

FACTORES DE RIESGO Y MODALIDADES DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO MAYORES DE 30 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA EN SAN JUAN DE PASTO EN LOS AÑOS 2013-2016

ARTEAGA IBARRA M, MORALES VALENCIA P, MUÑOZ FIGUEROA M, PEÑAFIEL VARGAS S- fundación Universitaria San Martin programa de medicina –Sede Pasto área de Ciencias Investigativas.

RESUMEN

El infarto de miocardio (I.A.M) ocurre cuando hay isquemia miocárdica, un suministro sanguíneo disminuido al corazón, supera un umbral crítico y sobrecarga los mecanismos de reparación celular miocárdica diseñados para mantener la función normal de funcionamiento y la homeostasis. La isquemia en este umbral crítico durante un período prolongado da como resultado un daño irreversible de las células del miocardio o la muerte. la investigación busco determinar los factores de riesgo y modalidades de tratamiento en pacientes con infarto agudo de miocardio mayores de 30 años atendidos en la Clínica Nuestra Señora de Fátima en san Juan de Pasto en los años 2013-2016 es un estudio observacional , descriptivo, retrospectivo corte transversal, los datos fueron obtenidos atreves de historias clínicas se creó la base de datos en el programa Excel, se realizó el análisis estadístico univariado mediante tablas de frecuencia; 90 pacientes fueron incluidos en este estudio quienes cumplían criterios de inclusión. Del total de los pacientes 62,2% correspondió al género masculino a diferencia de un 37,8% en el género femenino, la edad oscila entre los 49 años y 78 años y la edad promedio fue 64 años, en cuanto ala etnia La raza mestiza reporta el mayor número de pacientes diagnosticados con Infarto Agudo de Miocardio con un 75,6 %, en cuanto a la ocupación que más se encuentra en riesgo es ama de casa debido a la limitada actividad física presente en sus actividades cotidianas, con un 28,9% en cuanto al municipio el que presento mayor número de pacientes diagnosticados con infarto agudo de miocardio fue Nariño con un 42,2% , en cuanto a factores de riesgo los antecedentes familiares con mayor porcentaje fue hipertensión arterial en un 26,7%,dislipidemia 62,2%, infarto antiguo 62,2%, tabaquismo 48,9% consumo de alcohol 38%,hipertensión arterial grado 1 43,3%, en cuanto a los medicamentos el ácidoacetil salicílico se administró en un 82,2%, betabloqueadores se administró en un 78,9%, Inhibidores de enzima convertidor de angiotensina corresponden al 88,9%, manejo del dolor se les administro al 85,5%, Estatinas se les administro a un 40%, se les administro anticoagulantes corresponden a un 43%, a quienes se les administro oxigeno corresponden a un 58,8%, a quienes a la mayoría se les administro nitratos corresponden a un 73,3%, en cuanto a quienes recibieron manejo invasivo fue en su mayoría y corresponden a un 79%,2016quienes recibieron angioplastia corresponden a un

79%, Pacientes quienes recibieron tipo de manejo invasivo como cateterismo cardiaco corresponden a un 40%, quienes recibieron trombólisis corresponden a un 44%

Palabras claves: infarto agudo de miocardio, dislipidemia, factores de riesgo, hipertensión arterial, infarto antiguo, ácidoacetil salicílico, betabloqueadores, Inhibidores de enzima convertidor de angiotensina, estatinas, nitroglicerina, angioplastia, trombólisis,

