



Caracterización del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST

Characterization of acute coronary syndrome with ST-segment elevation

Rosannia Lee Mustelier^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-6928-4783>

¹Hospital Universitario "General Calixto García", Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Facultad de Ciencias Médicas "Calixto García". La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: rosannialeem@gmail.com

Cómo citar este artículo

Lee Mustelier R. Caracterización del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST. Arch Hosp Univ "Gen Calixto García". 2026;14(1):e1652. Acceso: 00/mes/2026. Disponible en: <http://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/1652>

RESUMEN

Introducción: El síndrome coronario agudo representa la primera causa de muerte en Cuba y el mundo, con factores de riesgo y complicaciones asociados.

Objetivo: Caracterizar a pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, ingresados en la unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Universitario "General Calixto García".

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo en pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, ingresados en la unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Universitario "General Calixto García" en el período comprendido de septiembre de 2021 al 2022. El universo incluyó 128 pacientes y la muestra se constituyó por 108 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión.

Resultados: La edad promedio fue de $64,2 \pm 12,7$ años, con predominio del sexo masculino. La hipertensión arterial mostró mayor prevalencia (73,1 %). Predominó el síndrome coronario agudo de localización inferior (50,9 %), la trombolisis exitosa (46,3 %), los pacientes con complicaciones (51,9 %) y las complicaciones eléctricas (58,9 %) y letalidad 18,5 %.

Limitaciones: Diseño retrospectivo, muestra moderada y contexto pandémico.

Conclusiones: La investigación realizada evidencia un perfil de alto riesgo en pacientes afectados del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, atendidos en un hospital sin Servicio de hemodinamia, con énfasis en la edad avanzada y la hipertensión como determinantes de peor evolución. El estudio aporta evidencias para optimizar el manejo con trombolisis y vigilancia de complicaciones eléctricas.

Palabras clave: Complicaciones; factores de riesgo; síndrome coronario agudo; trombolisis.

ABSTRACT

Introduction: Acute coronary syndrome associated with risk factors and complications, represents the leading cause of death in Cuba and worldwide.

Objective: To characterize patients with ST-segment elevation acute coronary syndrome admitted to the Coronary Care unit of "General Calixto García" University Hospital.

Methods: A retrospective, observational, descriptive, and cross-sectional study was conducted in patients with ST-segment elevation acute coronary syndrome admitted to the Coronary Care unit of "General Calixto García" Hospital in Havana, from September 2021 to September 2022. The universe included 128 patients, and the sample consisted of 108 patients who met the inclusion criteria.

Results: The average age was 64.2 ± 12.7 years, with a predominance of males. Arterial hypertension showed the highest prevalence (73.1 %). Inferior location acute coronary syndrome (50.9 %), successful thrombolysis (46.3 %), patients with complications (51.9 %), electrical complications (58.9 %), and a lethality of 18.5 %, predominated in the study.

Limitations: Retrospective design, moderate sample size, and pandemic context.

Conclusions: The characterization performed evidences a high-risk profile in patients with STEMI treated in a hospital without hemodynamic services, with emphasis on advanced age and hypertension as determinants of worse outcomes. The study provides evidence to optimize management with



thrombolysis and monitoring of electrical complications.

Keywords: Complications; risk factors; acute coronary syndrome; thrombolysis.

Recibido: 18/10/2025.

Aprobado: 03/02/2026.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) representan la principal causa de mortalidad a nivel global, con 17,9 millones de defunciones anuales, de acuerdo a cifras publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽¹⁾. La cardiopatía isquémica se conoce como la causa más frecuente^(1,2,3)

Los países europeos registran alrededor de 2,2 millones de muertes en mujeres y 1,9 millones en hombres, mientras EE.UU. acumula un 25 % del total de defunciones.⁽²⁾

Cuba difundió un incremento en la mortalidad por enfermedades cardíacas, elevado desde 121 defunciones por cada 100 000 habitantes durante 2020, hasta 167 en 2021. Con mayor letalidad, La Habana -como capital cubana- mostró una tasa ajustada de 145,6, durante el año 2020 y un incremento de 191,5 en 2021.⁽³⁾

El infarto agudo de miocardio (IAM) se define por daño miocárdico isquémico confirmado por criterios clínicos, electrocardiográficos, enzimáticos y ecocardiográficos⁽⁴⁾, mientras su etiología multifactorial incluye factores de riesgo, tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia y tabaquismo. El tratamiento de reperfusión -mediante intervencionismo coronario percutáneo (ICP) o fibrinólisis- reduce la mortalidad, aunque persisten complicaciones que empeoran el pronóstico, como son la disfunción ventricular izquierda, las arritmias, eventos mecánicos e isquémicos, entre otras.

