

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA:
EFICACIA DE LA ANGIOPLASTIA COMO TRATAMIENTO EN
PACIENTES CON ANGINA INESTABLE DE MÁS DE 12 HORAS
DE EVOLUCIÓN EN EL HTMC PERIODO 2012-2015**

**AUTORES:
LEÓN ALVARADO GABRIEL OCTAVIO
VALDIVIESO DÍAZ ANGIE CECIBEL**

**Trabajo de Titulación previo a la Obtención del Título de:
MÉDICO**

**TUTOR:
DRA. ELIZABETH BENITES ESTUPIÑAN**

**Guayaquil, Ecuador
2015**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Gabriel Octavio León Alvarado y Angie Cecibel Valdivieso Díaz**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Médico**

TUTOR (A)

OPONENTE

Dra. Elizabeth Benites Estupiñan

Dr. Roberto Briones

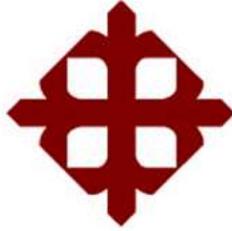
**DECANO(A)/
DIRECTOR(A) DE CARRERA**

**COORDINADOR(A) DE ÁREA
/DOCENTE DE LA CARRERA**

Dr. Gustavo Ramírez Amat

Dr. Diego Vásquez Cedeño

Guayaquil, a los 15 del mes de octubre del año 2015



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Gabriel Octavio León Córdova y Angie Cecibel Valdivieso Díaz

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación **Eficacia de la angioplastia como tratamiento en pacientes con angina inestable de más de 12 horas de evolución en el HTMC período 2012-2015** previo a la obtención del Título **de Médico**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 15 del mes de Octubre del año 2015

AUTORES

Gabriel Octavio León Alvarado

Angie Cecibel Valdivieso Díaz



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, Gabriel Octavio León Alvarado y Angie Cecibel Valdivieso Díaz

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Eficacia de la angioplastia como tratamiento en pacientes con angina inestable de más de 12 horas de evolución en el HTMC período 2012-2015**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 15 del mes de Octubre del año 2015

AUTORES

Gabriel Octavio León Alvarado

Angie Cecibel Valdivieso Díaz

AGRADECIMIENTO

En este Trabajo de Titulación agradecemos primeramente a Dios por habernos permitido llegar hasta este punto y por habernos permitido cumplir una etapa más en nuestras vidas.

A la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, a su personal académico y administrativo por su atención y amabilidad durante nuestras vidas como estudiantes universitarios.

A nuestra tutora en este trabajo de titulación, Dra. Elizabeth Benítez E. por su visión crítica, consejos y ayuda para desarrollar y terminar esta investigación.

Al hospital Teodoro Maldonado Carbo y Hospital León Becerra por permitirnos realizar nuestro internado rotativo en sus instalaciones y a su personal, por su amistad, apoyo y conocimientos otorgados que nos serán de mucha ayuda en nuestra vida profesional y en especial agradecer al Dr. Marcos Ortega, jefe del dpto. De Hemodinamia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo por su ayuda y guía durante el tiempo que este estudio fue realizado.

- **Gabriel León Alvarado y Angie Valdivieso Díaz**

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de titulación a mis padres por su apoyo siempre incondicional, confianza, consejos, a lo largo de mi vida y que me han permitido

llegar hasta este punto y a los cuales les debo todo lo que he logrado.

A todas aquellas personas que supieron brindarme su amistad incondicional y con los cuales he compartido durante todos estos años de carrera universitaria.

Por último a quienes me ayudaron a desarrollar y concluir este trabajo de titulación.

- **Gabriel León Alvarado**

Hoy al culminar una nueva etapa de mi vida, donde las metas de ayer se plasman en una hermosa realidad; y aquellos sueños que tuve siendo una adolescente y después de unos años se convirtieron en una verdad que hoy dedico con mucho amor a mis padres Nelson y Cecilia, que son mis pilares fundamentales; quiénes me han enseñado con ejemplos de tesón, lealtad y confianza a hacer de mí una mujer honesta y decidida. A mis hermanos Cristian

y Nelson, mis grandes ejemplos a seguir, a mi familia y compañeros.

En cada momento de mi existencia como profesional, pondré en práctica lo aprendido con mucha dedicación, fe y confianza en Dios quien guiará mis pasos correctamente.

- **Angie Valdivieso Díaz.**

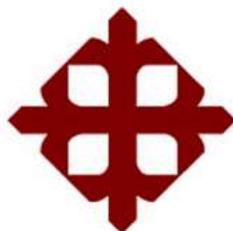
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Dra. Elizabeth Benites Estupiñan
PROFESOR GUÍA O TUTOR

Dr. Gustavo Ramírez Amat
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

Dr. Diego Vásquez Cedeño
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

Dr. Roberto Briones
OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CALIFICACIÓN

DRA. ELIZABETH BENITES ESTUPIÑAN
PROFESOR GUÍA O TUTOR

DR. GUSTAVO RAMIREZ AMAT
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

DR. DIEGO VÁSQUEZ CEDEÑO
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

DR. ROBERTO BRIONES
OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	i
DEDICATORIA	ii
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	iii
CALIFICACIÓN.....	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
ÍNDICE DE TABLAS	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEORICO	2
CAPITULO I: HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO	2
CAPITULO II: ANGINA INESTABLE	3
CAPITULO III: TRATAMIENTO DE LA ANGINA INESTABLE	4
CAPITULO IV: ANGIOPLASTIA COMO TRATAMIENTO DE LA AI.....	6
MATERIALES Y MÉTODOS.....	7
RESULTADOS.....	9
DISCUSIÓN.....	14
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	16
BIBLIOGRAFÍA.....	1
ANEXOS.....	22

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características clínicas de la población estudiada.....	22
Tabla 2. Distribución de los pacientes según la medicación consumida.....	23
Tabla 3. Evolución intrahospitalaria de los pacientes estudiados.	24
Tabla 4. Evolución de la población tras 1, 6 y 12 meses de la angioplastia.	24
Tabla 5. Variables clínicas y sociodemográficas asociadas a la presencia de complicaciones intrahospitalarias y tardías.....	25
Tabla 6. Medicamentos asociados a la presencia o no de complicaciones intrahospitalarias y tardías.	27

RESUMEN

Contexto: Los pacientes con síntomas de angina inestable (AI) que asisten al área de emergencia del HTMC; acuden con cuadro clínico de más de 12 horas de evolución y son sometidos a este tipo de tratamiento para mejorar su clínica.

