo los parámetros que determina el reglamento ético interno del Hospital "Abel Santamaría Cuadrado". Los datos personales y de identificación de los pacientes no fueron publicados, siguiendo los principios éticos de la investigación científica de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. Además, se solicitó la aprobación del Jefe de Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios y de la Jefa de Enfermeras de la sala.

La investigación no demandó de gasto económico y los recursos materiales utilizados se redujeron al uso de útiles de escritorio.

RESULTADOS

El grupo de edades con mayor incidencia de IMA (Tabla 1) fue el de 60-69 años, representando el 30 %, coincidiendo por lo general con el grupo con mayor incidencia por año. El año con mayor cantidad de pacientes diagnosticados con IMA fue el 2017, mostrando un crecimiento del 184,7 % con respecto al 2013.

Tabla 1. Distribución de los pacientes diagnosticados con infarto agudo del miocardio según edades y años. Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios del Hospital Abel Santamaría Cuadrado. Enero 2013 – diciembre 2017

Edades (años)	2013	2014	2015	2016	2017	Total	
						No.	%
20-29	0	6	2	1	3	12	0,8
30-39	1	3	5	8	12	29	2,0
40-49	12	25	25	31	40	133	9,4
50-59	39	50	55	65	75	284	19,9
60-69	56	79	88	96	109	428	30,0
70-79	70	50	59	65	71	315	22,1
80-89	20	35	36	40	49	180	12,6
> 90	5	5	8	12	16	46	3,2
Total	203	253	278	318	375	1427	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

El sexo predominante fue el masculino (Tabla 2), que representó el 63,7 %. Se encontró que en ambos sexos el grupo etario con mayor incidencia fue el de 60-69, donde el sexo masculino representó el 19,7 % y el femenino el 8,3 %. Hay que destacar que en los grupos etarios 20-29 se encontraron 12 pacientes, que representaron el 0,8 %.

Tabla 2. Distribución según sexo y edad de los pacientes diagnosticados con infarto agudo del miocardio.

Edades (años)	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
20-29	10	0,7	2	0,1	12	0,8
30-39	25	1,8	4	0,3	29	2,1
40-49	90	6,3	43	3,0	133	9,3
50-59	193	13,5	91	6,4	284	19,9
60-69	281	19,7	147	10,3	428	30,0
70-79	196	13,7	119	8,3	315	22,0
80-89	95	6,7	85	6,0	180	12,7
> 90	19	1,3	27	1,9	46	3,2
Total	909	63,7	518	36,3	1427	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

En cuanto a la localización topográfica del IMA (Tabla 3), los más comunes fueron los inferiores y los anteroseptales en un 54,9 % y un 19,3 % relativamente.

Tabla 3. Distribución según topografía

Topografía	No.	%
Inferior	783	54,9
Anteroseptal	276	19,3
Anterior extenso	203	14,2
Anterolateral	116	8,1
Posteroinferior	32	2,3
Posterior estricto	17	1,2
Total	1427	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

El factor de riesgo predominante fue la hipertensión arterial, en el 65 % de los casos (Tabla 4). Tanto en el sexo masculino como en el femenino el factor de riesgo predominante fue la hipertensión arterial en el 61,1 % y el 72,1 % de los casos respectivamente.

Tabla 4. Distribución según sexo y factores de riesgo.

Factores de riesgo	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Hipertensión Arterial	555	61,1	373	72,0	928	65,0
Cardiopatía Isquémica previa	234	25,7	216	41,7	450	31,5
Diabetes Mellitus	162	17,8	240	46,3	402	28,1
Hábito de Fumar	167	18,4	193	37,3	360	25,2
Obesidad	76	8,4	108	20,8	184	12,9

Fuente: Formulario de recolección de datos

En cuanto a las complicaciones (Tabla 5) predominaron las eléctricas presentes en el 34,3 % de los casos. Predominó el BRIHH el 12,4 % de los casos, seguidas de la angina post infarto y el bloqueo AV, presentes en el 8,9 % y 7,1 % de los casos respectivamente.