En el Servicio de Cuidados Coronarios del Hospital Universitario "General Calixto García" ingresan alrededor de 250 pacientes al año, con diagnóstico de síndrome coronario. La investigación se fundamenta en la necesidad de caracterizar las particularidades del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST), en el entorno hospitalario, con énfasis en la fase aguda. Por consiguiente, la actual investigación tiene como objetivo caracterizar a pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, ingresados en la unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Universitario "General Calixto García".

MÉTODOS

Página 3



Este es un artículo en Acceso Abierto distribuido según los términos de la [Licencia Creative Commons Atribución-*No Comercial* 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) que permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

El diseño metodológico quedó constituido por un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo, en pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, ingresados en la unidad de cuidados Coronarios del Hospital Universitario "General Calixto García", La Habana, Cuba, entre septiembre de 2021 y septiembre de 2022.

El universo estuvo conformado por 128 pacientes, con diagnóstico de síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST. La muestra incluyó a 108 pacientes.

Los criterios de inclusión considerados fueron: pacientes ingresados con diagnóstico de síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, en el Servicio de Cuidados Coronarios, con firma del consentimiento informado.

Como criterios de exclusión, se eximieron a pacientes con determinadas condiciones médicas o quirúrgicas no cardiovascular, por la cual fallecieron o fueron trasladados de sala.

Variables: cuantitativa en años (edad); cualitativa nominal (sexo; factores de riesgo; topografía del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST; terapia fibrinolítica; complicaciones).

Entre los procedimientos previstos, se realizó revisión retrospectiva de historias clínicas, para la recolección de datos.

Los datos se procesaron con el software SPSS, versión 24.0. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas. Se obtuvo media y desviación estándar. La relación entre variables cualitativas se evaluó mediante la prueba de chi cuadrado, y para la variable cuantitativa se empleó la prueba t de Student para muestras independientes. Se consideró significancia estadística con $p < 0,05$.

El estudio fue aprobado por el Comité académico de la especialidad, por Consejo Científico y el Comité de Ética Médica institucional. La investigación se adhirió a los principios de la Declaración de Helsinki. Se solicitó el consentimiento informado. La confidencialidad e integridad de los datos fue preservada en todo momento.

RESULTADOS

Se obtuvo edad media de 64,2 años, el 14,8 % con edades superiores a los 80 años. Entre los factores de riesgo predominó la hipertensión arterial (73,1 %). Hubo predominio del síndrome coronario agudo de topografía inferior (50,9 %); el 46,3 % de los pacientes tuvo trombolisis exitosa. (Tabla 1).



Tabla 1. Descripción de la muestra de acuerdo a variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas

| Variable | (n = 108) (%) |
|---------------------------------|-------------------------|
| Edad (Media \pm DE, Min, Max) | 64,2 \pm 12,7 [35,97] |
| Edad \geq 80 años | 16 (14,8) |
| Sexo | |
| - Femenino | 44 (40,7) |
| - Masculino | 64 (59,3) |
| Factores de riesgo | |
| - Hipertensión arterial | 79 (73,1) |
| - Diabetes mellitus | 28 (25,9) |
| - Dislipidemia | 18 (16,7) |
| - Tabaquismo | 57 (52,8) |
| - Obesidad | 27 (25,0) |
| Localización del SCACEST | |
| - Anterior | 53 (49,1) |
| - Inferior | 55 (50,9) |
| Tratamiento fibrinolítico | |
| - Trombolisis exitosa | 50 (46,3) |
| - Trombolisis fallida | 10 (9,3) |
| - Sin trombolisis | 48 (44,4) |

**Un paciente pudo presentar más de un factor de riesgo.*

El 51,9 % de los pacientes presentó una o varias complicaciones con prevalencia de las complicaciones eléctricas (58,9 %). (Tabla 2).

