








CIENCIAS CLÍNICAS Y PATOLÓGICAS
ARTÍCULO ORIGINAL

Diferencias de género en la presentación clínica y angiográfica del Síndrome Coronario Agudo

Gender differences in the clinical and angiographic presentation of Acute Coronary Syndrome

Elizabeth Sellén Sanchén^{1,2}  , Enmanuel Hernández Valdés^{3,4} , Joaquín Sellén Crombet^{3,5} ,
Rosendo Ybargollín^{6,7} 

¹Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey. Cuba.

²Hospital Universitario “Manuel Ascunce Domenech”. Departamento de Cardiología. Camagüey, Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. La Habana, Cuba.

⁴Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”, Departamento de Hemodinámica. La Habana, Cuba.

⁵Hospital Universitario “General Calixto García”, Servicio de Cardiología. La Habana, Cuba.

⁶Universidad de Ciencias Médicas Villa Clara. Villa Clara, Cuba.

⁷Hospital Provincial Universitario Cardiocentro “Ernesto Che Guevara”, Servicio de Hemodinámica. Villa Clara, Cuba.

Cómo citar este artículo

Sellén Sanchén E, Hernández Valdés E, Sellén Crombet J, Ybargollín R. Diferencias de género en la presentación clínica y angiográfica del Síndrome Coronario Agudo. Rev haban cienc méd [Internet]. 2020 [citado]; 19(2):e2918. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2918>

Recibido: 29 de julio del 2019.
Aprobado: 19 de febrero del 2020.



RESUMEN

Introducción: El Síndrome Coronario Agudo es considerado una complicación de la aterosclerosis con alta morbilidad y mortalidad en ambos sexos. Tiene un importante impacto socioeconómico evidenciado en los años de vida potencial perdidos.

Objetivo: Caracterizar por clínica y angiografía a mujeres y hombres diagnosticados con Síndrome Coronario Agudo.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de diseño transversal con 214 pacientes, del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario “Manuel Ascunce Doménech” de Camagüey, desde enero de 2015 hasta enero de 2017. La fuente primaria estuvo dada por el informe escrito de los resultados de la coronariografía realizada en el Cardiocentro “Ernesto Che Guevara” de Villa Clara y las historias clínicas hospitalarias de cada paciente; se llenó un formulario con las siguientes variables: grupos de edades, sexo, factores de riesgo, forma clínica de presentación, resultado

coronariográfico y conducta médica. Este documento se computarizó, se aplicaron pruebas de significación estadística y los resultados se ilustraron en tablas.

Resultados: Predominaron los hombres, edad mayor de 60 años, la hipertensión arterial fue el factor de riesgo coronario de mayor representatividad para ambos sexos y se afectó de manera significativa la arteria descendente anterior.

Conclusiones: A medida que avanza la edad las mujeres tienen igual o más riesgo que los hombres de sufrir enfermedad arterial coronaria, pues en ambos se incrementa la exposición a los predictores de riesgo. Las diferencias en las formas de expresión clínica, angiográfica y percepción de la enfermedad, determinan las estrategias de intervención y conducta médica.

Palabras claves: Síndrome Coronario Agudo sin elevación del segmento ST, angina, infarto agudo de miocardio, coronariografía, género.

ABSTRACT

Introduction: Acute Coronary Syndrome is a complication of atherosclerosis with high morbidity and mortality in both sexes. It has an important socioeconomic impact which is evidenced in the years of potential life lost.

Objective: To characterize women and men diagnosed with acute coronary syndrome by performing angiography in the clinical practice.

Material and Methods: A descriptive cross-sectional study was carried out with 214 patients from the Cardiology Service of Manuel Ascunce

Domenech University Hospital in Camagüey from January 2015 to January 2017. The primary source was the written report of the results of the coronary angiography performed at Ernesto Che Guevara Health Center in Villa Clara and the clinical record of each patient. A database was developed for the following variables: age groups, sex, risk factors, clinical presentation, result of coronary angiography and medical behavior. This document was computerized; tests of statistical significance were applied and the



results were illustrated in four tables.

Results: Men and age over 60 years predominated in the study; arterial hypertension was the most representative coronary risk factor in both sexes and the anterior descending artery was significantly affected.

Conclusions: With advancing age, women are at the same or greater risk of presenting coronary artery disease than men. In both genders, the

risk factors increase. The differences in the clinical and angiographic features of the disease determine the medical behavior.