Objetivo: Evaluar si el tratamiento invasivo de angioplastia es efectivo en pacientes con angina inestable (AI) de más de 12 horas de evolución.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo de corte transversal de prevalencia correlacional, comprendido por expedientes clínicos de 283 pacientes a los que se les realizó angioplastia en el HTMC en el período 2012 – 2015. Se registraron características demográficas y clínicas, el uso de medicamentos. Se analizaron los resultados durante la estancia hospitalaria y tardía al mes, a los 6 meses y al año.

Resultados: El universo de estudio constó de 283 pacientes que ingresaron al área de emergencia por síndrome coronario agudo que fueron sometidos al tratamiento invasivo de la angioplastia. La muestra seleccionada consta de 99 pacientes diagnosticados con angina inestable de más de 12 horas de evolución, de los cuales 75 (75,8%) son de género masculino; 24 (24,2%) son de género femenino. Las complicaciones estudiadas post-intervención fueron en promedio de 24,24% con porcentaje de mortalidad menor al 1%.

Conclusión: El presente estudio corrobora que la angioplastia es un procedimiento terapéutico eficaz para tratar a pacientes con angina inestable con una clínica de más de 12 horas de evolución.

Palabras Clave: Angioplastia, Angina Inestable (AI), Infarto de Miocardio (IM), Reperusión Miocárdica, Síndrome coronario agudo (SCA).

ABSTRACT

Background: Patients with symptoms of unstable angina (UA) attending the emergency area HTMC; presenting with clinical picture of more than 12 hours of evolution and are subjected to such treatment to improve your health.

Objective: To assess whether the invasive angioplasty treatment is effective in patients with unstable angina (UA) over 12 hours of evolution.

Materials and Methods: observational, descriptive cross-sectional study of prevalence correlational comprised of 283 medical records of patients who underwent angioplasty in the HTMC in the period 2012 - 2015. Demographic and clinical characteristics were recorded using drugs. The results were analyzed during the hospital stay and delayed a month, 6 months and a year.

Results: The study group consisted of 283 patients admitted to the emergency area for acute coronary syndrome who underwent the treatment of invasive angioplasty. The sample consists of 99 patients diagnosed with unstable angina over 12 hours of evolution, of which 75 (75.8%) are masculine; 24 (24.2%) are female. The post- intervention complications studied were on average 24.24% with lower mortality rate of 1%.

Conclusion: This study confirms that a successful angioplasty to treat patients with unstable angina with a clinic more than 12 hours of evolution therapeutic procedure.

Key word: Angioplasty, Unstable Angina (UA), Myocardial Infarction (MI), Myocardial Reperfusion, Acute Coronary Syndrome (ACS).

INTRODUCCIÓN

Según datos reportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), durante 2008, la enfermedad coronaria fue la principal causa de muerte no comunicable en el mundo, siendo un problema de salud pública en países desarrollados y que se incrementan significativamente en países en desarrollo^{3,24} .

Estudios han considerado que las estenosis en arterias pueden causar eventos cardíacos adversos graves que podrían evitarse con 2 tipos de tratamiento, uno invasivo y otro conservador.⁵ El Estudio RITA-3 demostró que la terapia invasiva redujo en un 50% la incidencia de angina inestable sin efectos sobre la mortalidad²⁸.

La sugerencia general es realizar un tratamiento invasivo precoz para disminuir el área de extensión del infarto y por tanto la mortalidad de los pacientes puesto que con un tratamiento precoz mejoran los índices de revascularización³⁰. Sin embargo existen estudios que demuestran que la mortalidad de los pacientes no difiere significativamente ante una estrategia de intervención inmediata en comparación con una terapia intervención diferida²⁹.

CAPITULO I: HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

El Hospital Teodoro Maldonado Carbo, fue inaugurado un 7 de octubre de 1970 durante le presidencia del Dr. José María Velasco Ibarra, quien estuvo presente junto al Arzobispo Bernardino Echeverría, el cual recordó el deber del médico frente al paciente y evocó el alivio del dolor como símbolo de su misión.

El Desarrollo del Hospital se ha enfocado a lo lardo de los años en la búsqueda de la vanguardia de la medicina ecuatoriana, incorporando nuevas tecnología y especialidades para ponerlas al servicio de sus afiliados. Una de estas es el laboratorio de Hemodinamia, liderada por los cardiólogos intervencionistas Marcos Ortega, Paulino Quiñónez, Raúl Intriago y Marcelo Medrano.

El área de Hemodinamia actualmente posee la capacidad de resolver cateterismos cardíacos, tanto derecho como izquierdo en pacientes con cardiopatías adquiridas y congénitas: tipo Valvuloplastía Mitral Percutánea en pacientes con Estenosis Mitral Pura, y Valvuloplastías Aórticas e Implante Percutáneo de Prótesis Valvular Aórticas; procedimientos de Intervención Coronaria Percutánea (tanto por vía de acceso femoral como por vía radial), en pacientes con cardiopatías Isquémicas estables, eventos coronarios agudos (Angioplastia Primaria) y patologías valvulares.

CAPITULO II: ANGINA INESTABLE

DEFINICIÓN:

La angina inestable es un síndrome clínico que consta dentro del síndrome coronario agudo (SCA), que se caracteriza por dolor torácica opresivo, o de tipo ardor, con o sin irradiación que se presenta durante el reposo.^{26, 24}

ETIOLOGÍA:

Los SCA se producen por un desbalance entre el aporte y consumo de oxígeno a la fibra miocárdica, siendo la causa más común la formación del trombo sobre una placa aterosclerótica preexistente que presentó una erosión y que va asociada a una vasoconstricción^{3,25}.

Cuando ocurre una lesión endotelial sobre la placa, se expone el tejido conectivo subendotelial permitiendo la adhesión plaquetaria y formando un trombo en la luz del vaso, esto inicia una cadena compleja de eventos que forman una telaraña hemostática que propaga el trombo en la luz ocluyendo el vaso afectado de manera parcial (AI) o total (IAM), que a su vez produce la sintomatología anteriormente descrita^{1,17}.

DIAGNÓSTICO:

Clínicamente se diagnostica por la presencia de dolor torácico retroesternal urente u opresivo con o sin irradiación y que puede acompañarse de palpitaciones, disnea, síntomas vagales o disautonómicos, dolor referido a la mandíbula, espalda o epigastrio, que inician durante el reposo y la ausencia de marcadores de injuria miocárdica en sangre²⁵.

CAPITULO III: TRATAMIENTO DE LA ANGINA INESTABLE

El tratamiento de la AI se centra en el manejo inmediato de la isquemia miocárdica y la prevención de desenlaces adversos; se puede elegir entre dos estrategias: la estrategia invasiva (cateterismo directo) y la conservadora (estabilización inicial con tratamiento médico y en caso de nuevas recurrencias de angina o pruebas de detección de isquemia positivas, realización de cateterismo)¹.

III.I TRATAMIENTO CONSERVADOR:

Este tratamiento usa 3 tipos de agentes: antiisquémicos: que buscan reducir la falta de oxígeno en el músculo cardiaco (oxígeno, nitratos, morfina, betabloqueantes, calcioantagonistas, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina)^{4,10}; antiplaquetarios: buscan disminuir la formación y propagación del trombo bloqueando la activación y agregación plaquetaria (aspirina, inhibidores de la glicoproteína IIb/IIIa, antagonistas del receptor de ADP)⁷; y antitrombóticos: que previenen la propagación del trombo (heparina no fraccionada, heparina de bajo peso molecular)^{6,8}.

El infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST y la angina de pecho inestable, continúa generando controversia respecto a si se debe diagnosticar y tratar de manera invasiva^{1,12}.

TRATAMIENTO INVASIVO:

Los tratamientos invasivos incluyen revascularización con procedimientos coronarios percutáneos (PCI) o cirugía de bypass coronario.

Hoy en día, el Síndrome Coronario Agudo sin elevación del segmento S-T (SCASEST) tiene como tratamiento de elección la angiografía coronaria, y si es factible la revascularización mediante intervención coronaria percutánea.¹⁷ Existe cierta incertidumbre respecto al género, debido a las estadísticas insuficientes; sin embargo tanto mujeres como varones deben ser tratados por igual.²⁴

Este tratamiento tiene una tasa de éxito superior al 90%, mejorando la supervivencia y la función ventricular izquierda siendo la terapia de elección durante las 12 primeras horas de haber iniciado los síntomas.¹¹ Es importante mejorar el pronóstico post-intervención, respecto a cambios en el estilo de vida y tratamiento farmacológico, individualizando los factores de riesgo.^{14, 17}

CAPITULO IV: ANGIOPLASTIA COMO TRATAMIENTO DE LA ANGINA INESTABLE

La angioplastia es un procedimiento mínimamente invasivo, seguro y eficaz como tratamiento de la cardiopatía isquémica, enfermedad de alta prevalencia, que hoy en día genera gran impacto en la morbimortalidad de la población. El procedimiento consiste en el uso de técnicas de imágenes con el objetivo de guiar un catéter que contiene un balón en la parte distal en el vaso coronario con estenosis y evitar la isquemia miocárdica.^{27, 9}

Este procedimiento, en pacientes que padecen angina de esfuerzo, mejora los síntomas (dolor, disnea).¹ En pacientes que padecen Síndrome coronario agudo (SCA), reduce el riesgo de daño cardíaco y al mismo tiempo previene la oclusión del vaso coronario evitando un infarto.²⁹

Actualmente, existen diversas vías arteriales alternativas como: vía braquial, transradial y ulnar; sin embargo el acceso arterial femoral es la vía de elección más común, puesto que propicia mayor rapidez y fácil localización por ser un vaso de mayor calibre.^{3, 5}

Como todo procedimiento, cursa con complicaciones, que en la mayoría de los casos está asociado a factores relaciones tanto con las condiciones clínicas del paciente como las relacionadas con el procedimiento y materiales utilizados.²⁷ En orden de frecuencia, las complicaciones vasculares, que están asociadas con la calcificación de la arteria puncionada son obesidad, sexo, edad, Hipertensión Arterial (HTA) y el uso de anticoagulantes, dando como resultados hemorragias, hematomas, fístulas, pseudoaneurismas e isquemia en el sitio de la punción.⁹

MATERIALES Y MÉTODOS

De Enero del 2012 a Agosto del 2015 se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal de prevalencia correlacional. Éste estudio fue realizado por medio de la revisión de expedientes clínicos de acuerdo a los registros del Departamento de Hemodinamia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Los datos fueron recolectados de una tabla donde se establecían las variables tomadas en cuenta para este estudio: sexo, factores de riesgo, cuadro clínico, uso de medicación y presencia de complicaciones al mes, a los seis meses y al año de haber sido realizado el procedimiento.

Con un universo de 283 pacientes, fueron incluidos 99 pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión y fueron excluidos 184 pacientes; 40 (IAMSEST), 120 (Angina estable), 24 (IAMCSST).

Criterios de inclusión: diagnóstico clínico de angina inestable de más de 12 horas de evolución.

Las variables que se tomaron en cuenta para este estudio fueron las siguientes: género, es el estado genotípico condicionado genéticamente y determina el género al que pertenece el individuo, el cual puede ser masculino o femenino. El factor de riesgo, se define como la exposición de un individuo que aumente la probabilidad de padecer alguna enfermedad. El cuadro clínico, definimos como el conjunto de signos y síntomas que presenta un individuo y constituyen un síndrome. La complicación, es una enfermedad o lesión que aparece durante el tratamiento de una enfermedad previa, que altera el pronóstico.

El análisis estadístico se realizó con los programas informáticos Microsoft Word Excel 2007 y SPSS; se compararon los resultados clínicos y complicaciones de los pacientes sometidos a este procedimiento. Se realizó una estadística básica, donde se analizan variables cuantitativas como edad mediante promedio y desviación standard. En el caso de variables cualitativas como género, factores de riesgo, cuadro clínico, el uso de medicación y la presencia de complicaciones al mes, a los 6 meses y al año; se obtuvieron frecuencias relativas y sus respectivos porcentajes.

Se utilizó la prueba Chi cuadrado mediante Test de Fisher; para determinar la relación entre la variable dependiente (pacientes sintomáticos) con las variables intervinientes (edad, género, factores de riesgo, cuadro clínico y uso de medicación) para corroborar la relación entre las mismas, al establecer la significancia estadística si llegase a existir.

RESULTADOS

Analizando las características sociodemográficas y clínicas, con un total de 99 pacientes, la edad de la población estaba comprendida entre 30 a 84 años con un promedio de 60.7 años desviación estándar ($DE\pm$) 10,4; donde se encontró que los pacientes de género femenino fueron de 24 (24,2%); en comparación con el género masculino 75 (75.8%).

Se analizaron antecedentes patológicos donde se obtuvo que 79 (79.8%) presentaron HTA; 32 (32,3%) presentaron DM 2; 54 (54,5%) presentaron dislipidemia, 8 (8,1%) presentaron IRC; 3 (3,0%) presentaron ECV; 78 (78,8%) presentaron IAM previo y 16 (16,2%) presentaron tabaquismo. **(Ver Tabla 1).**

Dentro del estudio, se analizó el uso de medicación de los 99 pacientes, reportando que; 43 (43,9%) utilizaron IECA; 42 (42,9%) utilizaron BRA; 73 (74,5%) utilizaron Beta Bloqueantes; 91 (92,9%) utilizaron ASA; 76 (77,6%) utilizaron Tienopiridinas y 23 (23,2%) utilizaron Ticagrelor. **(Ver Tabla 2).**

Todos los pacientes que presentaron angina inestable de más de 12 horas de evolución luego de ser intervenidos por Angioplastia, estuvieron en observación intrahospitalaria para descartar alguna complicación del procedimiento; dando como resultados que de los 99 pacientes en estudio; 90 (90,9%) fueron asintomáticos; 5 (5,1%) presentaron hematoma; 2 (2,0%) óbito; 1 (1,0%) presentó sangrado; 1 (1,0%) presentó choque cardíaco; mientras que 0 (0%) no presentó IAM. **(Ver Tabla 3).**

Una vez los pacientes dados de alta, se estudió su evolución post –intervención al 1 mes, a los 6 meses y al año. Para determinar la eficacia de la angioplastia

se analizaron las complicaciones en orden de frecuencia y tiempo; dando como resultados:

Al mes de la intervención se pudo observar que; 91 (91,9%) fueron asintomáticos; en comparación con los sintomáticos 8 (8,1%); siendo la disnea o angor la única complicación en este grupo. **(Ver Tabla 4)**. A los 6 meses de la intervención se pudo observar que; 89 (89,9%) fueron asintomáticos; en comparación con los sintomáticos 10 (10,1%); siendo la disnea o angor la complicación más frecuente 6 (6,1%); seguida de óbito 2 (2,1%); SCA 1 (1,0%) y NRV 1 (1,0%). **(Ver Tabla 4)**. Al año de la intervención se pudo observar que; 73 (90,1%) fueron asintomáticos; en comparación con los sintomáticos 8 (9,9%), siendo la disnea o angor la única complicación. **(Ver Tabla 4)**.

Dentro de las variables cualitativas que se analizaron, se asoció la presencia de complicaciones de éstas de forma intrahospitalaria y extrahospitalaria.

Las complicaciones durante la estancia hospitalaria asociadas a las características sociodemográficas y clínicas; reportaron que; dentro del grupo de edad los <60 años 41, fueron asintomáticos, y 1 sintomático en comparación con los ≥60 años, 49 fueron asintomáticos y 8 sintomáticos dando una $p = 0,046$; con respecto al género, el género femenino presentó más complicaciones 6, siendo 18 asintomáticas; en comparación con el género masculino 3 que presentaron complicaciones mientras que 18 fueron asintomáticos, dando una $p = 0,002$.

Dentro de los antecedentes patológicos, se reportó que; de todos los pacientes con HTA 20 fueron asintomáticos en comparación con los que no presentaban HTA 70 fueron asintomáticos, y 9 sintomáticos dando una $p = 0,113$; los pacientes con DM2 28 fueron asintomáticos y 4 sintomáticos en comparación con los que no tenían DM2 62 fueron asintomáticos y 5 sintomáticos dando una $p = 0,415$; los pacientes con dislipidemia 49 fueron asintomáticos y 5

sintomáticos, en comparación con los que no presentaban 41 fueron asintomáticos y 4 sintomáticos dando una $p = 0,949$; pacientes con IRC 7 fueron asintomáticos y 1 sintomático en comparación con los que no tenían 83 asintomáticos y 8 sintomáticos dando una $p = 0,726$; pacientes con IAM previo 72 fueron asintomáticos y 6 sintomáticos en comparación con lo que no presentaron 18 fueron asintomáticos y 3 sintomáticos dando una $p = 0,351$ y pacientes con antecedentes de tabaquismo 15 fueron asintomáticos y 1 sintomático en comparación con los que no presentaban 75 fueron asintomáticos y 8 fueron sintomáticos dando una $p = 0,666$. **(Ver Tabla 5)**.

En las complicaciones a corto plazo se reportó que; con relación a la edad, los < 60 años: 32 fueron asintomáticos y 10 sintomáticos, en comparación con los ≥ 60 43 fueron asintomáticos y 14 sintomáticos dando una $p = 0,931$; el género masculino: 56 fueron asintomáticos y 19 sintomáticos en comparación con el género femenino: 19 fueron asintomáticas y 5 sintomáticas dando una $p = 0,654$; pacientes con HTA: 62 fueron asintomáticos y 17 sintomáticos en comparación con los que no presentaban 13 fueron asintomáticos y 7 sintomáticos dando una $p = 0,209$; los pacientes con DM2: 25 fueron asintomáticos y 7 sintomáticos en comparación con los que no presentaban 50 fueron asintomáticos y 17 fueron sintomáticos dando una $p = 0,704$; pacientes con dislipidemia 42 fueron asintomáticos y 12 sintomáticos en comparación con lo que no tenían 33 fueron asintomáticos y 12 sintomáticos dando una $p = 0,607$; pacientes con IRC: 6 fueron asintomáticos y 2 sintomáticos en comparación con los que no tenían 69 fueron asintomáticos y 22 sintomáticos dando una $p = 0,958$; pacientes con ECV 1 fue asintomáticos y 2 sintomáticos en comparación con los que no presentaron 74 fueron asintomáticos y 22 sintomáticos dando una $p = 0,082$; pacientes con IAM previo: 59 fueron asintomáticos y 19 sintomáticos en comparación con los que no presentaron 16 fueron asintomáticos y 5 sintomáticos dando una $p = 0,958$ y pacientes con antecedentes de tabaquismo 12 fueron asintomáticos y 4 sintomáticos en

comparación con los que no presentaron 63 fueron asintomáticos y 20 sintomáticos dando una $p = 0,938$. **(Ver Tabla 5)**.

Dependiendo del uso de medicación se estudiaron las complicaciones de las mismas durante la estancia hospitalaria y tardía; dando como resultados que: Durante la estancia hospitalaria de los 99 pacientes los que utilizaron IECA, 41 resultaron asintomáticos y 2 sintomáticos en comparación con los que no utilizaron 49 resultaron asintomáticos y 6 sintomáticos dando una $p = 0,262$; los que utilizaron BRA, 38 resultaron asintomáticos y 4 sintomáticos en comparación con los que no utilizaron 52 resultaron asintomáticos y 4 sintomáticos dando una $p = 0,670$; los que utilizaron BB 67 resultaron asintomáticos y 6 sintomáticos en comparación con los que no utilizaron 23 resultaron asintomáticos y 2 sintomáticos dando una $p = 0,972$; los que utilizaron ASA 85 resultaron asintomáticos y 6 sintomáticos en comparación con los que no utilizaron 5 resultaron asintomáticos y 2 sintomáticos dando una $p = 0,041$; los que utilizaron Tienopiridinas 70 resultaron asintomáticos y 6 sintomáticos en comparación con los que no utilizaron 20 resultaron asintomáticos y 2 sintomáticos dando una $p = 0,857$ y con Ticagrelor 20 resultaron asintomáticos y 3 sintomáticos en comparación con los que no utilizaron 70 asintomáticos y 6 sintomáticos dando una $p = 0.452$. **(Ver Tabla 6)**.

Las complicaciones a corto plazo reportaron que los pacientes que utilizaron IECA 35 resultaron asintomáticos y 8 sintomáticos en comparación con los que no utilizaron 9 resultaron asintomáticos y 16 sintomáticos dando una $p = 0,231$; los que utilizaron BRA 29 resultaron asintomáticos y 13 sintomáticos en comparación con los que no utilizaron 45 resultaron asintomáticos y 11 sintomáticos dando una $p = 0,198$; los que utilizaron BB 55 resultaron asintomáticos y 18 sintomáticos en comparación con los que no utilizaron 19

resultaron asintomáticos y 6 sintomáticos dando una $p = 0,947$; los que utilizaron ASA 68 resultaron asintomáticos y 23 sintomáticos en comparación con los que no utilizaron 6 resultaron asintomáticos y 1 sintomático dando una $p = 0,515$; los que utilizaron Tienopiridinas 58 resultaron asintomáticos y 18 sintomáticos en comparación con los que no utilizaron 16 resultaron asintomáticos y 6 sintomáticos dando una $p = 0,730$ y los que utilizaron Ticagrelor, 17 resultaron asintomáticos y 6 sintomáticos con los que no utilizaron 58 resultaron asintomáticos y 18 sintomáticos dando una $p = 0,814$.
(Ver Tabla 6).

DISCUSIÓN

Desde el punto de vista demográfico los resultados de este estudio, el cual se inició con 99 pacientes; dando un promedio de edad de 60,7, guarda relación con otros ensayos realizados anteriormente como MASCARA, CONAREC que revelan promedios de edad de 60 a 69 +/- 11 años, siendo el género masculino dominante 75,8%^{9,12}.

Se corroboró que el Síndrome Coronario Agudo sin elevación del Segmento ST (SCSSEST); como se ha evidenciado en la literatura es más frecuente en pacientes de género masculino al ser la mayor parte de la población con un 75,8%.¹² De la misma forma, se observó que en cuanto a factores de riesgo los más predominantes fueron HTA con 79,8%, IAM previo: 78,8% y dislipidemia 54,5%, datos similares coinciden con la investigación de Nilson López et cols, en su estudio Características clínicas y pronóstico de pacientes con Síndrome Coronario Agudo sin elevación del segmento ST y arterias sanas, al reportar; HTA 54,8% y dislipidemia con 59,3%.¹⁷

La presencia de complicaciones intrahospitalarias se presentó en % de los pacientes. De acuerdo a la evolución de estos pacientes un 8,1% presentó complicaciones al mes, un 10,1% a los 6 meses, y un 9,9 % al año de haber realizado el procedimiento, siendo la disnea o angor la complicación más frecuente en los 3 tiempos de seguimiento. La mortalidad de pacientes con angina inestable de más de 12 horas de evolución sometidas a angioplastia fue nula.

Respecto al objetivo general del estudio, que consistía en evaluar la eficacia de la angioplastia como tratamiento en pacientes con angor de más de 12 horas de evolución; resultó que los pacientes asintomáticos predominaron el primer,

sexto y décimo segundo mes posterior a la intervención con un promedio de 75,76%; en comparación con el 24,24% de pacientes sintomáticos, cuya complicación más frecuente fue el angor o disnea con un 24.1%.

Para establecer una referencia que nos permita verificar la eficacia de la angioplastia como tratamiento en pacientes con angina inestable de más de 12 horas de evolución, se procedió a calcular los porcentajes de las principales complicaciones, las mismas estudiadas en otros análisis, que reportan el 41.7% de complicaciones como sangrado, hematomas, siendo asintomáticos el 58.3%, resultados que coinciden con el presente estudio con un promedio de 90.0% de pacientes asintomáticos en comparación con los pacientes sintomáticos con el 8.3%.^{14, 29}

Dentro de las limitaciones que se presentaron en este estudio, se puede mencionar que debido a que la recolección de datos fue realizada de forma retrospectiva mediante una base de datos, puede existir determinado sesgo de información. De igual manera mencionar que los efectos de los fármacos no pueden ser medidos de forma concluyente debido a que el 100% de los pacientes consumen más de un solo fármaco; sin dejar de mencionar el incumplimiento que tuviese con el mismo, es un factor de riesgo para futuras complicaciones.

No existe significado estadístico, los resultados comparativos son > 0.05 entre las variables clínicas y sociodemográficas asociadas a la presencia de complicaciones intrahospitalarias y tardías. $P= 0.05$

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Una vez obtenidos los resultados en este estudio, se puede concluir que la terapia invasiva con Angioplastia en la sintomatología de más de 12 horas de evolución, tiene muy buenos resultados, al ser eficaz , manteniendo a la mayor cantidad de pacientes asintomáticos sin la necesidad de nuevas intervenciones.

En los pacientes que presentaron angina inestable, los factores de riesgo más frecuentes fueron hipertensión, infarto de miocardio anterior y dislipidemia evidenciando los puntos sobre los que habría que hacer mayor énfasis para prevenir el SCA en los pacientes o diagnosticarlo en fases más tempranas para evitar la progresión de la misma y a su vez las complicaciones que pudiesen presentar.

A pesar de haber realizado la angioplastia 12 horas después de haber iniciado la sintomatología, este procedimiento presentó una tasa de mortalidad del 0% Sin embargo sí se presentaron complicaciones tanto hospitalarias como durante el tiempo de seguimiento, siendo la principal la disnea o angor.

Se recomienda usar la angioplastia como tratamiento para la angina inestable aun después de las 12 horas de evolución clínica. Deben de analizarse los efectos de cada uno de los fármacos utilizados por los pacientes para conocer de manera más fidedigna sus efectos sobre las complicaciones.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Eva Swahn, Joakim Alfredsson. Tratamiento invasivo del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST ¿Cateterismo cardíaco/revascularización en todos los casos?. Rev Esp Cardiol. 2014;67:218-21. - Vol. 67 Núm.03 DOI: 10.1016/j.recesp.2013.11.003.
2. Hoenig MR, Aroney CN, Scott IA. Early invasive versus conservative strategies for unstable angina and non-ST elevation myocardial infarction in the stent era. 2010 Mar 17;(3):CD004815. doi: 10.1002/14651858.CD004815.pub3.
3. Giselle Serrano Ricardo, Jesús M. Pérez del Todo, Ernesto del Pino Sánchez .Evolución clínica de pacientes con IAM tratados con angioplastia primaria.CorSalud 2012 Jul-Sep;4(3):157-165
4. Vale N, Nordmann AJ, Schwartz GG, de Lemos J, Colivichi F, den Hartog F, Ostadal P, Macin SM, Liem AH, Mills EJ, Bhatnagar N, Bucher HC, Briel M. Estatinas para síndrome coronario agudo. Statins for acute coronary syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 9. Art. O.: CD006870. DOI: 10.1002/14651858.CD006870.pub3.
5. David S. Wald, M.D., Joan K. Morris, Ph.D., Nicholas J. Wald, F.R.S., Alexander J. Chase, M.B., B.S., Ph.D., Richard J. Edwards, M.D., Liam O. Hughes, M.D., Colin Berry, M.B., Ch.b., Ph.D., and Keith G. Oldroyd, M.D., for the PRAMI Investigators*. Estudio randomizado de angioplastia preventiva en el Infarto de Miocardio. N Engl J Med 2013; 369:1115-23. DOI: 10.1056/NEJMoa1305520
6. Andadre-CSATELLANOS ca, Colunga-Lozano LE, Delgado-Figueroa N, Magee K. Heparina VS placebo en Síndrome Coronario Agudo sin elevación del segmento ST. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 6. Art No.: CD 003462. DOI: 10.1002/14651858.CD003462.pub3.
7. Bosch C, Marrugat J, Sanchis J. Bloqueadores de glucoproteína plaquetaria IIB/IIIA para la revascularización coronaria percutánea, la angina inestable y el IAMSESST. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 11. Art. No.: CD002130. DOI: 10.1002/14651858.CD002130.pub4.

8. Furio Colivicchi, Marco Tubaro, David Mocini, Alberto Genovesi Ebert, Stefano Strano, Giovanni Melina, Massimo Uguccioni and Massimo Santini. Dosis altas de atorvastatina versus terapia medica convencional después de un IAMSEST en pacientes con enfermedad de arteria coronaria no revascularizable. June 2010, VOL.26, No. 6, Pages 1277-1284 (doi:10.1185/03007100375146).

9. Esteban Coto Valdeperas, Luis Gutiérrez Jaike. Resultados clínicos y complicaciones de la angioplastia coronaria con stent en el Hospital México (Costa Rica) en el período 2005-2007. Rev. Costarr. Cardiol. 2009 Julio-Diciembre, Volumen 11, No. 2

10. Division of cardiology, Yonsei Cardiovascular Center, Severance Hospital, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea. Division of cardiology, kangnam Sacred Heart Hospital, Seoul, Korea. Division of cardiology, National Health Insurance Corporation Ilsan Hospital, Koyang, Korea. División de cardiología, departamento de Internal Medicine, Myongjy Hospital, Kwanong University College of Medicina, Goyang, Korea. Eficacia de altas dosis de atorvastatina antes de la intervención coronaria percutánea primaria en infarto agudo de miocardio CEST. Doi: 10.1016/j.jcin.2009.11.021.

