



**Universidad  
Europea**

FACULTAD DE ENFERMERÍA  
TRABAJO FIN DE MÁSTER UNIVERSITARIO EN URGENCIAS,  
EMERGENCIAS Y CRÍTICOS EN ENFERMERÍA

**DIFERENCIAS DEL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y  
SANITARIO EN CUANTO AL GÉNERO CON SÍNDROME  
CORONARIO AGUDO EN SU ASISTENCIA SANITARIA  
DE URGENCIAS: REVISIÓN SISTEMÁTICA**

Autor: Dña. Carla Iborra Forner

Director/a: Dr. José Vicente Carmona Simarro

Valencia, 2 de junio de 2024



## **AGRADECIMIENTOS:**

En primer lugar, agradecer a la Universidad Europea de Valencia la oportunidad que me ha brindado de realizar este trabajo de investigación y adquirir las oportunas competencias científico-investigadoras, así como a los docentes que me han formado en el Máster de Urgencias, Emergencia y Críticos, por su dedicación y conocimientos que han sido fundamentales para mi desarrollo profesional en este campo tan importante.

En segundo lugar, agradecer a mi tutor de Trabajo de Fin de Máster, Dr. José Vicente Carmona Simarro, por el apoyo y guiarme durante la realización de esta investigación. Su ayuda a sido invaluable y ha contribuido significativamente en mi aprendizaje y crecimiento académico.

Y, por último, en tercer lugar, agradecer a mi familia, por su comprensión, amor y dedicación.

Gracias a todos.

## ÍNDICE

<b>1</b>	<b>JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL.....</b>	<b>2</b>
2.1	Introducción .....	2
2.1.1	Síndrome coronario agudo .....	3
2.2	Manifestaciones clínicas.....	3
2.2.1	Manifestaciones clínicas asocias al SCA.....	3
2.3	Clasificación de los síndromes coronarios agudos .....	4
2.3.1	SCACEST .....	4
2.3.2	SCASECT .....	4
2.4	Factores de riesgo.....	6
2.4.1	Factores de riesgo modificables .....	6
2.4.2	Factores de riesgo no modificables .....	8
<b>3</b>	<b>MARCO CONTEXTUAL .....</b>	<b>10</b>
3.1	Antecedentes .....	10
3.2	Epidemiología.....	11
3.3	Salud y enfermedad desde una perspectiva de género .....	12
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>14</b>
4.1	Objetivo general .....	14
4.2	Objetivos específicos.....	14
4.3	Hipótesis .....	14
<b>5</b>	<b>MATERIALES Y MÉTODOS .....</b>	<b>15</b>
5.1	Diseño de la investigación.....	15
5.2	Protocolo y registro .....	15
5.3	Criterios de elegibilidad .....	15
5.4	Criterios de selección .....	16
5.4.1	Criterios de inclusión .....	16
5.4.2	Criterios de exclusión .....	17
5.5	Fuentes de información .....	17
5.6	Búsqueda de información.....	18
5.7	Selección de estudios.....	19
5.8	Proceso de extracción y listado de datos.....	19
5.9	Riesgo de sesgo en los estudios individuales.....	20
5.10	Riesgo de sesgos entre los estudios .....	20
<b>6</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>21</b>
6.1	Selección de estudios.....	21
6.2	Características principales de los estudios individuales.....	22
6.3	Calidad metodológica y nivel de evidencia de los estudios.....	32
6.4	Criterio de los estudios SCA tras un evento coronario.....	32

6.5	Riesgo relacionado tras un SCA.....	33
6.6	Perfiles sociodemográficos y sanitarios.....	33
6.7	Sintomatología diferencial según género.....	34
<b>7</b>	<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>35</b>
7.1	Resumen de la evidencia e interpretación de los resultados.....	35
7.2	Recomendaciones basadas en la evidencia.....	38
7.2.1	Implicaciones en la investigación.....	38
7.2.2	Implicaciones en la práctica.....	38
7.3	Limitaciones del estudio.....	39
<b>8</b>	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>40</b>
<b>9</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>41</b>
<b>10</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>45</b>
	Anexo 1. Diagrama de Gantt.....	45
	Anexo 2: Estrategias de búsqueda en MEDLINE® vía Pubmed®.....	45
	Anexo 3: Estrategias de búsqueda en CINAHL® vía EBSCOhost®.....	46
	Anexo 4: Estrategias de búsqueda en MEDLINE® vía Cochrane Library®.....	47
	Anexo 5: Escala Jadad.....	48
	Anexo 6: Escala SING.....	49
	Anexo 7: Plantilla de lectura crítica de ensayos clínicos CASPe.....	50
	Anexo 8: Plantilla de lectura crítica de cohortes CASPe.....	60
	Anexo 9: Clasificación según la revista, el número de estudios, el factor de impacto de <i>Scientific Journal Rankings</i> (SJR) y la disciplina.....	82