Keywords: Acute Coronary Syndrome without ST elevation, acute angina, acute myocardial infarction, coronary angiography, angiography, gender.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los grandes avances de la comunidad científica, las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la principal causa de muerte a nivel mundial.⁽¹⁾ Alrededor de un tercio de estas ocurren entre los 30 y 70 años de vida, se encuentran vinculadas con el fallecimiento prematuro en hombres y mujeres en todo el mundo y muestran el mayor número de años de vida potencialmente perdidos en la población general.⁽²⁾ La etiología subyacente es la aterosclerosis y los factores de riesgo coronario tienen un papel importante en la probabilidad de padecer y morir de infarto miocárdico.

Se calcula que en 2015 murieron por causa cardiovascular 17,7 millones de personas; de estas, 7,4 millones por cardiopatía coronaria, siendo el infarto agudo de miocárdico (IAM) responsable de más de la mitad de los fallecimientos.⁽¹⁾ En los Estados Unidos una de cada tres muertes se debe a ECV. En 2017 presentaron una tasa de 222,3 fallecidos por 100 000 habitantes.⁽²⁾

En Cuba la cardiopatía isquémica constituye la primera causa de muerte, una de cada cuatro personas muere por IAM, con mayor incidencia

en la población de la tercera edad.⁽³⁾ Cada año ingresan un promedio de 12 000 pacientes con enfermedad arterial coronaria (EAC), con una letalidad entre 13 y 20 % según el nivel de atención que se trate.⁽⁴⁾

El término Síndrome Coronario Agudo (SCA) engloba tres diferentes entidades dentro de las manifestaciones de la enfermedad coronaria: el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST), la angina inestable aguda (AIA) y el infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST (IAMSEST). Todas con una fisiopatología común: la rotura o erosión de una placa aterosclerótica en 90 % de los pacientes.^(5,6)

La coronariografía o angiografía coronaria, constituye la prueba de oro que ofrece la posibilidad de visualizar y tratar la arteria enferma mediante la intervención coronaria percutánea (ICP).^(7,8)

Existen evidencias científicas de las diferencias en la forma de presentación de esta entidad según sexo, un ejemplo de ello es la sintomatología atípica en la anciana, aun con EAC extensa.⁽⁷⁾ En la mujer, la AIA es más frecuente que el IAMCEST



o la muerte súbita, de preferencia entre los hombres. Los factores que contribuyen a la peor evolución clínica de las mujeres son: mayor edad, mayor frecuencia de comorbilidades y número de complicaciones subyacentes. Ellas suelen tener EAC menos significativa pero presentan, con mayor frecuencia, insuficiencia cardíaca a pesar de tener mejor función ventricular izquierda.^(8,9) El SCA es considerado un asesino de igual magnitud tanto en hombres como en mujeres

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de diseño transversal en el servicio de Cardiología del Hospital Universitario “Manuel Ascunce Domenech” de la provincia de Camagüey, Cuba, en el período comprendido de enero de 2015 hasta enero de 2017.

El universo de trabajo estuvo constituido por 214 pacientes mayores de 18 años que fueron ingresados en el servicio de Cardiología del Hospital Universitario “Manuel Ascunce Domenech” con diagnóstico confirmado de Síndrome Coronario Agudo en el período y lugar antes referido. La angiografía coronaria se realizó en el Cardiocentro “Ernesto Che Guevara” de la provincia de Villa Clara, facilitado por la interacción de la red cardio-quirúrgica central del país y el sistema integrado de urgencias médicas. La fuente primaria de datos de la investigación fue el informe escrito de los resultados del proceder y la historia clínica hospitalaria de cada paciente. La fuente secundaria fue un formulario elaborado al efecto por los autores de la investigación.

La edad como variable cuantitativa se pesquisó

con un importante impacto social y económico para la familia.^(10,11)

Por la alta incidencia, la morbilidad y mortalidad de pacientes con enfermedad arterial coronaria en la provincia Camagüey se realiza esta investigación, con el **objetivo** de conocer las características clínicas y angiográficas de los pacientes que sufren un Síndrome Coronario Agudo según su género.

por décadas en cinco grupos.