Tabla 2. Complicaciones durante el ingreso

| Complicaciones | No. (%) |
|---------------------------------------|-----------|
| Sin complicaciones | 52 (48,1) |
| Con complicaciones | 56 (51,9) |
| *Tipo de complicación | |
| - Derivadas de la función ventricular | 14 (25,0) |
| - Eléctrica | 33 (58,9) |
| - Isquémicas | 10 (17,9) |
| - Otras | 9 (16,1) |

**Un paciente pudo presentar más de una complicación*

Los pacientes con presencia de complicaciones se presentaron en una media de edad de $67,7 \pm 12,9$, mientras los pacientes sin complicaciones en edades inferiores, se observaron con una media de edad de $60,4 \pm 11,5$ con resultado significativo ($p = 0,002$). Los pacientes con edades superiores a los 80 años tuvieron tasa significativa ($p = 0,011$). El sexo y los factores de riesgo no presentaron diferencias estadísticas significativas, en relación a la ocurrencia de complicaciones. Los infartos de localización anterior fueron discretamente superiores en el grupo de pacientes con complicaciones durante el ingreso (51,8 % vs 46,1 %). El 51,8 % de los pacientes con complicaciones no recibieron tratamiento de reperfusión; el 59,6 % de los pacientes sin complicaciones tuvieron trombolisis efectiva, diferencias que no resultaron significativas ($p = 0,015$). (Tabla 3).



Tabla 3. Variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas según ocurrencia de complicaciones durante el ingreso

| Variable | Con complicaciones (n=56) (%) | Sin complicaciones (n= 52) (%) | P |
|---------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-------|
| Edad (Media ± DE) | 67,7 ± 12,9 | 60,4 ± 11,5 | 0,002 |
| Edad ≥ 80 años | 13 (23,2) | 3 (5,8) | 0,011 |
| Sexo | | | |
| - Femenino | 27 (48,2) | 17 (32,7) | 0,101 |
| - Masculino | 29 (51,8) | 35 (67,3) | |
| Factores de riesgo | | | |
| - Hipertensión arterial | 40 (71,4) | 39 (75,0) | 0,676 |
| - Diabetes mellitus | 14 (25,0) | 14 (26,9) | 0,820 |
| - Dislipidemia | 10 (17,9) | 8 (15,4) | 0,730 |
| - Tabaquismo | 25 (44,6) | 32 (61,5) | 0,079 |
| - Obesidad | 14 (25,0) | 13 (25,0) | 1,000 |
| Localización del SCACEST | | | |
| - Anterior | 29 (51,8) | 24 (46,1) | 0,559 |
| - Inferior | 27 (48,2) | 28 (53,9) | |
| Tratamiento fibrinolítico | | | 0,015 |
| - Trombolisis exitosa | 19 (33,9) | 31 (59,6) | |
| - Trombolisis fallida | 8 (14,3) | 2 (3,9) | |
| - Sin trombolisis | 29 (51,8) | 19 (36,5) | |

$p < 0,05$ (estadísticamente significativo)

El 81,5 % de los pacientes egresaron vivos. (Tabla 4).

Tabla 4. Egreso hospitalario

| Egreso | No. (%) |
|-----------|-----------|
| Vivo | 88 (81,5) |
| Fallecido | 20 (18,5) |

La edad mostró una asociación significativa con la mortalidad hospitalaria., ($73,3 \pm 11,2$ vs $62,1 \pm 12,2$, $p < 0,0001$), al igual que los mayores de 80 años (30 %) ($p = 0,034$). El sexo no mostró diferencias significativas al relacionarlos con el estado al egreso. El 90 % los fallecidos eran hipertensos, resultado significativo. En los pacientes vivos hubo predominio del tratamiento fibrinolítico exitoso (52,3 %), mientras que en los fallecidos predominaron los pacientes sin trombolisis (65 %) ($p = 0,032$), el 100 % de los pacientes fallecidos presentó una o varias complicaciones ($p < 0,0001$), diferencia con significancia estadística. (Tabla 5).