11. Ignacio Batista, Santiago Alonso, Jorge Mayol. Angioplastia primaria en el infarto agudo de miocardio. Artículo de Revision. Rev Urug Car diol 2013; 28: 437-451

12. José A. Barrabe s,a, Alfredo Bardaji, Javier Jimenez-Candil, Frutos del Nogal Sáez, Vicente Bodí, Nuria Basterra, Elvira Marco, Rafael Melgares, José Cuñat de la Hoz and Antonio Fernandez-Ortiz on behalf of the investigators of the DIOCLES study. Prognosis and Management of Acute Coronary Syndrome in Spain in 2012: The DIOCLES Study. Rev Esp Cardiol. 2015;68(2):98–106

13. Patricia Palau, Julio Núñez, Juan Sanchis, Vicent Bodí, Eva Rumiz, Eduardo Núñez, Gema Miñana, Pilar Merlos, Cristina Gómez, Lorenzo Fácila, Francisco J. Chorro, Àngel Llàcer. Effect of Invasive Treatment on Prognosis in Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndrome With or Without Systolic Dysfunction (SD). Rev Esp Cardiol. 2010;63:915-24 - Vol. 63 Num.08 DOI: 10.1016/S1885-5857(10)70185-7

14. Juan M. Ruiz-Nodar, Ángel Cequier, Teresa Lozano, Felipe Fernández Vázquez, Inés Möller, Sergio Abán, Joan Torres Marqués, Francisco González Llopis, Pere Álvarez, Armando Bethencourt, Jesús Zarauza, Bernardo García de la Villa, Virginia Burgos, Jose L. Ferreiro, José M. García, Agueda García Rodríguez, César Morís de la Tassa, en representación de los investigadores del registro GYSCA. Impacto del tipo de hospital en el tratamiento y evolución de los pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del ST. *Revista Española de Cardiología* Volume 63, Issue 4, April 2010, Pages 390–399
15. Eva Swahn, Joakim Alfredsson. Invasive Treatment of Non–ST-segment Elevation Acute Coronary Syndrome: Cardiac Catheterization/Revascularization for All?. *Rev Esp Cardiol.* 2014;67:218-21 - Vol. 67 Num.03 DOI: 10.1016/j.rec.2013.11.004.
16. Antonio de Miguel Castro, Carlos Cuellas Ramón, Alejandro Diego Nieto, Beatriz Samaniego Lampón, David Alonso Rodríguez, Felipe Fernández Vázquez, Norberto Alonso Orcajo, Raúl Carbonell de Blas, Cristina Pascual Vicente, Armando Pérez de Prado. La reactividad plaquetaria post-tratamiento predice los eventos adversos a largo plazo mejor que la respuesta al clopidogrel en pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del ST. *Revista Española de Cardiología* Volume 62, Issue 2, February 2009, Pages 126–135
17. Nilson López, MD, Carlos Tenorio, MD, Gloria Franco, MD. Características clínicas y pronóstico a un año de pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST y arterias coronarias sanas. *Revista Colombiana de Cardiología.* Volume 18, Issue 6, November–December 2011, Pages 316–323
18. Pedro Amariles^a, Héctor Holguín^a, Nancy Yaneth Angulo^b, Piedad Maria Betancourth^c, Mauricio Ceballos^a. Efecto de la interacción clopidogrel-omeprazol en el reingreso hospitalario de pacientes por recidiva de síndrome coronario agudo: estudio de casos y controles.
Atención Primaria. Volume 46, Issue 8, October 2014, Pages 426–432
19. Anna Baeza Román, Jaime Latour Pérez, Eva de Miguel Balsa, Karel Pino Izquierdo, Francisco Javier Coves Orts, Luis García Ochando, Maria José de la Torre Fernández. Uso de estrategia invasiva precoz en pacientes

20. diabéticos con síndrome coronario agudo sin elevación del ST. *Medicina Clínica*. Volume 142, Issue 10, 20 May 2014, Pages 427–431
21. J. Latour-Pérez, M.P. Fuset-Cabanes, M. Ruano Marco, F. del Nogal Sáez, F.J. Felices Abad, J. Cuñat de la Hoz, Grupo ARIAM. Uso de la estrategia invasiva precoz (EIP) en el síndrome coronario agudo sin elevación de ST. La paradoja continúa. *Medicina Intensiva*. Volume 36, Issue 2, March 2012, Pages 95–102
22. Oriol Rodríguez-Leor, Eduard, Fernández-Nofrerías, Fina Mauri, Neus Salvatella, Xavier Carrillo, Antoni Curós, Jordi Serra, Vicente Valle, Antoni Bayes-Genis. Análisis de los tiempos de atención en pacientes con infarto agudo de miocardio tratados con angioplastia primaria según su procedencia y según el horario de realización del procedimiento. *Revista Española de Cardiología*. Volume 64, Issue 6, June 2011, Pages 476–483.
23. E. de Miguel-Balsa, A. Baeza-Román, K. Pino-Izquierdo, J. Latour-Pérez, F.J. Coves-Orts, J.M. Alcoverro-Pedrola, M.C. Pavía-Pesquera, F. Felices-Abad, R. Calvo-Embuena, Grupo ARIAM-SEMICYUC. Predictores del uso de la estrategia invasiva precoz en mujeres con síndrome coronario agudo sin elevación de ST. *Medicina Intensiva*. Volume 38, Issue 8, November 2014, Pages 483–491
24. Miguel A. Ramírez-Marrero, José M. García-Pinilla, Angel Montiel-Trujillo, Eloy Rueda-Calle, Juan H. Alonso-Briales, José María Hernández-García, Manuel de Mora-Martín, Eduardo de Teresa-Galván. Influencia del género sobre el pronóstico del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST y los resultados de la terapia intervencionista precoz. *CardiCore*. Volume 49, Issue 4, October–December 2014, Pages 148–156
25. John Jaime Sprockel, Juan José Diaztagle, Viviana Carolina Filizzola, Laura Patricia Uribe, Camilo Andrés Alfonso • Bogotá, D.C. (Colombia). Descripción clínica y tratamiento de los pacientes con síndrome coronario agudo. *Acta Médica Colombiana* Vol. 39 N°2 ~ Abril-Junio 2014
26. Dra. Vanessa Peña Bofilla□, Dra. Ista A. Arjona Rodríguezb, Dra. Kirenía Espronceda Sáncheza, Dr. Leonardo H. López Ferreroc y Lic. Lidia M. Rodríguez Nanded. Diagnóstico y tratamiento intervencionista en los pacientes del Hospital General Calixto García. *CorSalud 2014 Abr-Jun;6(2):148-154*