ABSTRACT

Myocardial infarction (I.A.M) occurs when there is myocardial ischemia, a decreased blood supply to the heart, exceeds a critical threshold and overloads myocardial cell repair mechanisms designed to maintain normal function and homeostasis. Ischemia at this critical threshold over a prolonged period results in irreversible damage to the myocardial cells or death. The research sought to determine the risk factors and treatment modalities in patients with acute myocardial infarction older than 30 years treated at the Nuestra Señora de Fátima Clinic in San Juan de Pasto in the years 2013-2016 is an observational, descriptive, retrospective study cross section, the data were obtained through clinical histories, the database was created in the Excel program, the univariate statistical analysis was performed through frequency tables; 90 patients were included in this study who met the inclusion criteria. Of the total patients 62.2% corresponded to the masculine gender, unlike 37.8% in the female gender, the age ranges between 49 years and 78 years and the average age was 64 years, in terms of ethnicity The race mestiza reports the highest number of patients diagnosed with Acute Myocardial Infarction with 75.6%, in terms of the occupation that is most at risk is a housewife due to the limited physical activity present in their daily activities, with 28 , 9% in terms of the municipality that presented the largest number of patients diagnosed with acute myocardial infarction was Nariño with 42.2%, in terms of risk factors family history with a higher percentage was arterial hypertension in 26.7% , dyslipidemia 62.2%, old infarction 62.2%, smoking 48.9% alcohol consumption 38%, hypertension grade 1 43.3%, in terms of medications, acidoacetylsalicylic was administered in 82.2%, Beta-blockers were administered at 78.9 %, Angiotensin-converting enzyme inhibitors correspond to 88.9%, pain management was administered to 85.5%, statins were administered to 40%, anticoagulants were administered correspond to 43%, who were Oxygen administration correspond to 58.8%, to whom the majority were administered nitrates correspond to 73.3%, as for those who received invasive management was in its majority and corresponds to 79%, 2016 who received angioplasty correspond to 79%, Patients who received type of invasive management as cardiac catheterization correspond to 40%, who received thrombolysis correspond to 44%

MATERIALES Y METODOS

Es un estudio observacional, descriptivo Retrospectivo Corte transversal con enfoque cuantitativo, Tomada a través de la revisión de historias clínicas médicas de pacientes mayores de 30 años con diagnóstico de infarto agudo de miocardio atendidos en la Clínica Nuestra Señora de Fátima en Nariño en los años 2013-2016, se solicitó base de datos del área epidemiología y estadística de la institución según criterios de la clasificación internacional de enfermedades (CIE 10) para los siguientes diagnósticos :

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Obteniéndose 90 historias clínicas con diagnósticos de infarto agudo de miocardio de los cuales al revisar estas historias clínicas se constató que 90 cumplían con los criterios de inclusión, las fuentes de recolección de información se basaron en las historias, artículos de revisión, artículos de revistas indexadas.

Criterios de selección

Criterios de inclusión.

Paciente con diagnóstico de infarto agudo de miocardio

Paciente mayor de 30 años atendidos en la Clínica Nuestra Señora de Fátima

Criterios de exclusión

Historia clínica no completa

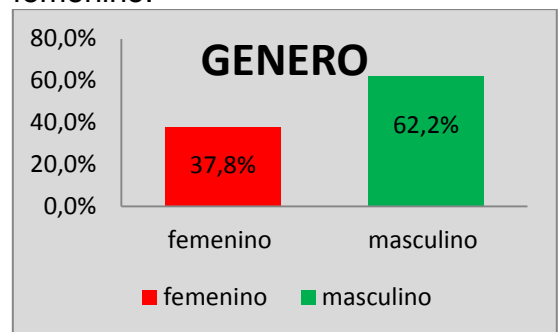
Pacientes con alteraciones neurológicas y oncológicas que consultan en la Clínica Nuestra

Señora de Fátima

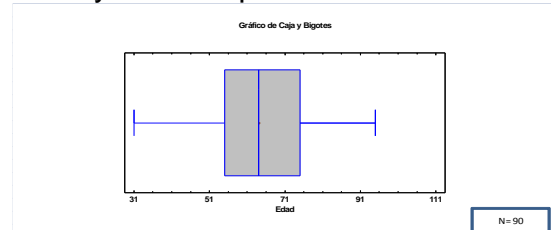
Pacientes que fallecieron por patologías respiratorias, traumáticas, renales incluyendo cardíacas en la Clínica Nuestra Señora de Fátima

RESULTADOS

Del total de los pacientes 62,2% correspondió al género masculino a diferencia de un 37,8% en el género femenino.