Tabla 5. Variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas según egreso hospitalario

| Variable | Vivos (n = 88) (%) | Fallecidos (n = 20) (%) | P |
|---------------------------|-----------------------|----------------------------|----------|
| Edad | 62,1 ± 12,2 | 73,3 ± 11,2 | < 0,0001 |
| Edad ≥ 80 años | 10 (11,4) | 6 (30,0) | 0,034 |
| Sexo | | | |
| - Femenino | 33 (37,5) | 11 (55,0) | 0,150 |
| - Masculino | 55 (62,5) | 9 (45,0) | |
| Factores de riesgo | | | |
| - Hipertensión arterial | 61 (69,3) | 18 (90,0) | 0,048 |
| - Diabetes mellitus | 25 (28,4) | 3 (15,0) | 0,171 |
| - Dislipidemia | 16 (18,2) | 2 (10,0) | 0,303 |
| - Tabaquismo | 50 (56,8) | 7 (35,0) | 0,065 |
| - Obesidad | 22 (25,0) | 5 (25,0) | 1,000 |
| Localización del SCACEST | | | |
| - Anterior | 42 (47,7) | 11 (55,0) | 0,367 |
| - Inferior | 46 (52,3) | 9 (45,0) | |
| Tratamiento fibrinolítico | | | 0,032 |
| - Trombolisis exitosa | 46 (52,3) | 4 (20,0) | |
| - Trombolisis fallida | 7 (7,9) | 3 (15,0) | |
| - Sin trombolisis | 35 (39,8) | 13 (65,0) | |
| - Sin trombolisis | | | |
| Complicaciones | | | < 0,0001 |
| - Sí | 36 (40,9) | 20 (100,0) | |
| - No | 52 (59,1) | 0 (0,0) | |

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó durante la pandemia COVID-19. Aunque no fue objeto de análisis, es válida su mención, dado el impacto por colapso sanitario, recursos limitados y protocolos ajustados, de acuerdo a la Guía 2020 del Colegio Americano de Cardiología⁽⁵⁾ y al Protocolo Cubano, de enero de 2021.⁽⁶⁾ En dicho contexto hubo reducción de ingresos, demora de traslados, disminución del intervencionismo coronario percutáneo y del aumento de terapia fibrinolítica, con elevación del tiempo isquémico y las complicaciones cardiovasculares.^(7,8) La presente investigación muestra datos similares.

Los datos epidemiológicos como el predominio masculino y la media de edad > 60 años, estuvieron alineados con las guías de actuación clínicas,⁽²⁾ las estadísticas de cierre en Cuba en 2021,⁽³⁾ estudios regionales⁽⁹⁾ y colombianos⁽¹⁰⁾, aunque no coincidieron con resultados obtenidos por investigadores peruanos.⁽¹¹⁾

Los factores de riesgo constituyen una preocupación mundial. La Organización Panamericana de la Salud estimó en las Américas alrededor de 250 millones de personas con hipertensión arterial,⁽¹²⁾ Cuba comunicó una incidencia similar.⁽³⁾ Los datos obtenidos en este estudio coincidieron con dichas estadísticas, con un predominio de pacientes hipertensos.

El síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST -de topografía inferior- resultó predominante, lo cual no coincidió con lo difundido por la literatura internacional especializada,⁽¹³⁾ pero sí con investigaciones nacionales consultadas.^(9,14)

Las Guías cardiológicas mostraron disminución de las arritmias con la llegada de la era de la reperfusión, aunque todavía se asocian a una elevada morbimortalidad.⁽¹⁵⁾ Los resultados del presente estudio revelaron el 51,9 % de complicaciones predominantemente eléctricas, de forma similar a lo difundido a nivel nacional.⁽¹⁶⁾

Debido a la llegada tardía de los pacientes estudiados (> 3 horas), no se realizó traslado a servicios de hemodinamia, necesarios para intervencionismo coronario percutáneo primario (< 120 minutos) -el hospital donde se realizó la presente investigación, no cuenta con este servicio-, por lo cual la terapia de elección en pacientes estudiados fue la fibrinólisis (< 12 horas). El 35 % de los pacientes no recibió terapia de reperfusión, debido a su llegada posterior a las 12 horas de iniciados los síntomas. Tales resultados fueron similares a estudios realizados durante la pandemia por *Bonilla Padrón y otros*,⁽⁹⁾ pero difieren de los hallazgos de *Ibáñez* en Paraguay.⁽¹⁸⁾ En el actual trabajo, la trombolisis exitosa se asoció con menor incidencia de complicaciones y mayor supervivencia.