Las variables cualitativas fueron: sexo, factores de riesgo coronario (hipertensión arterial, *Diabetes Mellitus*, tabaquismo, dislipidemia, antecedentes de cardiopatía isquémica personal o familiar y obesidad), forma de presentación del Síndrome Coronario Agudo (según el electrocardiograma se definió el Síndrome Coronario Agudo con elevación o no del segmento ST). Las lesiones angiográficas se consideraron significativas cuando la estenosis fue igual o mayor a 60 % de la luz de la arteria descendente anterior, coronaria derecha o circunfleja y de 50 % del tronco de la coronaria izquierda.⁽¹²⁾

La conducta médica inicial fue conservadora y de forma electiva los pacientes con más de 72 horas de evolución y estabilidad del cuadro inicial; se transportaron con el apoyo vital requerido hacia el centro receptor para el intervencionismo hemodinámico. Según los resultados de la coronariografía, se observaron los criterios para ICP o cirugía de injerto de derivación arterial coronaria.⁽¹²⁾ Los que no se adherían al protocolo



continuaron tratamiento conservador optimizado con doble anti agregación plaquetaria (aspirina 125 mg y clopidogrel 75 mg), estatinas (atorvastatina 20 mg) y betabloqueadores (atenolol 25 mg).

En el paquete estadístico Microstat, se realizaron estadísticas descriptivas: base de datos, distribución de frecuencias, porcentaje, test de hipótesis de proporciones y test de independencia de la Chi Cuadrado (X^2).

Los resultados se expresaron en tablas de frecuencias. Se calculó el riesgo relativo, cuando fue mayor de 1 indicó asociación positiva entre la variable evaluada y la posibilidad de tener una lesión coronariográfica significativa (cociente de

pacientes que portan el factor predictor y que presentaron lesiones angiográficas significativas y no significativas divididas entre los que no tienen el factor predictor y presentaron lesiones angiográficas significativas y no significativas).

El estudio se realizó siguiendo las recomendaciones éticas internacionales para investigaciones en humano, revisado por el Consejo Científico y Comité de Ética e Investigaciones del hospital. Se elaboró un consentimiento informado que se entregó a los pacientes, garantizándose, la confidencialidad de toda la información solicitada para este proyecto aprobado institucionalmente.

RESULTADOS

En la tabla 1, se puede observar que el grupo de edad más afectado fue el de 60 a 69 años para ambos sexos con 33,6 % de los casos, seguido del grupo 50 a 59 años con 55 pacientes que representó 25,7 % del total. Hubo un predominio

del sexo masculino sobre el femenino, con 52,8 % y 47,2 %, respectivamente. Llama la atención que después de los 70 años las féminas duplican el número de hombres en el estudio.

Tabla 1. Grupos de edades y sexo

Grupos de edades	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
30-39	5	2,34	3	1,40	8	3,74
40-49	24	11,21	25	11,68	49	22,90
50-59	32	14,95	23	10,75	55	25,70
60-69	42	19,63	30	14,02	72	33,64
70 y más	10	6,49	20	9,35	30	14,02
Total	113	52,80	101	47,20	214	100,00

El factor de riesgo coronario de mayor frecuencia en este estudio fue la hipertensión arterial (Tabla 2). Esta variable tuvo 85,9% en hombres y 77,7%

en las mujeres; asociada a los antecedentes de cardiopatía isquémica previa en 66,6% de las féminas en el estudio.



Tabla 2. Variables del estudio según sexo

Variables		Sexo			
		Masculino		Femenino	
		No.	%	No.	%
Factores de Riesgo Coronario	HTA	98	85,96	77	77,78
	Cardiopatía Isquémica	64	55,60	66*	66,60
	Dislipidemia	50	43,48	48	48,48
	Diabetes M	26	22,81	31	31,31
	Fumador	62	54,39	16	16,16
	Obesidad	10	8,77	16	16,16
Forma de presentación	SCA SEST	71	62,28	82*	82,83
	SCA CEST	54	47,37	24	24,24
Vasos afectados	Descendente Anterior	68	59,65	33	33,33
	Coronaria Derecha	58	50,88	32	32,32
	Circunfleja	43	37,72	18	18,18
	Tronco de la Izquierda	12	10,53	6	6,06
Lesiones Angiográficas	Significativas	78	68,42	22	22,22
	No significativas	37	32,46	38	38,38

* $p \leq 0.01$

En los más jóvenes, el factor de riesgo de mayor representatividad fue el hábito de fumar, que ocupó el tercer lugar en el sexo masculino.