Tabla 5. Distribución de pacientes según complicaciones

Complicaciones	No.	%
Bloque de la rama izquierda de haz de His (BRIHH)	177	12,4
Angina post IMA	127	8,9
Bloqueo Auriculoventricular	101	7,1
Paro Cardiorrespiratorio	98	6,9
Fibrilación Auricular	96	6,7
Shock Cardiogénico	87	6,1
Fibrilación Ventricular	77	5,4
Aneurisma	16	1,1

Fuente: Formulario de recolección de datos

Con respecto a los egresos, el 90,9 % de los pacientes egresaron vivos. Se aplicó terapia trombolítica al 64,5 % de los pacientes. El 9,1 % de los pacientes con IMA fallecieron, de ellos, el 60 % fueron hombres. Cabe destacar que el 7,4 % de los pacientes trombolizados falleció, mientras que el 12,3 % de los pacientes no trombolizados falleció.

DISCUSIÓN

En un estudio realizado en Contramaestre⁽⁶⁾ encontraron como grupos más afectados el 61-70 (34,8 %) y 71-80 (23,2 %), otros encontraron como edad promedio los 61 años⁽⁷⁾ coincidiendo todos estos estudios con lo encontrado en la presente. Se sabe que al aumentar la edad existe mayor daño vascular, lo que aumenta el riesgo de afección cardiovascular y aterosclerótica, lo cual implica además un mayor riesgo de IMA⁽⁸⁾.

En el sexo femenino la incidencia de infarto agudo del miocardio es baja antes de los 49 años por la protección que les brindan a este grupo de pacientes las hormonas sexuales femeninas, entre las que se encuentran disminución de la agregación plaquetaria, reducción de los niveles de glucosa en sangre, favorecen un mejor funcionamiento de los mecanismos fibrinolíticos endógenos lo cual las hace menos susceptibles a este tipo de eventos⁽⁹⁾.

Gómez Pacheco⁽¹⁰⁾ encontró como sexo predominante el masculino (60,8 %). Generalmente las que se infartan antes de los 49 años de edad presentan algún factor que interfiere negativamente en la protección brindada por las hormonas sexuales, como podrían ser diabetes mellitus, fumadoras, una alta carga genética familiar o por cese de la función ovárica. Algunos autores han encontrado que en general, las mujeres tienen su primer episodio cardiovascular como media 10 años más tarde que los varones. Por lo tanto, tienden a ser de más edad y a presentar más comorbilidades, como disfunción renal e insuficiencia cardíaca⁽⁹⁾.

Rodríguez Sánchez *et al*⁽⁶⁾ encontraron como topografía predominante la inferior, similar a la presente. Se debe en la gran mayoría de los pacientes a afectación de la arteria coronaria derecha o circunfleja, no siendo ellas las responsables de irrigar la mayor parte de la masa ventricular izquierda. Esto hace posible que los pacientes tengan un mayor acceso a los servicios de urgencia al no fallecer en los primeros momentos y una vez en ellos la evolución sea más favorable, pues las complicaciones eléctricas dadas por arritmias ventriculares malignas, insuficiencia cardíaca, complicaciones mecánicas y muerte son menores que cuando se afectan la coronaria descendente anterior.

La sintomatología habitual del infarto agudo del miocardio de cara inferior difiere del resto de las topografías habituales, donde el dolor puede ser referido a nivel de epigastrio lo que puede ocasionar errores en el diagnóstico temprano, baja percepción del riesgo, así como desconocimiento por parte del enfermo⁽⁶⁾. Por otra parte, estudios encuentran la anterior como más común, aunque con diferencias mínimas entre una y otra.

El factor de riesgo más común encontrado en la presente fue la hipertensión arterial, coincidiendo con varios estudios^(9,11), estos resultados también coinciden con Moldes Acanda y colaboradores⁽³⁾, quienes en un estudio realizado en Venezuela desde el 2008 hasta el

2011 encontraron que el 78,13 % de los pacientes diagnosticados de IMA lo padecían. Estudios encuentran un mayor índice de diabetes mellitus en las féminas⁽¹²⁾, similares resultados fueron encontrados en este estudio.