La edad oscila entre los 49 años y 78 años y la edad promedio fue 64 años



En cuanto a la etnia La raza mestiza reporta el mayor número de pacientes diagnosticados con Infarto Agudo de Miocardio con un 75,6 %, la ocupación que más se encuentra en riesgo es ama de casa debido a la limitada actividad física presente en sus actividades cotidianas, con un 28,9%

El municipio que presentó mayor número de pacientes diagnosticados

con infarto agudo de miocardio fue Nariño con un 42,2%.

En los factores de riesgo los antecedentes familiares con mayor porcentaje fue hipertensión arterial en un 26,7%, dislipidemia 62,2%, infarto antiguo 62,2%, tabaquismo 48,9% consumo de alcohol 38%, hipertensión arterial grado 1 43,3%,

En cuanto a los medicamentos el ácido acetil salicílico se administró en un 82,2%, beta bloqueadores se administró en un 78,9%, Inhibidores de enzima convertidor de angiotensina corresponden al 88,9%.

En el manejo del dolor se les administro al 85,5%, Estatinas se les administro a un 40%, se les administro anticoagulantes corresponden a un 43%, a quienes se les administro oxigeno corresponden a un 58,8%, a quienes a la mayoría se les administro nitratos corresponden a un 73,3%

Ácido acetil salicílico

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos NO	16	17,8
SI	74	82,2
Total	90	100,0

BETA BLOQUEADORES

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos no	19	21,1
si	71	78,9
Total	90	100,0

inhibidores de encima convertidora de angiotensina

	Frecuencia	Porcentaje
--	------------	------------

Válidos no	10	11,1
si	80	88,9
Total	90	100,0

manejo del dolor

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Si	77	85,5
No	13	14,2

estatinas

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos no	54	60,0
si	36	40,0
Total	90	100,0

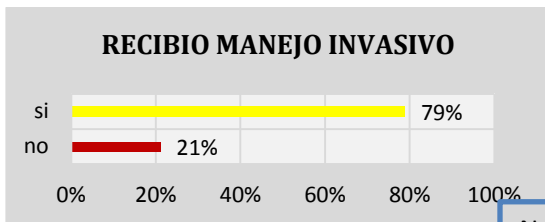
anticoagulantes

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos no	39	43,3
si	51	56,7
Total	90	100,0

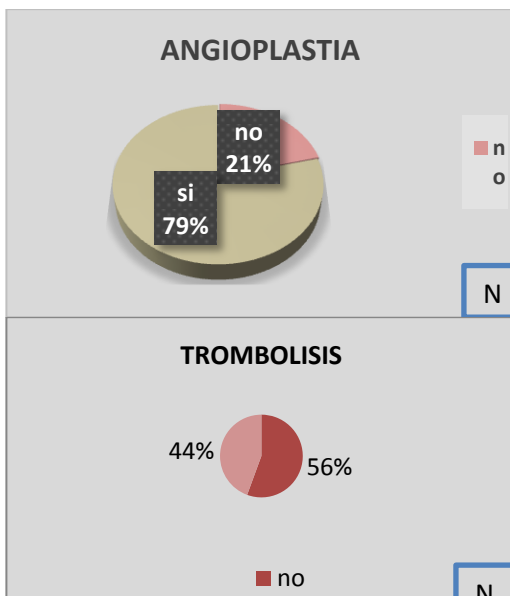
nitratos

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos no	24	26,7
si	66	73,3
Total	90	100,0

En cuanto a quienes recibieron manejo invasivo fue en su mayoría y corresponden a un 79%,



Quienes recibieron angioplastia corresponden a un 79%, Pacientes quienes recibieron tipo de manejo invasivo como cateterismo cardiaco corresponden a un 40%, quienes recibieron trombólisis corresponden a un 44%



DISCUSION

Según el estudio DIOCLES realizado en año 2012 en España demostró el pronóstico y manejo del síndrome coronario agudo, evidenciando que la edad promedio fue de 65 años, comparado con el presente estudio que la edad promedio es de 64 años. Asociando a factores de riesgo como diabetes, hipertensión arterial, dislipidemia, que predisponen al infarto agudo de miocardio, al

respecto vemos que existe discordancia entre este estudio y lo encontrado en nuestra población debido a que se presenta con mayor frecuencia la reincidencia de infarto agudo de miocardio, seguido de dislipidemia e hipertensión arterial. (35)