De las formas de presentación del Síndrome Coronario Agudo, la más frecuente fue el SCASEST con predominio femenino en 82,8 % de la muestra. El SCACEST fue dos veces más frecuente en hombres que en mujeres, con un total de 54 pacientes para 47,3 %. (Tabla 2).

La arteria más afectada tanto en hombres como en mujeres fue la descendente anterior o arteria principal del corazón, con 59,6 % de casos en el

sexo masculino. (Tabla 2).

En cuanto a las lesiones angiográficas presentes (Tabla 2), existió mayor número de lesiones significativas en el sexo masculino con 78 pacientes (68,4%), para una relación de aproximadamente 3,5 x 1, en relación con el femenino. Sin embargo, no es despreciable el número de mujeres y hombres que aun con cambios eléctricos y clínica típica de Síndrome Coronario Agudo, presentan lesiones no significativas en el estudio (38,3 % y 32,4 % respectivamente).



Tabla 3. Conducta médica según sexo

Conducta Médica	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Conservadora	72	33,6	74	34,6	146	68,2
Intervencionista	35	16,4	18	8,4	53	24,8
Quirúrgica	10	4,7	5	2,3	15	7,0
Total	117	54,7	97	45,3	214	100

$$\chi^2 = 70.92 \text{ con } 2\text{gl } p < 0,01$$

El tratamiento conservador fue el que prevaleció de forma altamente significativa con 146 pacientes para 68,2 % (Tabla 3), a pesar de la incidencia de las lesiones angioplastiables en 100 pacientes. La decisión de conducta conservadora se basó en factores coronariográficos como: extensión de la enfermedad coronaria subyacente y presencia de vasos finos o de lesiones anguladas, afectando principalmente el sexo femenino.

En la enfermedad de 3 vasos y tronco, a pesar de su complejidad, se realizó ICP a dos pacientes con

enfermedad de tronco y once con enfermedad de 3 vasos.

En la Tabla 4 se demuestra que de todos los predictores relacionados con el SCA, el sexo masculino, los mayores de 50 años, los antecedentes de cardiopatía isquémica, tabaquismo, hipertensión o dislipidemia determinaron la posibilidad de presentar lesión coronaria con más de 60 % de obstrucción de la luz del vaso, para un intervalo de confianza (IC) mayor de 95 %.

Tabla 4. Variables correlacionadas con las lesiones angiográficamente significativas

Variables	Riesgo Relativo
Sexo Masculino	1,76
Edad 50 años o más	1,26
Hipertensión Arterial	1,15
Dislipidemia	1,15
Tabaquismo	1,11
Cardiopatía Isquémica crónica	1,09



DISCUSIÓN

La sumatoria de todos los pacientes mayores de 50 años en el estudio dio como resultado que casi las tres cuartas partes de los casos pertenecieron a la sexta década de la vida, edad promedio de 66 años.

Rodríguez Londres y Quirós⁽⁸⁾ en el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular de Cuba, encontraron que a medida que aumenta la edad se incrementa la frecuencia de aparición de esta enfermedad; el grupo de edad predominante en esa investigación fue de 65 años y más con 62,8 %.

Chavarriaga JC, *et al.*⁽¹⁰⁾ informa una edad promedio de 62 años en su serie.

Eindhoven DC,⁽¹³⁾ en un estudio de 59 534 infartados con edad promedio de 67 años, observó predominio el género femenino, asociándose desde el punto de vista estadístico a la peor adherencia farmacológica en la enfermedad coronaria.

En la casuística evaluada, al sexo masculino correspondió la mayor frecuencia absoluta con 52,8 %. Sin embargo, se produjo un fenómeno de alcance de las mujeres en las edades extremas de la vida, donde a los 70 años y más, hubo mayor número de féminas que hombres enfermos.

Los investigadores^(6,9) plantean que en mujeres jóvenes la incidencia de enfermedad arterial coronaria es ciertamente menor, lo cual atribuye a la exposición pre menopáusica a los estrógenos ováricos.

Tres investigaciones^(8,10,14) plantean mayor frecuencia del sexo masculino en más del 55 % de los casos.

El estudio español DIOCLES,⁽¹⁵⁾ señala que usualmente este síndrome se presenta en la quinta y sexta décadas de la vida en los hombres y 10 años después en las mujeres.

