

Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con Síndrome Coronario Agudo. Centro de Diagnóstico Integral La Chamarreta, Maracaibo, Zulia. 2009- 2010. Centro de Diagnóstico Integral La Chamarreta

Clinical epidemiological characterization of patients with Acute Coronary Syndrome. Integral Diagnostic Center La Chamarreta, Maracaibo, Zulia. 2009- 2010

Esp. Med. Int. Edelcio Dorta Rodríguez,¹ Esp. Med. Int. Roberto Javier Tablada Ramírez,¹ Lic. Enf. Dianik Janet Marina Pavón.¹¹

¹ Hospital General Universitario Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo. Granma, Cuba.

¹¹ Centro Municipal de Higiene y Epidemiología. Bayamo. Granma, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional longitudinal, prospectivo en pacientes con el diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo (SCA) ingresados en el Centro de Diagnóstico Integral (CDI) La Chamarreta, municipio Maracaibo, Estado Zulia, República Bolivariana de Venezuela, desde el 1 de mayo del 2009 hasta el 31 de diciembre del 2010 con el objetivo de determinar el comportamiento de algunas variables clínico- epidemiológicas en pacientes con SCA. El universo estuvo constituido por 256 pacientes y la muestra fue de 94 pacientes cuyo motivo de consulta fue el SCA en el periodo señalado. En el CDI La Chamarreta el SCA es la primera causa de ingreso, seguida de la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM). El sexo masculino fue el más afectado y predominó el grupo etario de 45 a 54 años. El factor de riesgo más frecuente fue el hábito de fumar, seguido de la HTA y la DM. El mayor porcentaje de los pacientes asistieron al CDI entre la 61 y 360 minutos de haber comenzado los síntomas. La forma más frecuente de

presentación electrocardiográfica fue el SCA con supradesnivel del segmento ST. Los fármacos más usados fueron la aspirina, la nitroglicerina y los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina. El mayor porcentaje de pacientes fueron trombolizados en la segunda hora de haber comenzado los síntomas. Las reacciones más frecuentes de la trombolisis con estreptoquinasa fueron la hipotensión arterial y los vómitos.

Descriptores DeCS: SÍNDROME CORONARIO AGUDO/epidemiología.

ABSTRACT

It was performed a longitudinal prospective observational study in patients with Acute Coronary Syndrome (ACS) hospitalized in the Integral Diagnostic Center (IDC) La Chamarreta, Maracaibo, Zulia State in the Bolivarian Republic of Venezuela, since May 1st, 2009 until December 31st, 2010 with the aim to determine the behaviour of some clinical epidemiological variables in patients with ACS. The universe was constituted by 256 patients and the sample was about 94 patients whose reason to come to the hospital was the ACS within the reported period. In the IDC La Chamarreta, the ACS is the first cause for hospitalization, followed by hypertension and diabetes mellitus (DM). The masculine sex was the most affected and the age group of 45 to 54 years prevailed. The most frequent risk factor was the smoking habit, preceded by hypertension and diabetes mellitus. The greater percentage of the patients came to the IDC between the 61 and 360 minutes after having the symptoms. The most frequent way of electrocardiography presentation was the ACS with supra uneven of the ST segment. The mostly used drugs were the aspirin, the nitro glycerine and the inhibitors of the conversion enzyme of the angiotensin. The greatest percent of patients were thrombolized in the second hour after the symptoms begun. The most frequent reactions of the thrombolysis with streptokinase were the hypotension and the vomits.

Subject heading: ACUTE CORONARY SYNDROME/epidemiology.

INTRODUCCIÓN

El síndrome coronario agudo (SCA) -la angina inestable y el infarto agudo de miocardio- representa un grave problema de salud con una importante repercusión socioeconómica en todos los países.¹⁻³ Las tasas de mortalidad y morbilidad son muy significativas y tienen una sustancial relevancia tanto a nivel social como económico; por ello se han dedicado múltiples esfuerzos a la investigación en este terreno, pero todavía el SCA continúa siendo un desafío para todos los profesionales implicados en su atención.¹⁻⁴

En Estados Unidos de Norteamérica se estima que unos 8 millones de consultas en urgencia se deben a dolor torácico o síntomas sugestivos de eventos isquémicos y que ingresan en el hospital unos 5 millones de pacientes por año por esta causa;⁴ en 2 millones de ellos la sintomatología no es de origen cardíaco.