Las complicaciones eléctricas reflejan el grado de extensión de la zona de necrosis que altera el sistema de conducción cardíaca, aspecto que concuerda con otros estudios donde, debido a esos trastornos, la mortalidad se ha elevado de forma considerable⁽¹³⁾. Lóriga García *et al*⁽⁹⁾ encontró como predominantes las arritmias (34 %), mientras que en el presente se encontró el bloqueo de la rama izquierda del haz de His.

Lóriga García *et al*⁽⁹⁾ encontró que se aplicó terapia trombolítica en el 55,2 % mientras que Sprockel *et al*⁽¹⁴⁾ en su estudio, aplicaron terapia trombolítica al 82 % de los pacientes, este último encontró una aplicación mayor que en el presente estudio. Este resultado a pesar de ser favorable desde el punto de vista estadístico resulta inadecuado ya que se trata de un 35,5 % de pacientes que no se han beneficiado con este tratamiento de reperfusión. Se sabe que la trombolisis disminuye de forma significativa la mortalidad por IMA, así como las complicaciones mecánicas y eléctricas⁽⁹⁾.

La mortalidad en la casuística, en general, fue relativamente baja en relación con la obtenida por otros investigadores⁽⁸⁾. Este estudio no encuentra diferencias significativas entre ambos sexos. En el presente estudio se encontró una diferencia entre ambos sexos (20 %). Esto debe ocurrir debido al predominio del sexo masculino.

Se concluye que los pacientes mayores de 50 años del sexo masculino y con antecedentes de hipertensión arterial presentan alta probabilidad de sufrir de un infarto agudo del miocardio. Los infartos inferiores son más comunes, y debido a sus características el enfermo puede confundirlo con otras enfermedades, lo que influye en la mortalidad. Un alto número de pacientes reciben tratamiento trombolítico, lo cual favorece la recuperación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Cardiopatías y género. Bibliomed [en línea]. 2017 Ene [consulta: 23 nov 2017]; 24(1): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2016/12/bibliomed-enero-2017.pdf>
2. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadística de salud. Anuario Estadístico de Salud 2016 [en línea]. 2017 May [consulta: 23 nov 2017]. [aprox. 193 p.]. Disponible en: [http://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario Estadístico de Salud e 2016 edición 2017.pdf](http://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario_Statístico_de_Salud_e_2016_edición_2017.pdf)
3. Moldes Acanda M, González Reguera M, Hernández Rivero MC, Prado Solar LA, Pérez Barberá M. Comportamiento del infarto agudo del miocardio en Cuidados Intensivos. Centro Diagnóstico Integral Simón Bolívar. Venezuela. Rev.Med.Electrón. [en línea]. 2017 Feb [consulta: 15 ene 2018]; 39(1): 43-52. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000100006&lng=es