Los mecanismos hormonales protegen a la mujer hasta cerca de los 50 años. La mujer sobrepeso (índice de masa corporal mayor de 25 kg/ m²sc) y mayor de 45 años tiene más riesgo que el hombre de padecer *Diabetes Mellitus* tipo 2 y perder dicha protección.^(16,17)

La mayoría de los investigadores⁽¹⁸⁾ sitúan la hipertensión arterial como el factor de riesgo fisiopatológico más evidenciado en SCA, al igual que en esta investigación. Estilos de vida no saludable, la dieta inadecuada, la inactividad física unidos a la obesidad aumentan su prevalencia.^(19,20)

Chavarriaga JC, *et al.*,⁽¹⁰⁾ reportaron la mayor incidencia de hipertensión arterial con 65,6 %, el tabaquismo con 51,9 % y la dislipidemia con 22,7%.

El efecto adverso del tabaquismo está relacionado con la cantidad de tabaco fumado diariamente, con la duración del hábito tabáquico y es más grave cuando interacciona sinérgicamente con otros factores de riesgo coronario como edad, sexo, hipertensión arterial y diabetes.^(10,14) El tabaquismo pasivo aumenta el riesgo de sufrir un SCA, en el presente estudio se observó de forma frecuente en los varones.

Un artículo realizado en el Hospital "Joaquín Albarrán" ⁽²¹⁾ encontró que la hipertensión y las dislipidemias tuvieron un papel importante en la patogénesis del daño vascular aterosclerótico.



En cuanto a la presentación clínica, Naranjo, *et al.*⁽²²⁾ y Goebel, *et al.*⁽²³⁾ refieren resultados similares a los de esta investigación con predominio de SCASEST.

Arozarena Díaz LA, *et al.*⁽²⁴⁾ en una muestra de 1 933 enfermos de 60 años y más, reportan 117 pacientes (6,1 %) con SCACEST y 672 pacientes (34,8 %) con SCASEST.

Los autores de este artículo consideran que dadas las limitaciones para cumplir con la estrategia intervencionista precoz en la mayoría de los centros de diagnóstico cardiológicos, resulta vital para pacientes con SCACEST implementar la estrategia de reperfusión precoz mediante la trombolisis en las primeras 12 horas de comienzo de los síntomas.

En la Tabla 2 se describen los vasos lesionados, nótese como la arteria descendente anterior fue la más afectada en ambos sexos, lo cual concuerda con los resultados de otros autores.^(8,15,24)

Dos investigaciones^(8,25) encontraron al menos una lesión angiográficamente significativa en $\frac{3}{4}$ partes de sus casos y la enfermedad de dos, tres vasos y tronco de coronaria izquierda fueron más frecuentes a medida que aumentó la edad en ambos sexos.

Otros estudios^(10,18) señalan que los pacientes con SCA y coronarias normales o sin lesiones significativas son frecuentemente mujeres, de edad joven y con menor incidencia de factores de riesgo cardiovascular.

El SCA con arterias coronarias normales es una entidad cuya prevalencia es hasta 25%.^(7,9) Se relaciona en su etiopatogenia con el vasospasmo coronario, los estados de hipercoagulabilidad o la embolización. La angiografía coronaria tiene limitaciones para identificar placas complicadas, en particular cuando no hay lesiones significativas.⁽¹³⁾ Esta situación es un reto para el manejo médico.

Valdés Martín, *et al.*⁽²⁵⁾ en su estudio reportan que 36,2 % de los adultos jóvenes, principalmente mujeres, con SCASEST no recibieron tratamiento intervencionista y para ello se tuvo en cuenta que el perfil de riesgo de estos pacientes era bajo o intermedio.

El SCASEST en edades avanzadas determina mejor pronóstico en la fase aguda pero no a largo plazo; se relaciona con la menor realización de ICP, menor uso de fármacos antitrombóticos e incremento de las complicaciones isquémicas con mayor incidencia en las féminas.⁽¹³⁾

Barrabés JA, *et al.*⁽¹⁵⁾ en una investigación de 2 557 pacientes con SCA ingresados en 44 hospitales españoles, reportan intervención coronaria percutánea en 85,7 % de estos, siendo los hombres los más beneficiados.

La aplicación del enfoque de género en los niveles de atención de salud de los pacientes con enfermedad coronaria resulta fundamental para colaborar en la obtención de un resultado exitoso a nivel terapéutico y es aún una limitación de los protocolos de actuación.



CONCLUSIONES

A medida que avanza la edad las mujeres tienen igual o más riesgo que los hombres de sufrir EAC, pues en ambos se incrementa la exposición a predictores de riesgo. Las diferencias en las

formas de expresión clínica, angiográfica y percepción de la enfermedad, determinan las estrategias de intervención y conducta médica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Global Health Estimates 2015 Summary Tables: Global deaths by cause, age, and sex. [Internet]. World Health Organization. 2016 Dic [Citado 16/10/2018]. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/
2. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, Deo R, *et al.* Heart Disease and Stroke Statistics 2017 Update A Report From the American Heart Association. *Circulation* [Internet]. 2017 Mar [Citado 14/07/ 2018];135:459-70. Disponible en: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000485>
3. Armas Rojas NA, Dueñas Herrera A, De la Noval García R, Ortega Torres Y, Acosta González M, Morales Salinas A. Cardiopatía Isquémica en Cuba. Una puesta al día 2015. *Rev Cub Cardiol Cir Cardiovasc* [Internet]. 2015 [Citado 06 /04/ 2019];21(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/597>
4. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico 2015. La Habana: MINSAP; 2016.
5. Bertomeu V, Cequier A, Bernal J, Alfonso F, Anguita M, Muñiz J, *et al.* Mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio. Relevancia del tipo de hospital y la atención dispensada. Estudio RECALCAR. *Rev Esp Cardiol*. [Internet]. 2013 [Citado 4/07/2017]; 66(12):[aprox. 8p]. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/mortalidad-intrahospitalaria-por-infarto-agudo/articulo/90255801/>
6. McSweeney JC, Rosenfeld AG, Abel WM, Braun LT, Burke LE, Daugherty SL, *et al.* Preventing and experiencing ischemic heart disease as a woman: state of the science: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2016;133(13):1302-31.
7. Borges Moreno YR, Nápoles Sierra I, Batista Herrera E, Hechevarría Pouymiro S, Guevara Mirabal G, Borges Moreno YC. Enfermedad arterial coronaria en la mujer en el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. *Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc*. [Internet]. 2015 [Citado 06/04/2019];21(1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/563>
8. Rodríguez-Londres J, Quirós-Luis JJ, Castañeda-Rodríguez GI, Hernández – Velis D, Valdés-Rucabado JA, Nadal-Tur B, *et al.* Comportamiento de la letalidad hospitalaria en pacientes con infarto agudo de miocardio con el uso de terapias de reperfusión en 12 años de trabajo en la Unidad de Coronario Intensivo del Instituto de Cardiología de La Habana, Cuba. *Rev Mex Cardiol* [Internet]. 2014 [Citado 22/07/2019];25(1):7-14. Disponible en:



http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_ar_text&pid=S0188-21982014000100002&lng=es

9. Young ALN, Mehta PK, Herbst A, Ahmed B. Sex-Specific Differences in Acute Myocardial Infarction. En: Mehta JL, McSweeney JC, editors. Gender Differences in the Pathogenesis and Management of Heart Disease. Switzerland: Springer International Publishing. 2018.p.191-213.

10. Chavarriaga JC, Beltrán J, Senior JM, Fernández A, Rodríguez A, Toro JM. Características epidemiológicas, clínicas, tratamiento y pronóstico de los pacientes con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo en una unidad especializada. Acta Med Colomb [Internet]. 2014 [Citado 11/11/2019];39(1):21-28. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_art_text&pid=S0120-24482014000100007&lng=en.

11. Fernández-Bergés D, Félix-Redondo FJ, Consuegra-Sánchez L, Lozano-Mera L, Miranda DI, Durán GM, *et al*. Infarto de miocardio en mayores de 75 años: una población en aumento. Estudio CASTUO. Rev Clin Esp. 2015; 215:195-203.

12. Jneid H, Addison D, Bhatt DL, Fonarow GC, Gokak S, Grady KL, *et al*. Committee Members of 2017 AHA/ACC Clinical Performance and Quality Measures for Adults With ST-Elevation and Non ST-Elevation Myocardial Infarction: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures. J Am Coll Cardiol [Internet]. 2017 Oct [Citado 11/11/2019];70(16):2048-90. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.06.032>

13. Eindhoven DC, Hilt AD, Zwaan TC, Schalijs MJ, Borleffs CJW. Age and gender differences in medical adherence after myocardial infarction: Women do not receive optimal treatment. The Netherlands claims database. Eur J Prev Cardiol. 2018; 25(2):181-9.