En Cuba la tendencia se ha caracterizado por el predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles como primeras causas de mortalidad, y entre ellas las enfermedades del corazón son las que encabezan la lista de las principales causas de muerte.⁵

Cada media hora fallece un venezolano por enfermedad cardiovascular. Estas entidades constituyen la primera causa de muerte de los ciudadanos de este país. A pesar del desarrollo de las técnicas de cateterismo cardíaco, la tasa nacional de mortalidad por esta enfermedad asciende a más de 100 por cada 100 000 habitantes. Esta entidad se considera como una de la más alta de todo el continente y sigue en aumento proporcionalmente en personas mayores a 40 años, como consecuencia directa de modos y estilos de vida inadecuados, de crisis económica, malos hábitos higiénico-dietéticos y ausencia de programas de prevención desde la niñez.^{6,7}

Dada las variaciones de los patrones socioeconómicos y epidemiológicos existentes entre los países y la importancia de la temática, se realiza esta investigación que tiene como objetivo describir el comportamiento de algunas variables clínico-epidemiológicas presentes en pacientes con síndrome coronario agudo en el citado centro.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, longitudinal, prospectivo en pacientes con el diagnóstico de SCA ingresados en el CDI La Chamarreta, municipio Maracaibo, Estado Zulia, República Bolivariana de Venezuela, desde el 1 de mayo del 2009 hasta el 31 de diciembre del 2010. El universo estuvo constituido por 256 pacientes que asistieron al servicio de Emergencias y la muestra quedó integrada por 94 pacientes cuyo motivo de consulta fue el SCA.

Se incluyeron consecutivamente a todos los pacientes con el diagnóstico clínico, electrocardiográfico y enzimático de SCA, de acuerdo con las distintas formas clínicas de la enfermedad.

Como variables para el estudio se tomaron a las siguientes:

- ✓ Edad: se distribuyeron por los siguientes grupos de edades: pacientes de 35 a 44 años, de 45 a 54 años, de 55 a 64 años de edad.
- ✓ Factores de riesgo del SCA: se consideraron a las presentes al ingreso: HTA, hábito de fumar, obesidad, diabetes mellitus, dislipidemias y alcoholismo.
- ✓ Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta su llegada a cuerpo de guardia: de 0 a 60 minutos, de 61 a 360 minutos, de 361 a 720 minutos, 721 minutos y, más.
- ✓ Distribución del SCA según su presentación electrocardiográfica: SCA con supradesnivel del segmento ST, -SCA sin supradesnivel del segmento ST, SCA con bloqueo completo de rama izquierda.
- ✓ Distribución de pacientes con SCA según fármacos utilizados: nitroglicerina, aspirina, betabloqueadores, estreptoquinasa, opiáceos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, anticoagulantes, inhibidores de los canales de calcio, dopamina, dobutamina.
- ✓ Distribución de pacientes según el tiempo transcurrido desde inicio de síntomas y comienzo de la trombolisis: de 0 a 30 minutos, de 31 a 60 minutos, de 61 a 120 minutos, 121 minutos y más.
- ✓ Distribución de pacientes según las reacciones adversas aparecidas durante la trombolisis: hipotensión arterial, vómitos, hemorragias, reacciones alérgicas y otras.
- ✓ Distribución de pacientes según las complicaciones presentadas en el SCA: eléctricas, hemodinámicas, isquémicas, tromboembólicas, mecánicas y otras.

La técnica de recolección de la información que se usó fue la encuesta, y de acuerdo a los objetivos propuestos se confeccionó una planilla de recolección de datos; los cuales fueron obtenidos de las historias clínicas. La encuesta fue extraída

de las bibliografías existentes y contó con preguntas dicotómicas y politómicas abiertas y cerradas, realizada por el doctor Javier Angulo es su tesis para optar por la especialidad de Medicina Interna, por lo que no necesitara validación.

El análisis estadístico se basó en la estimación de frecuencias absolutas y porcentajes y se expusieron los resultados en tablas y gráfico según corresponde a cada variable y los objetivos propuestos en la investigación.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra la distribución porcentual según grupos de edades y sexo. Se comprobó que el sexo masculino predominó en pacientes afectados por SCA (64 casos para un 68,1 %). La mayor frecuencia correspondió a enfermos de 45-54 años de edad (47 casos, 50,0 %), seguido del grupo de 55 a 64 años (26, 27,3 %) y el de 35 a 44 años (21 casos, 22,3 %).

Tabla 1. Distribución de pacientes con el diagnóstico de síndrome coronario agudo según sexo y grupos de edad.

Sexo Grupo etario	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
35-44	14	21.9	7	23.3	21	22.3
45 a 54	32	50	15	50	47	50
De 55 a 64	18	28.1	8	26.7	26	27.3
Total	64	68.1	30	31.9	94	100

En la tabla 2 se describen los factores de riesgo según grupos de edades y sexo. El hábito de fumar fue el factor de riesgo principal (34,0%). Le siguió en orden de frecuencia a la HTA (18.1 %), a las dislipidemias (12,8 %) y la diabetes mellitus (11,7 %).

Tabla 2. Distribución de pacientes con SCA según grupo de edad, sexo y factores de riesgo.

Edad y Sexo Factores de riesgo	35 a 44 años				45 a 54 años				55 a 64 años				Total	
	M		F		M		F		M		F		No	%
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%		
HTA	2	11.8	1	5.9	5	29.4	4	23.5	4	23.5	1	5.9	17	18.1
Hábito de fumar	4	12.5	2	6.3	14	43.6	6	18.8	6	18.8	0	0	32	34.0
Obesidad	1	14.3	0	0	2	28.6	1	14.3	2	28.6	1	14.3	7	7.4
Diabetes Mellitus	1	9.1	2	18.2	4	36.4	2	18.2	2	18.2	0	0	11	11.7
Dislipidemias	2	16.7	1	8.3	4	33.3	1	8.3	2	16.7	2	16.7	12	12.8
Alcoholismo	1	11.1	1	11.1	3	33.3	1	11.1	2	22.2	1	11.1	9	9.6
Otras	0	0	2	33.3	2	33.3	1	16.7	1	16.7	0	0	6	6.4

La tabla 3 representa el tiempo de llegada al servicio de Emergencias según sexo y grupo de edades. Predominó la llegada de los pacientes entre 61 a 360 minutos (36,1%), seguido del tiempo de llegada entre 0 a 60 minutos (27,7%).

Tabla 3. Distribución de los pacientes según grupo de edad, sexo y tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la llegada al cuerpo de guardia.

Edad y Sexo Llegada a CG	35 a 44 años				45 a 54 años				55 a 64 años				Total	
	M		F		M		F		M		F		No	%
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%		
De 0 a 60 minutos	3	30	5	50	9	23.7	3	25	4	25	2	25	26	27.7
De 61 a 360 minutos	4	40	3	30	11	28.9	7	58.3	6	37.5	3	37.5	34	36.1
De 361 a 720 minutos	1	10	1	10	8	21.1	1	8.3	4	25	2	25	17	18.1
721 y más.	2	20	1	10	10	26.3	1	8.3	2	12.5	1	12.5	17	18.1
total	10	10.6	10	10.6	38	40.4	12	12.8	16	17.1	8	8.5	94	100

En la tabla 4 se hace referencia a la presentación electrocardiográfica del síndrome coronario agudo según edad y sexo. Predominó el SCA con supradesnivel del ST en 46 pacientes (48,9 %), seguida del SCA sin supradesnivel del ST en 26 pacientes (27,7%).

Tabla 4. Distribución de los pacientes según grupo de edad, sexo y la forma de presentación electrocardiográfica del SCA.

Edad y Sexo Presentación en EKG	35 a 44 años				45 a 54 años				55 a 64 años				Total	
	M		F		M		F		M		F		No	%
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%		
SCA (con supradesnivel del ST)	9	64.3	3	50.0	19	55.9	7	43.6	6	37.5	2	25	46	48.9
SCA (sin supradesnivel del ST)	4	28.6	1	16.7	9	26.5	5	31.4	4	25	3	37.5	26	27.7
SCA con BCRI (agudo)	1	7.1	2	33.3	6	17.6	4	25	6	37.5	3	37.5	22	23.4
Total	14	14.9	6	6.4	34	36.2	16	17.0	16	17.0	8	8.5	94	100

En la tabla 5 se muestra la distribución de los fármacos utilizados según el sexo y la edad. La aspirina se empleó en la totalidad de los pacientes. La nitroglicerina fue usada en 90 pacientes para un 95,7 %, seguida de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina en 79 pacientes para un 84,0 %. Le continuaron en frecuencia a los bloqueadores de canales de calcio, empleados en 64 casos (68,1 %).

Tabla 5. Distribución de los pacientes con SCA según grupo de edad, sexo y fármacos utilizados.

Edad y Sexo Fármacos utilizados	35 a 44 años				45 a 54 años				55 a 64 años				Total	
	M		F		M		F		M		F		No	%
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%		
Nitroglicerina	10	11.1	9	10.0	33	36.7	15	16.7	18	20.0	5	5.5	90	95.7
Aspirina	11	11.7	9	9.6	34	36.2	16	17.0	19	20.2	5	5.3	94	100
Betabloqueadores	5	8.2	4	6.6	28	45.9	11	18.0	12	19.7	1	1.6	61	64.9
Estreptoquinasa	1	5.0	5	25.0	5	25.0	4	20	3	15	2	20	20	21.3
Opiáceos	5	11.1	4	8.9	16	35.6	8	17.8	9	20.0	3	6.7	45	47.9
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina	9	11.4	7	8.9	31	39.2	13	16.5	14	17.7	5	6.3	79	84.0
Anticoagulantes	1	8.3	2	16.7	3	25	2	16.7	1	8.3	3	25	12	12.8
Bloqueadores de los canales del calcio	8	12.5	9	14.1	23	35.9	11	17.2	9	14.1	4	6.3	64	68.1
Dopamina	0	0	1	11.1	1	11.1	1	11.1	4	44.4	2	22.2	9	9.6
Dobutamina	1	14.3	0	0	2	28.6	0	0	3	42.9	1	14.3	7	7.4

La mayoría de los enfermos se trombolizaron entre 121 minutos y más de haber comenzado los síntomas (50,0 %). Entre los 61 a 120 minutos se realizó el tratamiento en el 35,0 % de los pacientes, y en el 15,0 % entre los 31 a 60 minutos. Predominó la hipotensión arterial como reacción adversa en 6 pacientes (30,0 %), seguida de los vómitos con 4 casos (20,0 %). Otras reacciones fueron menos frecuentes.

Las complicaciones del SCA observadas con más frecuencia fueron las hemodinámicas en 19 casos para un 20,2 %. Otras en general se presentaron en 14 casos para una 14,9 %, y las complicaciones eléctricas en 13 casos para un 13,8 %.

DISCUSIÓN

El síndrome coronario agudo a nivel mundial tiene una altísima prevalencia y constituye la enfermedad crónica trasmisible más frecuente en los adultos. La tendencia respecto al sexo es parecida a la de otros estudios al analizar las variables demográficas. Son conocidos los mecanismos hormonales que protegen a la mujer hasta determinadas edades de la vida y la mayor frecuencia de factores de riesgo, como el hábito de fumar y la hipertensión arterial, en el hombre con respecto al sexo femenino; variables que inciden considerablemente en la progresión de la enfermedad aterosclerótica.⁸⁻¹⁰

La comunidad médica internacional coincide en que la aterosclerosis se manifiesta a partir de la cuarta década de la vida y que se incrementa paralelamente en relación con la edad, lo cual queda demostrado en nuestro estudio. Este comportamiento en relación con la edad puede deberse a los cambios que se experimentan a nivel molecular en el hombre por el paso del tiempo y que afectan a células tejidos y órganos. Existe el Modelo de Daño Acumulados que sugiere que las células acumulan alteraciones progresivamente que no se pueden reparar después de muchos años y que el sistema de reparación del ADN decrece con el tiempo.^{10, 11}

La mayoría de los autores^{1,3,5,7-12} destacan que los síndromes coronarios agudos representan un espectro clínico continuo sustentado por una fisiopatología común, iniciados por la angina de pecho inestable, que pasa por el infarto agudo de miocardio sin elevación del ST y culmina con el infarto agudo de miocardio con elevación del ST. Esta secuencia no coincide totalmente con los resultados de nuestra investigación, lo que pudiera atribuirse al ámbito donde se desarrolló la misma. En este contexto geográfico la población tiene malos hábitos alimentarios y estilos de vida no saludables y un déficit de atención médica a nivel primario sobre los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares.

Al igual que en esta investigación varios estudios epidemiológicos han demostrado que aproximadamente el 80 % de los pacientes con SCA presentan al menos un factor de riesgo. Grau y colaboradores¹³ identificaron que la mayoría de los pacientes tienen dos o más factores de riesgo al producirse SCA, resultado inferior a lo de esta serie en porcentaje, pero muy parecido en cuanto a la presencia de tabaquismo e hipertensión arterial.

Rodríguez Domínguez¹⁴ demostró que a mayor número de factores de riesgo, mayor será la incidencia y prevalencia de los SCA, destacando que cuando el hábito de fumar está presente la incidencia se duplica de forma importante. El humo del tabaco es el factor principal de riesgo para la muerte de origen cardiaco, resultado aproximado a lo encontrado en esta investigación.

El tratamiento precoz ha influido en la reducción de la mortalidad, así como las complicaciones asociadas a los eventos coronarios agudos, lo cual se confirmó en nuestra serie donde el tiempo de demora en llegar a los servicios de urgencia del CDI fue en gran medida en las primeras seis horas. Este elemento contribuyó a un pronóstico más favorable por la primacía de la conducta e influyó en la evolución favorable de los casos. Al igual que en la presente serie, Rubiera y colaboradores¹⁵ encontraron que la mayoría de sus pacientes acudieron al CDI en las primeras seis horas de haber comenzado los síntomas.

Velázquez y colaboradores¹⁶ en su investigación de la morbilidad y mortalidad de la cardiopatía isquémica en México también destacan la importancia de acudir tempranamente a los servicios de urgencia con síntomas y signos de esta enfermedad.

Varios investigadores¹⁷⁻¹⁹ plantean que existen numerosos fármacos disponibles para el tratamiento del SCA, pero el valor de la aspirina y nitroglicerina no debe ser subestimada y se deben utilizar como fármacos de primera línea antes la sospecha de un SCA tanto en la atención primaria como hospitalaria. Este resultado se pone de manifiesto en esta serie, donde encontramos que ambos medicamentos fueron los más empleados en la atención de urgencia.

Se concluye que, el síndrome coronario agudo predominó en el sexo masculino, en edades medianas de la vida y en pacientes fumadores y con hipertensión arterial. La elevación del segmento ST caracterizó a la forma electrocardiográfica, y se emplearon fármacos como la aspirina, nitroglicerina e inhibidores de la enzima de conversión para el tratamiento de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jiménez-Navarrete M F, Arguedas Chaverri C, Romero Triana L. El síndrome coronario agudo y otros diagnósticos provocan subregistro del infarto agudo de miocardio en el Hospital México, Costa Rica. *Acta méd. Costarric.* 2013; 55 (1): 24-30.
2. Dégano IR, Elosua R, Kaski JC, Fernández Bergés DJ, Grau M, Marrugat J. Estabilidad de la placa aterosclerótica y la paradoja del sur de Europa. *Rev Esp Cardiol.* 2013; 66:56–62.
3. The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J.* 2011; 32 (23):2999–3054.
4. Movahed MR, John J, Hashemzadeh M, Hashemzadeh M. Mortality trends for non-ST-segment elevation myocardial infarction (NSTEMI) in the United States from 1988 to 2004. *Clin Cardiol.* 2011; 34 (11):689–92.
5. Gutiérrez A, Druyet D, Oramas I, Véliz PL. Infarto de miocardio agudo en Cuba. Situación actual. *Rev Cub Med Inten y Emerg [Internet].* 2010 [citado 25 May 2014]; 9 (1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mie/vol9_1_10/mie04110.htm
6. Ratia L, Santana MA, Etchegoyen O, Piñeiro R, Vila JA. Caracterización del Síndrome Coronario Agudo sin elevación del ST en el Centro de Diagnóstico Integral “José Gregorio Hernández” de Venezuela. *CorSalud.* 2012; 4 (2): 103-8.
7. Villoria G. Registro de eventos cardiovasculares (RESCA): un proyecto para la mejora de la atención del paciente venezolano con síndrome coronario agudo. *Av. cardiol.* 2007; 27(4):157-59.
8. Grupo de Trabajo para el manejo del síndrome coronario agudo (SCA) en pacientes sin elevación persistente del segmento ST de la Sociedad Europea de Cardiología