4. Rodríguez Londres J, Quirós Luis JJ, Castañeda Rodríguez G, Hernández-Veliz D, Valdés-Rucabado JA, Nadal Tur B, et al. Comportamiento de la letalidad hospitalaria en pacientes con infarto agudo de miocardio con el uso de terapias de reperfusión en 12 años de trabajo en la Unidad de Coronario Intensivo del Instituto de Cardiología de La Habana, Cuba. Rev. Mex. Cardiol [en línea]. 2014 Mar [consulta: 15 ene 2018]; 25(1): 7-14. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-21982014000100002&script=sci_arttext
5. Bosch Genover X. Cardiopatía isquémica. Medicina Interna [en línea]. 18 va ed. Barcelona, España: Elsevier España, S.L.U.; 2016. [consulta: 27 nov 2017]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788490229965000557>
6. Rodríguez Sánchez VZ, Rosales García J, De Dios Perera C, Cámbara Santiesteban D, Quevedo Santamarina M. Caracterización clínico epidemiológica de pacientes con infarto agudo del miocardio no trombolizados en el Hospital General Orlando Pantoja Tamayo, del municipio Contramaestre. Rev. Med. Electrón. [en línea]. 2013 Ago [consulta: 07 mar 2018]; 35(4): 364-71. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242013000400006&lng=es
7. García Aurelio MJ, Cohen Arazi H, Higa C, Gómez Santa María HR, Mauro VM, Fernández H et al. Infarto agudo de miocardio con supradesnivel persistente del segmento ST: Registro multicéntrico SCAR (Síndromes Coronarios Agudos en Argentina) de la Sociedad Argentina de Cardiología. Rev. argent. cardiol. [en línea]. 2014 Ago [consulta: 07 mar 2018]; 82(4): 275-284. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482014000400004&lng=es
8. Pérez Gonzalo E, Costabel JP., González N, Zaidel E, Altamirano M, Schiavone M et al. Infarto agudo de miocardio en la República Argentina: Registro CONAREC XVII. Rev. argent. cardiol. [en línea]. 2013 Oct [consulta: 07 mar 2018]; 81(5): 390-399. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482013000500003&lng=es
9. Lóriga García O, Pastrana Román I, Quintero Pérez W. Características clínico epidemiológicas de pacientes con infarto miocárdico agudo. Rev Ciencias Médicas [en línea]. 2013 Dic [consulta: 07 mar 2018]; 17(6): 37-50. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000600005&lng=es
10. Gómez Pacheco R. Morbilidad por infarto agudo del miocardio en una unidad de cuidados intensivos. Medcentro Electrónica [Internet]. 2014 Sep [consulta: 07 mar 2018]; 18(3): 124-6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000300007&lng=es
11. Pinto García LJ, Lobo Cerna FE, Andrade-Romero JR, María Soriano E. Caracterización de los factores de riesgo cardiovascular para infarto agudo de miocardio en población Garífuna. Rev Cient Cienc Méd [Internet]. 2017 [consulta: 07 mar 2018]; 20(1): 16-9. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332017000100004&lng=es
12. Salinas-Aragón MÁ, Palacios-Rodríguez JM, García-Gutiérrez JC, García-Bonilla J, Becerra-Laguna CA, Córdova-Correa H, et al. Impacto del género en la morbilidad y la mortalidad a corto y largo plazo después de la angioplastia carotídea en un hospital de tercer nivel en México. Rev. Mex. Cardiol [Internet]. 2016 Mar [consulta: 07 mar 2018]; 27(1): 34-43. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-21982016000100005&lng=es

13. Sánchez Abalos VM, Bosch Costafreda C, Sánchez Abalos TM, González Blanco JC. Morbilidad y mortalidad por infarto agudo del miocardio. MEDISAN [Internet]. 2014 Abr [citado 07 Mar 2018]; 18(4): 516-22. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000400008&lng=es

14. Sprockel JJ, Diaztagle JJ, Filizzola VC, Uribe LP, Alfonso CA. Descripción clínica y tratamiento de los pacientes con síndrome coronario agudo. Acta Med Colomb [en línea]. 2014 Abr [consulta: 07 Mar 2018]; 39(2): 124-130. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482014000200007&lng=es

ANEXO 1

Formulario de recolección de datos

Nombre: _____
Edad: _____ **Sexo:** Femenino ___ Masculino ___

Topografía del IMA: _____

Factores de riesgo:

Hábito de Fumar _____ HTA _____ Diabetes Mellitus _____
Cardiopatía Isquémica previa _____ Obesidad _____ Otras _____

Complicaciones:

_____ BRIHH _____ Angina post IMA _____ Bloqueo AV _____ PCR
_____ Fibrilación Auricular _____ Fibrilación Ventricular _____ Aneurisma
_____ Shock Cardiogénico

Aplicación de trombolisis: _____ Sí _____ No

Efectiva: _____ Sí _____ No

Complicaciones de la trombolisis:

Estado al egreso:

___ Fallecido ___ Vivo

Fecha de ingreso:

Fecha de egreso: