

CARACTERÍSTICAS Y PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE MUJERES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Raquel Martínez Garzón

Paula Sancho Sanmartín

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por el Prof. Dr. Alfredo Bardají Ruiz

Grado en Medicina



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona 2022

ÍNDICE

| | |
|-------------------------|-------|
| Introducción..... | 3-4 |
| Material y métodos..... | 4-5 |
| Resultados..... | 5-7 |
| Discusión..... | 8-10 |
| Bibliografía..... | 11-13 |
| Tablas y figuras..... | 14-20 |

INTRODUCCIÓN

El síndrome coronario agudo (SCA) es causa de aproximadamente un tercio de todas las muertes en sujetos de más de 35 años a nivel mundial. No obstante, en los países desarrollados, la tasa de mortalidad durante estas últimas cuatro décadas ha tenido una tendencia a la baja (1). Las estrategias de prevención secundaria tienen un papel fundamental, pues están consiguiendo el declive de mortalidad y de la recurrencia de nuevos eventos isquémicos. Sin embargo, estas estrategias de prevención, implantadas sobre la población de alto riesgo con gran éxito, deben utilizarse también para la población general, en la que se está observando un incremento en la prevalencia de obesidad, diabetes mellitus y otras comorbilidades que pueden invertir la tendencia (2). La implantación de una prevención primaria óptima es clave, aunque llevarlo a cabo a nivel mundial dista mucho de ser una realidad. Esta enfermedad afecta a ambos sexos aunque no de igual manera, siendo las mujeres las que padecen esta patología en menor proporción, pero de una forma más agresiva aparentemente.

A pesar de que en nuestro país la incidencia de cardiopatía isquémica aguda es menor que en otros países europeos, en la estadística de defunciones según la causa de muerte, el SCA sigue constando como una de las tres principales causas de mortalidad en España (3). Pero no solo eso, sino que también es una de las principales causas de morbilidad y coste sanitario. Las tendencias demográficas parecen indicar que, debido al envejecimiento progresivo de la población y a los constantes avances en el manejo de la enfermedad, seremos testigos de un aumento de la morbilidad hospitalaria con una reducción de la mortalidad. Este descenso de la letalidad, con una incidencia que parece estable, ha conducido a un aumento de la prevalencia de la enfermedad coronaria (EC) y de sus complicaciones, una de ellas la insuficiencia cardíaca (4). Todo esto repercutirá directamente incrementando la demanda asistencial con todos los problemas que ello conlleva. Tras un primer evento, no es despreciable la tasa de recurrencias en forma de nuevo SCA, y el papel del sexo femenino está poco definido en el pronóstico a largo plazo.

Aun cuando los avances en las estrategias terapéuticas en el SCA han supuesto una mejora significativa en la supervivencia de los pacientes en nuestro país y a nivel mundial, el sexo femenino sigue asociándose a un peor pronóstico tras el evento. Diversos estudios revelan la existencia de diferencias de género en relación con la presentación, diagnóstico y tratamiento del SCA. Las hipótesis que tratan de dar explicación a este supuesto son muchas. En este trabajo partiremos de la hipótesis de que las mujeres tienen peor pronóstico cuando padecen esta patología y nuestro objetivo es estudiar el impacto a largo plazo del hecho de ser mujer cuando se tiene un SCA. La intención principal será tratar de esclarecer si el peor pronóstico se debe al hecho intrínseco de ser mujer o si hay factores de confusión que puedan estar afectando al pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población de estudio

El Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona, España, es el centro médico de atención primaria para una población de 250.140 habitantes y sirve como centro cardíaco de referencia para coronariografía e intervencionismo coronario percutáneo (ICP) de una población de aproximadamente 802.547. Los datos de todos los pacientes ingresados consecutivamente en el Servicio de Cardiología se recogen retrospectivamente en la base de datos del RENACI (REgistro NAcional de Cardiopatía Isquémica), aprobada por el Comité Ético (CEIm65/2008). En este estudio analizamos a todos los pacientes ingresados entre enero de 2009 y diciembre de 2009. Para los pacientes con varias estancias hospitalarias, solo se consideró en el análisis la primera estancia.

Variables del estudio

Se registró la edad, sexo, factores de riesgo de enfermedad coronaria, antecedentes médicos que incluyen enfermedad coronaria previa, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva, antecedentes de fibrilación auricular, enfermedad periférica o cerebrovascular, enfermedad o neoplasia hepática y enfermedad renal crónica, antecedentes de fibrilación auricular, enfermedad periférica o cerebrovascular.

Los datos registrados correspondientes al evento índice fueron el diagnóstico final, la mayor clase de Killip, el ritmo al ingreso, la tasa de cateterismo cardiaco, el número de vasos coronarios afectados, la tasa de revascularización, la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), y otros tratamientos y procedimientos (ventilación mecánica invasiva o no invasiva, balón de contrapulsación aórtico, fármacos vasoactivos). También se recogieron variables biológicas como la glucosa sérica (mg/dl), la creatinina (mg/dl), y la hemoglobina (gr/dl) al ingreso. Se calculó la puntuación de riesgo del Global Registry of Acute Coronary Event (GRACE).

Objetivo de valoración primario.

El objetivo primario del estudio fue la incidencia combinada de reingreso por insuficiencia cardiaca o mortalidad en un seguimiento a 10 años (MACE) en mujeres con respecto a los hombres. También se analizó estos eventos por separado, así como la incidencia de nuevo infarto de miocardio en el seguimiento. El estado vital y los eventos en el seguimiento se obtuvieron de la historia clínica electrónica.

Análisis estadístico

Las variables categóricas se expresan como números y porcentajes, mientras que las variables continuas se expresan como medianas y rango intercuartílico (RIC). Las comparaciones de datos categóricos se realizaron con pruebas de chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher cuando las frecuencias esperadas eran <5 , mientras que los datos numéricos se analizaron con la prueba de Kruskal-Wallis. Las probabilidades de supervivencia se estimaron por el método de Kaplan-Meier y se compararon con la prueba de rango logarítmico. Para determinar si el grupo de pacientes mujeres se asociaba con los criterios de valoración primarios y secundarios, se realizaron regresiones de Cox univariadas y multivariadas con el procedimiento paso a paso hacia atrás. Las diferencias se consideraron estadísticamente significativas a $p < 0,05$. Para el análisis estadístico se utilizó SPSS 23.

RESULTADOS

En el periodo de análisis de este estudio, se obtuvieron los datos basales de un total de 584 pacientes entre hombres y mujeres. De estos 584 pacientes iniciales, fueron excluidos aquellos cuya hospitalización en 2009 constituía un reingreso por SCA y no un primer ingreso, sumando un total de 42 pacientes. Asimismo, fueron

excluidos 57 pacientes cuyo diagnóstico finalmente fue de “Dolor torácico u otras patologías” y no SCA confirmado. Además, se excluyeron 31 pacientes a los cuáles se les perdió el seguimiento durante ese mismo año.

Por tanto, en total se excluyeron 130 pacientes y nuestro estudio se realizó en base a una muestra de 454 pacientes, de los cuales 332 eran hombres (el 73%) y 122 eran mujeres (el 27%) (Figura 1).

Características de la población

En la tabla 1 se muestran las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a factores demográficos, de riesgo, la historia clínica previa y procedimientos previos. En primer lugar, entre los factores demográficos cabe destacar que hay diferencias estadísticamente significativas en la edad con la que presentaron el evento cardiovascular, de manera que en el grupo de los hombres la media de presentación es en torno a los 64 años, mientras que en las mujeres es alrededor de los 70 años. La talla y el peso son significativamente menores en el grupo de las mujeres. No obstante, al analizar el IMC vemos que este tiene valores muy similares entre los dos grupos, sin ser la diferencia entre ambos estadísticamente significativa. En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), observamos que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos llamativas en el número de fumadores (69,5% de los hombres lo eran frente a un 10,5% de mujeres) y en el número de pacientes hipertensos y diabéticos (siendo en este caso superior en las mujeres). En cambio, no hay diferencias entre grupos respecto a presentar o no hipercolesterolemia. Respecto a la historia médica previa, apreciamos que de manera significativa las mujeres presentan antes del evento mayor tasa de insuficiencia cardíaca (IC) estando presente en un 10,5% de ellas, mientras que solo lo está en un 3,1% de ellos. El resto de antecedentes analizados fueron presentados en proporciones similares entre hombre y mujeres [infarto agudo de miocardio (IAM), accidente cerebrovascular (ACV), arteriopatía periférica, enfermedad renal crónica (ERC), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), angina >1 mes o 2 o >anginas en las últimas 24h. Por último, podemos decir que la cantidad de pacientes sometidos a angioplastia y cirugía cardíaca previo al evento era similar en ambos grupos ya que no hubo diferencias estadísticamente significativas.

Características del evento índice

En la tabla 2 podemos ver las características de nuestros pacientes a su llegada al hospital. La primera variable que analizamos es el Killip que presentaban; sin poder obtener datos que apoyen una diferencia significativa entre los grupos. De la misma manera, al analizar el ritmo del ECG a su llegada y el QRS, nos encontramos con que no podíamos asumir diferencias entre ambos. No obstante, donde sí apreciamos una diferencia significativa es en el tipo de SCA si lo clasificamos atendiendo a las características del ST en el ECG: mientras que la forma más común de presentación en el grupo de las mujeres es con un descenso del segmento ST (hasta un 26% se presentó de esta forma), la forma más común de presentación en varones es con una elevación del ST (que ocurría hasta en un 35,4% de los hombres). En cuanto a las pruebas realizadas durante el ingreso, no habría diferencias significativas en el cálculo de la FE, la angioplastia o el bypass. Lo que llama la atención de la tabla es que la realización de coronariografía a las pacientes de sexo femenino era significativamente menor que a los varones. Por último, el estatus al alta no arrojó diferencias entre ambos grupos, pudiéndose equiparar su supervivencia durante la estancia hospitalaria.

Eventos en el seguimiento

En la tabla número 3 reflejamos los parámetros analizados durante el período de 2009-2021 (11 años de seguimiento) a nuestros pacientes. Así, en 2021 un 65% de los pacientes de nuestra muestra seguían vivos, de los cuales 67,5% eran hombres y 59% eran mujeres; pero sin existir diferencias estadísticamente significativas entre ambos. En cambio, las mujeres presentaron en mayor proporción episodios de ICC (19% de ellas frente a un 9% de hombres) siendo esta diferencia estadísticamente significativa. La presentación de muerte e insuficiencia cardíaca combinadas (MACE), es significativamente diferente entre ambos sexos (Figura 2). Este supuesto se presenta en un 51,6% de las mujeres, mientras que sólo está presente en el 39,8% de los hombres. En la tabla 4 queda reflejado que hay un 32% más de probabilidad en la mujer de presentar ICC y muerte en el seguimiento. Sin embargo, cuando las ajustamos por edad vemos que esa diferencia desaparece.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio demuestra que existen diferencias notables en los antecedentes cardiovasculares y datos durante la hospitalización por SCA entre hombres y mujeres. En la evolución a largo plazo las mujeres tienen mayor tasa de insuficiencia cardíaca y muerte; sin embargo, cuando el riesgo es ajustado por edad, el sexo deja de ser un factor pronóstico.

En nuestro estudio hemos observado que existe una diferencia en la edad de presentación del evento, siendo en las mujeres a mayor edad (aproximadamente 70 años) que en los hombres (aproximadamente a los 64 años), algo que se ha reportado en la literatura (5, 6, 7). Esta diferencia podría deberse a la pérdida de la protección de los estrógenos tras la menopausia, pues la privación de estrógenos en las mujeres está asociada con efectos adversos en el sistema cardiovascular y con la aceleración de la arteriosclerosis, de manera que la ausencia de estrógenos y su influencia en el curso y pronóstico de esta enfermedad está descrita numerosas veces en la literatura (8, 9). También hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los factores de riesgo cardiovascular: los hombres eran más fumadores mientras que las mujeres presentaban más hipertensión, diabetes mellitus e historia de insuficiencia cardíaca previa. Estos mismos hallazgos aparecen en numerosos estudios de la literatura (7, 10, 11, 12). Cabe destacar el estudio "*Sex Differences in In-Hospital Management and Outcomes of Patients With Acute Coronary Syndrome*" (10) en el que se estudiaron 82196 pacientes ingresados en 192 hospitales en China entre 2014 y 2018. No obstante, a diferencia de lo que encontraron en el artículo mencionado anteriormente, donde concluyen que el cLDL es un FRCV más prevalente en el sexo femenino, en nuestro estudio encontramos que las diferencias por sexo en la hipercolesterolemia no son significativas.

Respecto a las características del SCA que presentaron, aunque sí que observamos Killip de mayor grado en las mujeres (quizás debido a su mayor comorbilidad previa), no hubo diferencias significativas en el Killip inicial.

Por otro lado, en nuestro estudio encontramos que las mujeres tienen mayor prevalencia de SCASEST mientras que los hombres presentan con mayor prevalencia SCACEST. Esta misma diferencia la encontramos en diversos artículos de la bibliografía, como por ejemplo el artículo Sex Differences in In-Hospital Management and Outcomes of Patients With Acute Coronary Syndrome (10), mientras que otros autores como Xue du et al. (11) concluyeron que las mujeres habían experimentado un aumento en las tasas de hospitalización por SCACEST.

Además, en nuestro estudio se concluye que a las mujeres se les hace menos coronariografías al ingreso que a los hombres con una diferencia estadísticamente significativa. Este hecho podría venir explicado debido a que las mujeres suelen presentar más SCASEST, como se ha mencionado anteriormente, y por lo tanto no hay indicación de realizar dicha prueba en todas las pacientes de manera urgente.

A pesar de ello, en nuestro estudio, las diferencias en cuanto a la realización de angioplastia no son significativas a diferencia de lo que concluyen otros autores de la literatura como Fernández Rodríguez et al. (12), cuyo estudio se llevó a cabo en un entorno parecido al nuestro, pues fue realizado con pacientes del Servei Catalá de la Salut.

Respecto a la mortalidad durante la hospitalización, no hemos hallado discrepancias entre los grupos. Este hallazgo va a favor de los encontrados en la literatura donde afirman que “el sexo femenino no se asoció a peor pronóstico en términos de mortalidad, aunque sí predijo un riesgo incrementado de aparición de IC y formas complicadas de SCASEST” (13). No obstante, hemos encontrado discrepancias con un estudio que concluye que existen diferencias y que las mujeres con SCA muestran un mayor riesgo de mortalidad, aunque esta diferencia no estaba ajustada y desaparecía tras aplicar el parámetro de tratamiento agudo (10).

Al hacer el seguimiento a largo plazo, hemos encontrado que las mujeres han presentado más ICC que los hombres en el periodo entre 2009-2021, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. A pesar de ello, no hay diferencias significativas en el estatus (vivo/muerto) en el momento del seguimiento en 2021. Asimismo, las mujeres tienen un 32% más de probabilidad de presentar ICC y muerte como evento combinado (MACE). Sin embargo, tras el ajuste por edad vemos que

esa diferencia entre ambos grupos desaparece, lo que indica que las diferencias halladas entre el sexo en lo que se refiere al evento combinado de muerte e ICC, no son significativas si se ajustan por edad. Es decir, veríamos más ICC y muerte en las mujeres debido a que las mujeres presentan el cuadro de SCA a mayor edad.

Razones de las diferencias entre hombre y mujeres

La literatura médica describe que la presentación atípica de las mujeres con SCA se ha relacionado con un diagnóstico y tratamiento tardíos, y que esto podría explicar peores resultados en comparación con los hombres en la evolución del evento (14). No obstante, como hemos explicado anteriormente, ajustando por edad las diferencias en la mortalidad no resultan significativas y, por tanto, este hecho podría explicar la diferencia.

Limitaciones

En el estudio se han incluido algunas variables que han influido en el pronóstico. No obstante, pueden no haberse contemplado algunas que puedan estar enmascarando los datos obtenidos (por ejemplo, se han tenido en cuenta pacientes pertenecientes a una zona demográfica muy concreta, no incluimos FRCV tales como obesidad abdominal o sedentarismo, etc.). Para realizarlo, nos hemos basado en los datos disponibles en la historia clínica compartida de Cataluña por lo que eventos no notificados o volcados correctamente en dicha plataforma, podrían no haberse tenido en cuenta en el análisis de datos. Finalmente, aunque en el estudio se han excluido aquellos pacientes de los cuales no se volvió a tener información desde el evento de 2009, se han incluido algunos de los cuales se perdió el seguimiento antes de 2021. Por tanto, hay unos pocos pacientes que no tienen el mismo tiempo de seguimiento.

Conclusión

Nuestro estudio demuestra que, a pesar del diferente perfil de riesgo de las mujeres y los hombres, su pronóstico a largo plazo no es diferente.