- (ESC). Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del síndrome coronario agudo en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. Rev Esp Cardiol. 2012; 65(2):173.e1-e55.
9. Grupo de Trabajo para el manejo del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. Rev Esp Cardiol. 2013; 66(1):53.e1-e46.
 10. Almeida OJ, Vieira MM, Alvares BR, Pinto Neto AM, Pimenta CJ. Association between breast arterial calcifications and cardiovascular risk factors in menopausal women. Rev Bras Ginecol Obstet. 2014 Jul 29; 36(7):315-9.
 11. Libby P, Tabas I, Fredman G, Fisher EA. Inflammation and its resolution as determinants of acute coronary syndromes. Circ Res. 2014 Jun 6; 114(12):1867-79.
 12. Nikus K, Birnbaum Y, Eskola M, Sclarovsky S, Zhong-Qun Z, Pahlm O. Updated electrocardiographic classification of acute coronary syndromes. Curr Cardiol Rev. 2014 Aug; 10(3):229-36.
 13. Grau M, Elosua R, Cabrera A, Guembe MJ, Baena JM, Vega T, et al. Factores de riesgo cardiovascular en España en la primera década del siglo XXI: análisis agrupado con datos individuales de 11 estudios de base poblacional, estudio DARIOS. Rev Esp Cardiol. 2011; 64 (4): 295-304.
 14. Rodríguez Domínguez L, Herrera Gómez V, Dorta Morejón E. Algunos factores de riesgo que favorecen la aparición del infarto agudo de miocardio. Rev Cubana Med Gen Integr. [Internet]. 1998 [citado 22 Ago 2014]; 14(3):243-49. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000300008&lng=es.
 15. Rubiera Jiménez R, Lara Negret A, Ramos Torres NI, Palacio Pérez H, Vignier D. Síndrome coronario agudo. Caracterización clínico-epidemiológica. A propósito de nuestro primer año. Rev Cub Med Inten Emerg. [Internet]. 2009 [citado 22 Ago 2014]; 8(3): 28-32. Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol8_3_09/mie07309.htm

16. Velázquez Monroy Ó, Barinagarrementería Aldatz FS, Rubio Guerra AF, Verdejo J, Méndez Bello M Á, Violante R, et al. Morbilidad y mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular en México. 2005. Arch. Cardiol. Méx. Internet]. 2007 Mar [citado 21 Ago 2014]; 77(1): 31-39. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402007000100005&lng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402007000100005&lng=es)
17. Bhatt DL, Hulot JS, Moliterno DJ, Harrington RA. Antiplatelet and anticoagulation therapy for acute coronary syndromes. Circ Res. 2014 Jun 6; 114(12):1929-43.
18. Bagai A, Dangas GD, Stone GW, Granger CB. Reperfusion strategies in acute coronary syndromes. Circ Res. 2014 Jun 6; 114(12):1918-28.
19. Fuster V, Kovacic JC. Acute coronary syndromes: pathology, diagnosis, genetics, prevention, and treatment. Circ Res. 2014 Jun 6; 114(12):1847-51.

Recibido: 22 de mayo de 2014.

Aprobado: 15 de junio de 2014.

Edelcio Dorta Rodríguez. Hospital General Universitario Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo. Granma, Cuba. E mail: edorta@grannet.grm.sld.cu