Aunque hubo predominio de pacientes vivos en un 81,5 %, la letalidad presentó el 18,5 % similares a los registros cubanos durante la pandemia.^(3,9) La edad avanzada resultó un factor significativo de complicaciones y mortalidad hospitalaria. La edad \geq 80 años se asocia a riesgo relativo mayor de complicaciones debido a presentaciones clínicas atípicas, comorbilidades y reserva funcional reducida.

Los pacientes complicados se caracterizaron por su edad avanzada y menor porcentaje de reperfusión, mientras que los no complicados se asociaron a fibrinólisis efectiva (resolución del segmento ST > 50 %



a los 90 minutos, desaparición del dolor torácico y la aparición de arritmia típica de reperfusión). Un registro realizado en Perú, demostró una asociación del éxito de la reperfusión en menores complicaciones, resultado similar encontrado en el presente estudio, donde hubo predominio del sexo masculino, edad mayor de 70 años, prevalencia de hipertensión arterial y se otorgó una importancia relevante a los efectos de la pandemia, tanto en el tratamiento oportuno de los pacientes, como en el acceso tardío al sistema de salud.⁽¹⁹⁾

Los pacientes fallecidos también mostraron edad avanzada, hipertensión arterial, escasa terapia de reperfusión y el 100 % presentó una o más complicaciones, mientras los pacientes vivos se asociaron a trombolisis efectiva y menos complicaciones. Estos hallazgos concuerdan con los revelados en un estudio realizado en Paraguay, en el cual, la demora en la llegada al servicio de salud superó las 12 horas, la edad media fue de $64,1 \pm 12,3$ años y el grupo sin tratamiento de reperfusión mostró mayor mortalidad.⁽²⁰⁾

El presente estudio expone la edad avanzada y el fracaso o la no reperfusión como determinantes clave de complicaciones y mortalidad en síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST. A pesar del tamaño muestral moderado y la influencia del contexto en el cual se realizó el estudio, los resultados obtenidos respaldan la necesidad de protocolos de estratificación de riesgo etario alineado con las tendencias globales de terapias personalizadas en la cardiopatía isquémica.

En la unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Universitario "General Calixto García", solo se admitieron pacientes con prueba negativa de antígeno para el virus, durante la pandemia de COVID-19. Gracias a esta medida, no se registró contagio entre pacientes, durante su estancia en el Servicio.

Las limitaciones del estudio se identifican en su diseño retrospectivo desde el contexto pandémico, además de su muestra moderada.

En conclusión, la caracterización realizada evidencia un perfil de alto riesgo en pacientes afectados con el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, atendidos en un hospital que no cuenta con Servicio de Hemodinamia, donde se priorizaron la edad avanzada y la hipertensión, como determinantes de peor evolución. El estudio aporta evidencias para optimizar el manejo con trombolisis y vigilancia de complicaciones eléctricas.

Se recomienda la utilización protocolos con estratificación etaria, reducción de tiempos de traslado y el fortalecimiento de redes de atención prehospitalaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023. Access: 12/7/2023. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>