BIBLIOGRAFÍA

1. D. Lloyd-Jones, R.J. Adams, T.M. Brown, M. Carnethon, S. Dai, G. De Simone, et al. Executive summary: heart disease and stroke statistics-2010 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2010;121: 948-954.
2. Quiles J, Miralles-Vicedo B. Estrategias de prevención secundaria del síndrome coronario agudo. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:844–8.
3. INE. Defunciones según la causa de muerte. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
4. Dégano IR, Elosua R, Marrugat J. Epidemiología del síndrome coronario agudo en España: estimación del número de casos y la tendencia de 2005 a 2049. *Rev Esp Cardiol*. 2013; 66:472–481
5. Rojas J. M, Giralt A, Torre L M, Machín-Legón M, Cordero S. Diferencias sexuales en el síndrome coronario agudo. Hospital Comandante Manuel Fajardo, 2016-2017. *Clínica e Investigación En Arteriosclerosis: Publicación Oficial de La Sociedad Española de Arteriosclerosis*. 2020; 32(2), 43–48. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.arteri.2019.08.001>
6. Kozan O, Ergene O, Oto A, Kapland A.K. A real life registry to evaluate patient profile, diagnostic and practice patterns in Acute Coronary Syndrome in Turkey: TURK-AKS study. *Int J Cardiovasc Acad*. 2017; 3, 85-93. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijcac.2017.08.003>
7. López A, García P, De Dios R, López T. Mujeres y hombres frente al síndrome coronario agudo. Servicio Salud Principado de Asturias. 2012. Disponible en: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/57_03.pdf

8. Saltiki K, Alevizaki M. Coronary heart disease in postmenopausal women; the role of endogenous estrogens and their receptors. *Hormones (Athens)*. 2007; 6(1): 9–24.
9. Mann D.L, Zipes D.P, Libby P, Bonow R.O, Braunwald E. *Tratado de Cardiología. Texto de Medicina Cardiovascular*. 10.ma ed. Elsevier. Barcelona. 2016.
10. Hao Y, Liu J, Liu J, Yang N, Smith SC Jr, Huo Y, et al. Sex differences in hospital management and outcomes of patients with Acute Coronary Syndrome: Findings from the CCC project. 2019;139:1776–85. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1161/circulationaha.118.037655>
11. Du X, Spatz E.S, Dreyer R.P, Hu S, Wu C, Li X, et.al. Sex differences in clinical profiles and quality of care among patients with ST-segment elevation myocardial infarction from 2001 to 2011: Insights from the China patient-centered evaluative assessment of cardiac events (PEACE)-retrospective study. *Journal of the American Heart Association*. 2016; 5(2). Disponible en: <https://doi.org/10.1161/JAHA.115.002157>
12. Fernández-Rodríguez D, Regueiro A, Cevallos J, Bosch X, Freixa X, Trilla M, et al. Brecha de género en los cuidados médicos en las redes de atención al infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST: hallazgos de la red catalana Codi Infart. *Med Intensiva*. Barcelona. 2017;41:70-77. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-brecha-genero-cuidados-medicos-redes-articulo-S021056911630136X>
13. Ramírez MA, García JM, Montiel A, Rueda E, Alonso JH, Hernández JM, et al. Influencia del género sobre el pronóstico del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST y los resultados de la terapia intervencionista precoz. *CardiCore*. Málaga. 2014;49(4):148–156. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cardiCore-298-articulo-influencia-del-genero-sobre-el-S1889898X14000929>

14. Sørensen NA, Neumann JT, Ojeda F, Schäfer S, Magnussen C, Keller T, et al. Relations of sex to diagnosis and outcomes in acute coronary syndrome. *J Am Heart Assoc.* 2018;7(6). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1161/JAHA.117.007297>

Tabla 1: Datos demográficos, factores de riesgo y antecedentes CV

| | Total (N=454) | Mujeres (N=122) (26,87%) | Hombres (N=332) (73,13%) | P Valor |
|---------------------------------------|--------------------------|---|---|--------------------|
| Demográficos | | | | |
| Edad, años | 66 | 70,5 (12,8) | 64,4 (12,8) | ,001 |
| Talla | 167,05 | 159,70 | 169,7 | ,001 |
| Peso | 77,27 | 69,80 | 79,9 | ,001 |
| IMC | 27,63 | 27,45 | 27,69 | ,591 |
| Factores de riesgo CV | | | | |
| Fumador actual o exfumador | 158(48,7%) | 12(10,5%) | 146(69,5%) | 0,001 |
| Hipertensión | 307(68,7%) | 97(80,2%) | 210(64,4%) | 0,001 |
| Diabetes mellitus | 161(36,2%) | 58(48%) | 103(31,8%) | 0,001 |
| Hipercolesterolemia | 267(60,4%) | 79(65,3%) | 188(58,6%) | 0,198 |
| Historia médica previa | | | | |
| Infarto miocardio | 120 (27,4%) | 33(28%) | 87(27%) | 0,871 |
| Insuficiencia cardíaca | 22(5%) | 12(10,2%) | 10(3,1%) | 0,003 |
| Accidente cerebrovascular | 27(6,2%) | 3(2,5%) | 24(7,5%) | 0,056 |
| Arteriopatía periférica | 36(8,2%) | 8(6,8%) | 28(8,8%) | 0,505 |
| Enfermedad renal crónica | 45(10,3%) | 10(8,5%) | 35(11%) | 0,451 |
| Enfermedad pulmonar crónica | 68(15,5%) | 19(16,1%) | 49(15,3%) | 0,84 |
| Angina hace >1 mes | 136(31%) | 39(33%) | 97(30%) | 0,583 |
| 2 o > Anginas en las últimas 24h | 147(33,6%) | 40(34%) | 107(33,4%) | 0,928 |
| Procedimientos médicos previos | | | | |
| Angioplastia previa | 67(15,3%) | 14(12%) | 53(16,6%) | 0,221 |
| Cirugía cardíaca previa | 3(0,7%) | 2(1,8%) | 1(0,3%) | 0,123 |

Tabla 2: Variables durante el ingreso hospitalario

| | Total (N=454) | Mujeres (N=122) | Hombres (N=322) | P Valor |
|--|---------------|-----------------|-----------------|---------|
| Killip Inicial | | | | 0,17 |
| Killip I | 354(79,7%) | 89(74,2%) | 265(81,8%) | |
| Killip II | 62(14%) | 22(18,3%) | 40(12,3%) | |
| Killip III | 25(5,6%) | 9(7,5%) | 16(4,9%) | |
| Killip IV | 3(0,7%) | 0 | 3(0,9%) | |
| Ritmo ECG a su llegada | | | | 0,515 |
| Normal | 405(89,2%) | 106(86,9%) | 299(90%) | |
| FA o Flutter | 34(7,5%) | 12(9,8%) | 22(6,6%) | |
| Otros | 15(3,3%) | 4(3,3%) | 11(3,3%) | |
| QRS en ECG inicial | | | | 0,072 |
| Normal | 297(65,6%) | 89(73,0%) | 208(62,8%) | |
| BCRDHH | 35(7,7%) | 9(7,4%) | 26(7,9%) | |
| BCRIHH | 20(4,4%) | 4(3,3%) | 16(4,8%) | |
| Marcapasos | 9(2,0%) | 3(2,5%) | 6(1,8%) | |
| Q patológica | 70(15,5%) | 9(7,4%) | 61(18,4%) | |
| Otros | 22(4,9%) | 8(6,6%) | 14(4,2%) | |
| Cambios ST inicial | | | | 0,003 |
| Elevación ST | 131(30,7%) | 21(18%) | 110(35,4%) | |
| Elevación transitoria ST | 28(6,6%) | 11(9,5%) | 17(5,5%) | |
| Depresión ST | 72(16,9%) | 30(26%) | 42(13,5%) | |
| T negativa | 71(16,6%) | 20(17,2%) | 51(16,4%) | |
| Normal | 112(26,2%) | 30(26%) | 82(26,4%) | |
| Otros | 13(3%) | 4(3,3%) | 9(3%) | |
| Procedimientos durante el ingreso | | | | |
| Cálculo FE | | | | 0,519 |
| No realizado | 35(7,7%) | 6(5%) | 29(8,8%) | |
| Normal | 278(61,4%) | 82(67,2%) | 196(59,2%) | |
| Depresión ligera (41-50) | 57(12,6%) | 13(10,7%) | 44(13,3%) | |
| Depresión moderada (31-40) | 39(8,6%) | 9(7,4%) | 30(9%) | |
| Depresión severa (<30) | 42(9,3%) | 12(9,8%) | 30(9%) | |
| Desconocido | 2(0,4%) | 0 | 2(0,6%) | |