27. Matthew T. Roe, John C. Messenger, William S. Weintraub, Christopher P. Cannon, Gregg C. Fonarow, et al. Treatments, Trends, and Outcomes of Acute Myocardial Infarction and Percutaneous Coronary Intervention. JACC 2010 July 56(4):254–63
28. FREDERIC Kom, M.D., PH.D. Improving Outcomes in Acute Coronary Syndromes-The FRISC II Trial. Clin. Cardiol. Vol. 24 (Suppl. I), 1-3-1-7 (2001)
29. Stefano Savonitto, Nuccia Morici, Steefano De Servi, Treatment of Acute Coronary Syndromes in the Elderly and in patients with comorbidities. Rev Esp Cardiol. 2014; 67: 564-73.
30. Barbosa, Maria Helena **Moreira, Tassiana Márcia **Tavares, Jordania Lumenia ***Andrade, Érica Vieira de ***Bitencourt, Marina Nollí ** de Freitas. Complicaciones en pacientes sometidos a Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea. Julio 2013.

ANEXOS

Tabla 1. Características clínicas de la población estudiada.

VARIABLE	N	PORCENTAJE
TOTAL	99	100%
HTA	79	79,8%
DM 2	32	32,3%
DLP	54	54,5%
IRC	8	8,1%
ECV	3	3,0%
IAM previo	78	78,8%
Tabaquismo	16	16,2%
HTA: Hipertensión Arterial DM 2: Diabetes Mellitus 2 DLP: Dislipidemias IRC: Insuficiencia Renal Crónica ECV: Evento cerebro-vascular		

Fuente: Base de datos de la Investigación

Elaborado por Gabriel León y Angie Valdivieso

Tabla 2. Distribución de los pacientes según la medicación consumida.

MEDICACIÓN	N	PORCENTAJE
TOTAL	99	100%
IECA	43	43.9%
BRA	42	42.9%
Bloqueante Beta	73	74.5%
ASA	91	92.9%
Tienopiridina	76	77.6%
Ticagrelor	23	23.2%
IECA: Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina. BRA: Bloqueadores de los receptores de angiotensina II ASA: Ácido acetilsalicílico		

Fuente: Base de datos de la Investigación

Elaborado por Gabriel León y Angie Valdivieso

Tabla 3. Evolución intrahospitalaria de los pacientes estudiados.

CARACTERÍSTICA	N	PORCENTAJE
TOTAL	99	100%
Asintomático	90	90,9%
Sangrado	1	1,0%
Choque Cardíaco	1	1,0%
IAM	0	0,0%
Óbito	2	2,0%
Hematoma	5	5,1%
IAM: Infarto Agudo de Miocardio		

Fuente: Base de datos de la Investigación
Elaborado por Gabriel León y Angie Valdivieso

Tabla 4. Evolución de la población tras 1, 6 y 12 meses de la angioplastia.

EVOLUCION	1 MES		6 MESES		12 MESES	
	F	%	F	%	F	%
Asintomático	91	91,9%	89	89,9%	73	90,1%
Angor o disnea	8	8,1%	6	6,1%	8	9,9%
SCA	0	0%	1	1,0%	0	0%
Óbito	0	0%	2	2,0%	0	0%
NRV	0	0%	1	1,0%	0	0%
F: FRECUENCIA						
SCA: Síndrome Coronario Agudo						

Fuente: Base de datos de la Investigación
Elaborado por Gabriel León y Angie Valdivieso

Tabla 5. Variables clínicas y sociodemográficas asociadas a la presencia de complicaciones intrahospitalarias y tardías.

VARIABLE	COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS		Valor p	COMPLICACIONES TARDÍAS		Valor p
	SI	NO		SI	NO	
Edad						
< 60 años	1	41	0,046	10	32	0,931
≥ 60 años	8	49		14	43	
Sexo						
Masculino	3	72	0,002	19	56	0,654
Femenino	6	18		5	19	
HTA						
Sí	0	20	0,113	17	62	0,209
No	9	70		7	13	
DM2						
Sí	4	28	0,415	7	25	0,704
No	5	62		17	50	
Dislipidemia						
Sí	5	49	0,949	12	42	0,607
No	4	41		12	33	
IRC						
Sí	1	7	0,726	2	6	0,958
No	8	83		22	69	

ECV						
<i>Sí</i>	0	3	0,578	2	1	0,082
<i>No</i>	9	87		22	74	
IAM previo						
<i>Sí</i>	6	72	0,351	19	59	0,958
<i>No</i>	3	18		5	16	
Tabaquismo						
<i>Sí</i>	1	15	0,666	4	12	0,938
<i>No</i>	8	75		20	63	
HTA: Hipertensión Arterial DM 2: Diabetes Mellitus 2 DLP: Dislipidemias IRC: Insuficiencia Renal Crónica ECV: Evento cerebro-vascular						

Fuente: Base de datos de la Investigación

Elaborado por Gabriel León y Angie Valdivieso

Tabla 6. Medicamentos asociados a la presencia o no de complicaciones intrahospitalarias y tardías.

VARIABLE	COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS		Valor p	COMPLICACIONES TARDÍAS		Valor p
	SI	NO		SI	NO	
IECA (inhibidor de la Enzima Convertidora de Angiotensina)						
<i>Sí</i>	2	41	0,262	8	35	0,231
<i>No</i>	6	49		16	39	
BRA						
<i>Sí</i>	4	38	0,670	13	29	0,198
<i>No</i>	4	52		11	45	
Bloqueante Beta						
<i>Sí</i>	6	67	0,972	18	55	0,947
<i>No</i>	2	23		6	19	
ASA (Acido Acetilsalicílico)						
<i>Sí</i>	6	85	0,041	23	68	0,515
<i>No</i>	2	5		1	6	
Tienopiridina						
<i>Sí</i>	6	70	0,857	18	58	0,730
<i>No</i>	2	20		6	16	
Ticagrelor						
<i>Sí</i>	3	20	0,452	6	17	0,814
<i>No</i>	6	70		18	58	

Fuente: Base de datos de la Investigación

Elaborado por Gabriel León y Angie Valdivieso