2. Virani SS, Newby LK, Arnold SV, Bittner V, Brewer LC, Demmer RT, et al. 2023
AHA/ACC/ACCP/ASPC/NLA/PCNA guideline for the management of patients with chronic coronary disease: a report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2023;82(9):833-55. doi: 10.1016/j.jacc.2023.04.003.
3. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud 2021 [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2022. [acceso: 12/04/2023]. Disponible en: <https://bvcuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>
4. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, et al. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). *J Am Coll Cardiol*. 2018;72(18):2231-64. doi: 10.1016/j.jacc.2018.08.1038
5. Mahmud E, Dauerman HL, Welt FG, Henry TD, Grines CL, Rao SV, et al. Management of acute myocardial infarction during the COVID-19 pandemic: a position statement from the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions (SCAI), the American College of Cardiology (ACC), and the American College of Emergency Physicians (ACEP). *J Am Coll Cardiol*. 2020;76(11):1375-84. doi: 10.1016/j.jacc.2020.04.039
6. Ministerio de Salud Pública. Protocolo de actuación nacional para la COVID-19 [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2021. [acceso: 12/04/2023]. Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/pdvedado/files/2021/02/PROTOCOLO-V.6-FEB.pdf>
7. Echarte Morales J, Minguito Carazo C, Del Castillo García S, Rodríguez Santamarta M, Arias Godínez JA, Fernández Vázquez F. Incidencia, morbimortalidad y tratamiento del síndrome coronario agudo durante el confinamiento por COVID-19. *REC Interv Cardiol*. 2022;4(3):186-92. doi: 10.24875/RECICE.M21000256
8. Costabel JP, Burgos LM, Trivi M, Tajer C, Charask A, Álvarez I, et al. Infarto agudo de miocardio en pandemia COVID-19. *Medicina (B Aires)*. 2021;81(5):867-75. [acceso: 09/03/2023] Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802021000500887
9. Bonilla Padrón D, Carrero AM, Chipi Rodríguez Y, Sánchez Valcárcel S, Silva Brito D. Características clínico-epidemiológicas del síndrome coronario agudo. *Rev Finlay*. 2022;12(3):69-76. [acceso: 09/03/2023]. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1167>
10. Sarmiento Ágamez OD. Registro colombiano de pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del ST [Internet]. Bogotá: Universidad El Bosque; 2022. [acceso: 09/03/2023]. Disponible en: <https://repositorio.unbosque.edu.co/handle/20.500.12495/8018>
11. Chávez F, Espinola S, Chacón M. Diferencias relacionadas al sexo en pacientes con infarto agudo de miocardio ST elevado. *Arch Peru Cardiol Cir Cardiovasc*. 2020;1(1):20-4. doi: 10.47487/apcyccv.v1i1.10
12. Pan American Health Organization. Hypertension [Internet]. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2023. [acceso: 14/04/2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/topics/hypertension>



13. Libby P, Bonow RO, Mann DL, Tomaselli GF, Bhatt DL, Solomon SD, editors. Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 12th ed. Philadelphia: Elsevier; 2022. Chapter 41, p. 1240-5.
14. Suárez Rosales E, Rivero Morey R, Roca Surí LM, Valladares Carvajal F, Delgado Rodríguez E, Fernández ML. Caracterización de pacientes con infarto agudo de miocardio atendidos en el Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Rev Finlay. 2023;13(2):53-9. doi: 10.37993/revfinlay.2023.13.2.1075
15. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, Barbato E, Berry C, Chieffo A, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J. 2023;44(38):3720-826. doi: 10.1093/eurheartj/ehad191
16. Puig Benítez L, Franquiz Lopez J, Besada Morales C, Erranti Valdes E, Aguilar Cuscó Y, Masó Planche G. Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes hipertensos con diagnóstico de infarto agudo de miocardio atendidos en el Hospital General Docente "Dr. Enrique Cabrera" de La Habana. Rev 16 abril. 2022;61(6):81-6. [acceso: 09/03/2023]. Disponible en: https://rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/1425/742
17. Khedr A, Al Hennawi H, Khan MK, Elbanna M, Jama AB, Proskuriakova E, et al. Effect of fibrinolytic therapy on ST-elevation myocardial infarction clinical outcomes during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. World J Cardiol. 2023;15(6):309-23. doi: 10.4330/wjc.v15.i6.309
18. Ibáñez Franco EJ, Fretes Carmelita A, Duarte Arévalos LE, Giménez Vázquez F, Olmedo Mercado E. Caracterización del infarto agudo de miocardio de pacientes atendidos en un centro de referencia [Internet]. Rev Virtual Soc Parag Med Int. 2022;9(1):90-100. [acceso: 24/04/2023]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/resource/biblio-1390294>
19. Chacón Díaz M. Tratamiento del infarto agudo de miocardio en el Perú y su relación con eventos adversos intrahospitalarios: resultados del Segundo Registro Peruano de Infarto de Miocardio con elevación del segmento ST (PERSTEMI-II). Arch Peru Cardiol Cir Cardiovasc. 2021;2(2):79-86. [acceso: 24/04/2023]. Disponible en: <https://apcyccv.org.pe/apccc/article/view/96>
20. González G, Fernández F, Ávalos D, Ortellado J, Adorno M, JGaleano J, et al. National Registry of Acute Coronary Syndrome in Paraguay (RENASCA-PY). Arch Cardiol Mex. 2022;92(2):174-80. doi: 10.24875/ACM.2000-0489.

Declaración de Disponibilidad de datos

Archivo complementario: Base de datos de la investigación. Los datos se encuentran disponibles bajo solicitud al autor.



Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Financiación

No se recibió financiación para el desarrollo de la investigación.

Contribuciones de los autores

Autor único.