14. Rodríguez Navarro AY, Naranjo Domínguez AA, Aroche Aportela R. Factores de riesgo en pacientes con Síndrome Coronario Agudo remitidos para coronariografía. Cor Salud [Internet]. 2013 [Citado 28/12/2017];5(3):280-4. Disponible en: <http://www.corsalud.sld.cu/sumario/2013/v5n3a13/frc-coro.html>

15. Barrabés JA, Bardají A, Jiménez Candil J, del Nogal Sáez F, Bodi V, Basterra N, *et al*. Pronóstico y manejo del Síndrome Coronario Agudo en España en el 2012. Estudio DIOCLES. Rev Esp Cardiol 2015; 68(2): 98-106.

16. Padilla GC, Sáenz MX. Respuesta de la mujer frente a los síntomas del Síndrome Coronario Agudo. Av Enferm. 2014;32 (1):102-13.

17. Logue J, Walker JJ, Leese G, Lindsay R, McKnight J, Morris A, *et al*. Risk Factors. Association between BMI measured within a year after diagnosis of type 2 diabetes and mortality. Diabetes Care. 2013;36:887-93.

18. Tobias DK, Jackson CL, O'Reilly EJ, Ding EL, Willett W, Manson JE, *et al*. Body-mass index and mortality among adults with incident type 2 diabetes. N Engl J Med. 2014;370(3):233-44.

19. Martínez Carrillo A, Saínz González de la Peña BA, Ramos Gutiérrez B, Pacheco Álvarez E, Zorio Suarez BY, Castañeda Rodríguez GC. Infarto agudo con elevación del ST en el servicio de urgencias del Instituto de Cardiología. Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc [Internet]. 2017 [Citado 06/04/2019];23(1):[aprox.9p]. Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/677/html76>

20. Aguiar Pérez JE, Giralt-Herrera A, González Mena M, Rojas-Velázquez JM, Machín-Legón M. Caracterización de fallecidos por Infarto de Miocardio en una Unidad de Cuidados Coronarios Intensivos. Rev haban cienc méd [Internet]. 2018



[Citado 06/06/2019];17(6):872-84. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2412>.

21. Domínguez-Cervantes JA, Delgado-Fernández RI, Hernández-Ruiz A, Jiménez-Soto AC. Infarto agudo de miocardio en mujeres ingresadas en el servicio de Cardiología del Hospital "Joaquín Albarrán". Archivo Medico Camagüey [Internet]. 2019 Jun [Citado 2019 Jun 28];23(3):319-28. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000300319&lng=es.

22. Naranjo Domínguez A, Rodríguez Navarro A, Yera RE, Aroche Aportela R, Arman Alessandrini GE. Diferencia del ritmo circadiano de los síndromes coronarios agudos según variación del segmento ST del electrocardiograma. Avances Cardiol. 2014; 34(4):286-94.

23. Goebel J, Bledsoe JL, Orford A, Mattu WJ, Brady. A new ST-segment elevation myocardial infarction

equivalent pattern? Prominent T wave and J-point depression in the precordial leads associated with ST-segment elevation in lead aVr. Am J Emerg Med. 2013;(32):6-9.

24. Arozarena Díaz LE, Pérez Calzada M, Torres Castro YA. Eficacia de la coronariografía en el adulto mayor. Cor Salud. 2014; 8(2):123-30.

25. Valdés Martín A, Rivas Estany E, Martínez Benítez P, Chipi Rodríguez Y, Reyes Novia G, Echevarría Sifontes LA. Caracterización del Síndrome Coronario Agudo en adultos menores de 45 años de una institución especializada en La Habana, Cuba, entre 2013 y 2014. MéD UIS [Internet]. 2015 [Citado 11/11/2019];28(3):281-90. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v28n3/v28n3a03.pdf>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Contribución de autoría

ESS: Idea original del estudio, gerencia y compilación de datos.

EHV: Realizó el análisis estadístico.

JSC: Revisor de la bibliografía.

RY: Dirigió y realizó los procedimientos intervencionistas.

Todos los autores participamos en la discusión de los resultados y hemos leído, revisado y aprobado el texto final del artículo.