Según el estudio de incidencia de infarto agudo de miocardio con elevación del st en Ambato Ecuador en el 2015 reporta que la población estudiada en un 56% corresponde al género masculino siendo el más afectado en comparación a nuestro estudio siendo mayor en un 62.2% (36)

Nazzal y Tomás según su estudio la Incidencia y letalidad del infarto agudo de miocardio en el año 2001-2007 en un estudio chileno, estos autores encontraron que la tasa de infarto agudo de miocardio es de 74.4% estos datos son mayor al encontrado en la población estudio con un porcentaje de 62,2% lo que indica que la incidencia es menor debido al número de habitantes. (34)

Mejía y Moreno en el estudio de incidencia de infarto agudo de miocardio con elevación del st en Ambato Ecuador en el 2015 se evidencio que el 92% de los pacientes recibieron tratamiento con beta bloqueadores y lecas comparado con nuestro estudio la utilización de estos medicamentos fue un porcentaje menor del 78,9% para la betabloqueadores y del 88,9% para las lecas. (36)

Guerrero y López en su estudio pacientes con síndrome coronario agudo que fueron atendido en el área de emergencia en el 2015 en Quito Ecuador, demostró que la

angioplastia primaria es el tratamiento de elección en el infarto agudo de miocardio cuando esta se realiza en el tiempo adecuado con un superioridad de eficiencia respecto a la fibrinólisis lo cual conlleva a menor mortalidad, re infarto, hemorragia intracraneal y de isquemia recurrente en comparación con el estudio, en la mayoría de los pacientes fue necesario aplicar angioplastia primaria en 76% a diferencia de la trombólisis en 56%.(38)

CONCLUSIONES

Mediante el presente estudio se pudo concluir que, en las variables sociodemográficas, la población que presenta mayor incidencia del infarto agudo de miocardio es el adulto mayor de 64 años, sexo masculino, raza mestiza, procedente de la zona urbana y en su mayoría de la ciudad de Pasto

Entre los factores de riesgo para infarto agudo de miocardio la mayor parte de la población presentaron antecedentes familiares predisponentes para hipertensión, dislipidemia seguido de diabetes al igual que las enfermedades del sistema cardiocirculatorio entre ellas el infarto antiguo.

Dentro del manejo farmacológico se evidencio que a la población estudio se administró los siguientes medicamentos, ácido acetil salicílico, beta bloqueadores, IECAS y nitratos En cuanto al procedimiento de angioplastia vs trombólisis se concluyó que la mayor parte de la población recibió angioplastia, en cuanto al manejo invasivo tuvo una gran utilidad el cateterismo cardiaco

REFERENCIAS BIBLIOGRFICAS

- 1 Ministerio de Salud y Protección Social. Guía para el síndrome coronario agudo sgss – gpc-2013-17 [Internet]. Bogotá: COLCIENCIAS; 2013. [Consultado 2018 enero 20]. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_s_coronario/GPC_Comple_SCA.pdf
- 2 Esteva E. Infarto agudo de miocardio: Clínica y tratamiento. Ámbito farmacéutico [Internet]; 2009 Mar. [Consultado 2018 Feb 16]; 28 (3). Disponible en: <https://es.scribd.com/document/338823093/13133617-S300-es-pdf>
- 3 Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Chaitman BR, White HD. (2013). Documento de consenso de expertos. Tercera definición universal del infarto de miocardio. Rev. EspCardiol [Internet]. 2013 [consultado 2018 Feb 16]; 66(02): 132-132. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/documento-consenso-expertos-tercera-definicion/articulo/90185391>
- 4 Martínez MA. Infarto agudo de miocardio. México: Academia Nacional de Medicina [Internet]; 2014.

- [Consultado 2018 Feb 16]. Disponible en: <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L12-Infarto-agudo-al-miocardio.pdf>
- 5 Martínez C. Cardiopatías congénitas del adulto. Archivo de Cardiología de México [Internet]; 2001 ene mar. [Consultado 2018 Feb 16]; 71 (Supl. 1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2001/acs011b.pdf>
 - 6 Cassiani M, Carlos A, & Cabrera G. Síndromes coronarios agudos: epidemiología y diagnóstico. Revista Salud Uninorte [Internet]. 2009 [citado 2018 enero 13]; 25(1): 118-134. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v25n1/v25n1a11.pdf>
 - 7 Escobar Cruz PL, & Mariño Serrano RY. Factores de riesgo de infarto agudo del miocardio en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. Multimed [Internet]. 2017 [citado 2018 enero 13]; 20(5): 129-143. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/393/612>
 - 8 López A, Macaya C. Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA. España: Nerea S.A.; 2009.
 - 9 León, J. Guías colombianas de cardiología síndrome coronario agudo sin elevación del ST (angina inestable e infarto agudo de miocardio sin elevación del ST). Revista colombiana de cardiología [Internet]. 2008 diciembre [citado 2018 enero 13]; 15(3). Disponible en: <http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/08/8-guia-enf-coronaria-2008.pdf>
 - 10 Gobernación de Nariño, Instituto departamental de Salud de Nariño. Modelo de atención en salud y estudio de la situación de la prestación pública de servicios de salud en el departamento de Nariño red de prestación de servicios de salud [Internet]. 2013 dic [Consultado 2018 Feb 16]. Disponible en: http://idsn.gov.co/site/web2/images/edocs/docum_red_servicios_narino_diagnostico.pdf
 - 11 Arós F, Loma Á, Alonso Á, Alonso JJ, Cabadés A, Coma I, & San José JM. (1999). Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en el infarto agudo de miocardio. RevEspCardiol [Internet]; 1999. [Consultado 2018 Feb 16]; 52(11): 919-

956. Disponible en: <http://secardiologia.es/images/stories/file/cardiopatia-isquemica/919-956.pdf>
- 12 Aguilera, E. Infarto agudo de miocardio. Rev Pacea Med FAM [Internet]. 2008 [citado 2018 enero 13]; 5(8): 102-114. Disponible en: <http://fcs.ufps.edu.co/mivee/LEER%20MAS%20EN%20EL%20VIRTUAL/3.%20SEMESTRE/MEDICINA%20INTERN A/8INFARTO%20AGUDO%20DE%20MIOCARDIO.pdf>
- 13 Rodríguez E, Tablada Ramírez RJ, Arias Jiménez Ramírez ADLC. Factores de riesgo de infarto agudo de miocardio en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial [Internet]. Abril 2014 [consultado 2018 Feb 07]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2014/mul142i.pdf>
- 14 López Sendón J, De Sá EL. Nuevos criterios de diagnóstico de infarto de miocardio: orden en el caos. Revista Española de Cardiología, 2001; 54 (6).
- 15 Coll Muñoz Y, Valladares Carvajal F, González Rodríguez C. Infarto agudo de miocardio. Actualización de la Guía de Práctica Clínica. Rev. Finlay [Internet]. 2016 jun [consultado 2018 Feb 07]; 6(2): 170-190. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000200010&lng=es
- 16 Fuentes Quijada G, Caro A, Rodríguez A. Requisitos de Calidad de Datos en Modelos de Arquitectura Empresarial: Una Revisión Sistemática de la Literatura. VII Congreso Internacional de Computación e Informática del Norte de Chile, INFONOR CHILE [Internet]. 2016 [consultado 2018 Feb 07]. Disponible en: <http://infonor-chile.cl/wp-content/uploads/2016/09/ACTAS-INFONOR-CHILE-2016.pdf>
- 17 Álvarez Cortés JT, Bello Hernández V, Pérez Hechavarría GDLÁ, Antomarchi Duany O, & Bolívar Carrión ME. Factores de riesgo coronarios asociados al infarto agudo de miocardio en el adulto mayor. Medisan, 2013; 17(1): 54-60.
- 18 Martínez Cabrera M, Gort Hernández M. Factores de riesgo en pacientes hipertensos en el Hospital Patacamaya, La Paz. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2015 oct [consultado 2018 Feb 16]; 19(5): 938-947. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>