| | | | | |
|--------------------------------------|------------|-----------|------------|-------|
| Coronariografía en el ingreso | 322(71,2%) | 73(60,3%) | 249(75,2%) | 0,002 |
| Número de vasos con lesión | | | | 0,1 |
| Sin lesión | 33(10,9%) | 15(21,1%) | 18(7,8%) | |
| 1 | 126(41,7%) | 29(40,8%) | 97(42,0%) | |
| 2 | 81(26,8%) | 13(18,3%) | 68(29,4%) | |
| 3 | 62(20,5%) | 14(19,7%) | 48(20,8%) | |
| Angioplastia | 214(49,5%) | 47(41,6%) | 167(52,4%) | 0,07 |
| Bypass | 4(1%) | 0(0%) | 4(1,3%) | 0,366 |
| Estatus al alta | | | | |
| Muerto | 18(4,0%) | 5(4,1%) | 13(3,9%) | 0,93 |

Tabla 3: Eventos en el seguimiento

| | Total (N=454) | Mujeres (N=122) | Hombres (N=332) | P valor |
|---------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------|
| Exitus | 158(34,8%) | 50(41%) | 108(32,5) | 0,094 |
| ICC | 54(11,9%) | 23(18,9%) | 31(9,3%) | 0,005 |
| IAM | 82(18,1%) | 19(15,6%) | 63(19%) | 0,404 |
| MACE | 195(43%) | 63(51,6%) | 132(39,8%) | 0,023 |

Tabla 4: Riesgo no ajustado y ajustado del combinado de mortalidad o insuficiencia cardiaca en el seguimiento (MACE).

| | HR | IC (95%) | P valor |
|--------------------------|-----------|-----------------|----------------|
| MACE no ajustado | 0.685 | (0.507 - 0.925) | 0.014 |
| Ajustado por edad | 0.941 | (0.695-1.276) | 0.697 |

Figura 1: Flujograma de pacientes

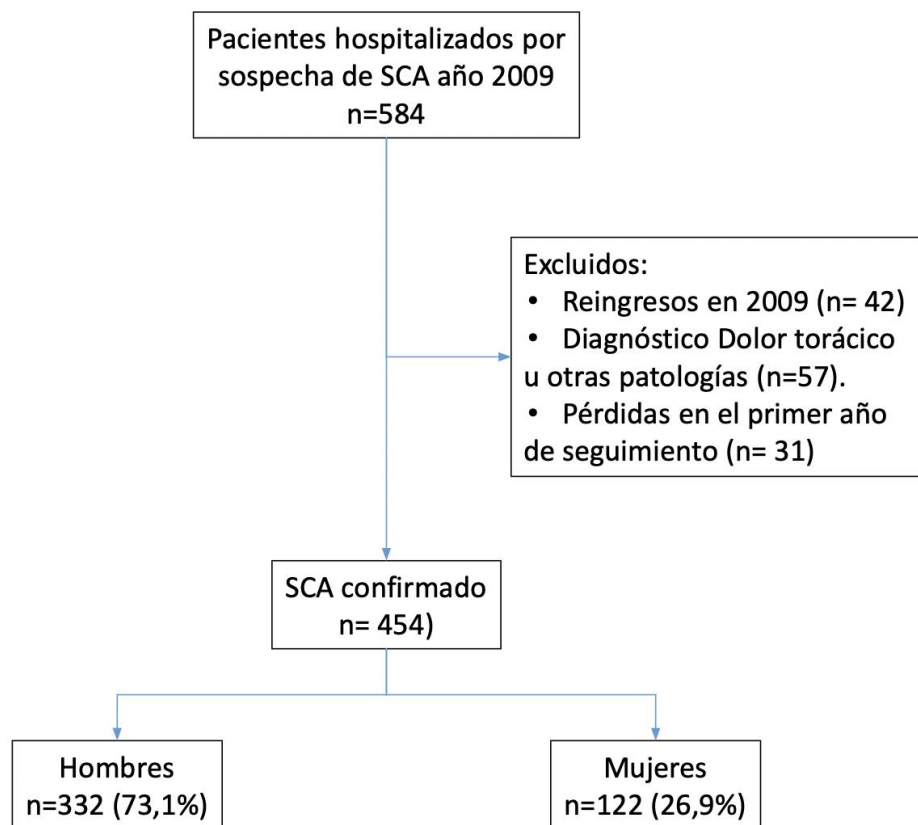


Figura 2: Curva de Kaplan-Meier del evento combinado de muerto o reingreso por insuficiencia cardíaca en el seguimiento