- ?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000500016&lng=e
- 19 España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de práctica clínica sobre diabetes tipo 2. Guías de práctica clínica en el SNS [Internet]; 2008 jul. [Consultado 2018 Feb 16]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_429_Diabetes_2_Osteoba_compl.pdf
- 20 Lorenzo R. El electrocardiograma en el infarto agudo de miocardio. Rev. Urug. Cardiol. [Internet]. 2013 dic [citado 2018 enero 13]; 28(3): 419-429. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202013000300016&lng=es
- 21 Millard RW, Tranter M. Biomarcadores no troponínicos, complementarios, alternativos y presuntos, para el síndrome coronario agudo: nuevos recursos para los futuros instrumentos de cálculo del riesgo. Rev. Esp Cardiol. [Internet]. 2014 [consultado 2018 Feb 16]; 67(4): 312-320. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/4652/d3435604a1d821fd797ff8fa62efa3e83388.pdf>
- 22 Marzal D, López JL, Rodríguez L. Proceso asistencial simplificado de la insuficiencia cardiaca. Sociedad Española de Cardiología [Internet]; 2016. [Consultado 2018 Feb 16]. Disponible en: <https://secardiologia.es/imagenes/publicaciones/libros/proceso-asistencial-simplificado-de-la-ic.pdf>
- 23 Fernández E, García C, de la Espriella R, Dueñas CR, Manzur F. Biomarcadores cardíacos: presente y futuro. Rev. Colomb. Cardiol. [Internet]. 2012 dic [Consultado 2018 Feb 18]; 19(6): 300-311. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332012000600006&lng=en
- 24 Espinoza C. Infarto agudo al miocardio. [Internet]. 2009 may. [2018 Feb 16]. Disponible en: <https://christianespinoza.wordpress.com/2009/05/10/infarto-agudo-al-miocardio/>
- 25 Arredondo Bruce AE, Acuña Sobrino JA, Arredondo Rubido AE. Dosificación de la aspirina en el síndrome coronario agudo. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2015 Ago [consultado 2018 Feb 16]; 37(4): 364-373. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>

- ?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000400007&lng=es .
- 26 Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico, estratificación y tratamiento hospitalario inicial de pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación ST. [Internet]. [Consultado 2018 Feb 16]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/191GRR.pdf>
- 27 Ministerio de Salud y Protección Social – COLCIENCIAS. Guía de práctica clínica para el Síndrome Coronario Agudo. 2ª ed. Bogotá, Colombia: GPC-SCA; 2013
- 28 Espinosa MÁ, Ávila P, Ruiz J, & Sánchez PL. Estrategias de reperfusión en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. Visión general y descripción de conceptos. Situación actual de la reperfusión farmacológica en España. Revista española de cardiología suplementos, [Internet]. 2009. [Consultado 2018 Feb 16]; 9(3), 3-10. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/estrategias-reperfusion-el-infarto-agudo/articulo/13145761/>
- 29 Ministerio de Salud y Protección Social Organización Panamericana de la Salud. Resúmenes de política: intervenciones poblacionales en factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles [Internet]. 2010. [citado 2018 enero 13]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/intervenciones-poblacionales-factores-riesgo-enfermedades-no-transmisibles.PDF>
- 30 Galve E, Oristrell G, & García-Dorado D. Estatinas en pacientes con síndrome coronario agudo. Más allá de las lipoproteínas de baja densidad. Rev. Esp. Cardiol, [Internet]. 2015. [Consultado 2018 Feb 16]; 15: 28-33. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/estatinas-pacientes-con-sindrome-coronario/articulo/90379375/>
- 31 Sanhueza P. Síndrome coronario agudo con supradesnivel del ST. Universidad de Chile, Facultad de Medicina. [Internet]. [Consultado 2018 Feb 16]. Disponible en: http://www.basesmedicina.cl/cardiologia/409_sca_supradesnivel/inicio.htm
- 32 Steg PG, James SK, Atar D, Badano LP, Lundqvist CB, ...

- & Fernandez-Aviles F. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC). *European heart journal*, 2012; 33(20): 2569-2619.
- 33 Paolasso E, Boccanera V, Jiménez M, Luciardi H, Nolé F, Quiroga W, & Ramos H. (2003). Manejo y tratamiento del infarto agudo de miocardio con supradesnivel del segmento ST. *GuiaFAC*. [Internet]. 2003. [Consultado 2018 Feb 16]. Disponible en: <http://moodle.fac.org.ar/scvc/lave/PDF/paolasse.pdf>
- 34 Paolasso E, Boccanera V, Jiménez M, Luciardi H, Nolé F, Quiroga W, Ramos H. Manejo y tratamiento del infarto agudo de miocardio con supradesnivel del segmento ST. [Internet]. [Consultado 2018 Feb 16]. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/scvc/lave/guiafac/bono3/paolasse.htm>
- 35 Rojas Reyes J, Flórez Flórez ML. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con infarto agudo de miocardio. Aquichan [Internet]. 2016. [Consultado 2018 Feb 16]; 16(3): 328-339. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74147078005>
- 36 Antomás J, Huarte s, Confidencialidad e historia clínica. Consideraciones ético-legales, Pamplona ene./abr. 2011 [internet] (http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582016000100010)
- 37 Mejía A, Romero I, La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. México, *Rev.Med.Electrón*. vol.39 supl.1 Matanzas 2017 [internet] http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000700016
- 38 Antomás J, Huarte s, Confidencialidad e historia clínica. Consideraciones ético-legales, Pamplona ene./abr. 2011 [internet] (http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582016000100010)
- 39 Virtudes J, Universidad Miguel Hernández, Pezoa G, Superintendencia de Salud, ¿QUÉ ES “TRATO DIGNO” PARA LOS PACIENTES?, Departamento de Estudios y Desarrollo, publicada en el

- Diario Oficial el 24 de febrero de 2004 [internet] http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/articles-9004_recurso_1.pdf
- 40 Mejía A, Romero I, La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. México, Rev.Med.Electrón. vol.39 su pl.1 Matanzas 2017 [internet] http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000700016
- 41 Name J, Eljach G, Ministerio de salud y protección social ley 1751 16 febrero 2015 [internet] https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- 42 Moreno FL, Echarte JC. Indicaciones de cateterismo cardíaco. CorSalud [Internet]. 2009. [Consultado 2018 Feb 16]; 1(2): 4. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/212861205/DialnetINDICACIONESDECATETERISMOCARDIACO-3989012-pdf>
- 43 Macin SM, Bono J, Ramos H, Rengel E, Suasnabar R, Zapata G, & LUCIARDI H. Guías de manejo de cardiopatía isquémica crónica: Angina crónica estable. Rev Fed ArgCardiol [Internet]. 2009. [Consultado 2018 Feb 16]; 38(Supl 1), S1-S23. Disponible en: http://www.fac.org.ar/1/revista/suplemento01_09/suplemento01_09.pdf
- 44 Ferreira I. Cardiología [Internet]. Hospital Valld'hebron; 2014. [Consultado 2018 Feb 16]. Disponible en: <https://www.vallhebron.com/ca/especialitats/cardiologia>
- 45 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Guías colombianas de cardiología síndrome coronario agudo sin elevación del ST (angina inestable e infarto agudo de miocardio sin elevación del ST). Revista colombiana de cardiología [Internet]. 2008 dic. [Consultado 2018 Feb 16]; 15 (supl 3). Disponible en: <http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/08/8-guia-enf-coronaria-2008.pdf>
- 46 F Lanas, S Pottho; Riesgo individual y poblacional en infarto agudo del miocardio: Estudio INTERHEART Chile 2008.
- 47 C Nazzal, F Tomás Incidencia y letalidad por infarto agudo del miocardio en Chile: 2001-2007
- 48 F Lanas, S Pottho; Riesgo individual y poblacional en infarto agudo del miocardio:

Estudio INTERHEART Chile
2008.

49 C Nazzari, F Tomás
Incidencia y letalidad por
infarto agudo del miocardio
en Chile: 2001-2007