## Índice de tablas

Tabla 1: Pregunta pico.....	16
Tabla 2: Palabras claves.....	18
Tabla 3: Características principales de los estudios ECAs individuales. ....	23
Tabla 4: Características principales de los estudios de cohortes individuales. ....	26
Tabla 5: Tabla numérica CASPe para ECAs.....	50
Tabla 6: Tabla numérica CASPe para cohortes. ....	60

## Índice de figuras

Figura 1: fisiopatología de infarto agudo al miocardio .....	3
Figura 2: Abordaje diagnóstico de pacientes con SCA.....	5
Figura 3: Defunción según la causa de muerte .....	11
Figura 4: Sintomatología IAM.....	12
Figura 5: Estrategia de búsqueda y selección de estudios.....	19
Figura 6: Proceso de selección de estudios para la revisión sistemática .....	21

## Índice de gráficos

Gráfico 1: Continente en los que se realizaron los artículos incluidos en la RS.....	22
Gráfico 2: Muestreo de los diferentes estudios. ....	30
Gráfico 3: Tipología del estudio incluidos en RS. ....	30
Gráfico 4: Número de estudios publicado por año .....	31
Gráfico 5: Grado de recomendación de los artículos según el SIGN.....	32
Gráfico 6: Tendencia de los resultados de los estudios sobre SCA. ....	33
Gráfico 7: Tendencia FRCV según sexo. ....	34

## **ACRÓNIMOS:**

AI: Angina inestable.

AHA: American Heart Association.

BD: Bases de datos.

CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud.

DA: Ayuda en toma de decisiones.

DAPT: Doble terapia antiplaquetaria.

DESCS: Descriptores en Ciencias de la salud.

DT: Dolor torácico.

ECA: Ensayos clínicos controlados aleatorizados.

ECG: Electrocardiograma.

EC: Enfermedad coronaria.

ECV: Enfermedades cardiovasculares.

EJ: Escala Jadad.

FRCV: Factores de riesgo cardiovascular.

HbA1c: Hemoglobina glicosilada.

HTA: Hipertensión arterial.

IC: Insuficiencia cardiaca.

IAMSEST: Infarto de miocardio sin elevación del segmento ST.

IAMCEST: Infarto de miocardio con elevación del segmento ST.

IC: Insuficiencia cardiaca.

ICP: Intervención coronaria percutánea.

IAM: Infarto agudo de miocardio.

DM: Diabetes mellitus.

HDL: Lipoproteínas de alta intensidad.

LDL: Lipoproteínas de baja intensidad.

LOS: Estancia hospitalaria.

MACE: Eventos cardiovasculares adversos mayores.

MESH: Encabezamiento de materia médica.

OMS: Organización mundial de la salud.

PA: Presión arterial.

EMS: Servicios médicos de emergencia.

DES: Stens liberadores de fármacos.

DESCS: Descriptores en Ciencias de la salud.

SCACEST: síndrome coronario agudo con elevación de ST.

SCASEST: Síndrome coronario agudo sin elevación ST.

SCA: Síndrome coronario agudo.

SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

TA: Tensión arterial.

TIR: Tasa de incidencias.

HS-CTN: Troponina cardiaca de alta sensibilidad.

IMC: Índice de masa corporal.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome coronario agudo (SCA) afecta a hombres y mujeres de manera significativa, presentando desafíos sociodemográficos y sanitarios. Es crucial reconocer las peculiaridades en la atención médica y reducir la mortalidad por enfermedades cardiovasculares (ECV).

**OBJETIVO:** Se plantea como objetivo principal analizar las diferencias sociodemográficas y sanitarias en ambos sexos en el servicio de urgencias diagnosticados de SCA, como objetivos secundarios: describir el perfil sociodemográfico, sociosanitario en ambos sexos y tras sufrir un SCA.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Revisión sistemática (RS) estructurada según el sistema PRISMA®. Mediante la búsqueda de artículos indexados en MEDLINE® y CINAHL® de los cuales se escogieron artículos en español e inglés y publicados en los últimos 5 años.

**RESULTADOS:** Se seleccionaron 19 artículos relevantes, 9 de ellos eran ECAs y 10 de cohortes. Se observó el 47% hacía referencia a los resultados de supervivencia y sensibilidad tras padecer SCA. El 32% habló de los factores de riesgo en el género y en el ámbito sanitario y social. Y por último el 11% mencionó la sintomatología.

El nivel de evidencia de los estudios, según el método del Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), fue moderado-alto.

**CONCLUSIONES:** Se observaron las diferenciaciones de ambos sexos afectan en el tratamiento y en su atención al SCA, las mujeres recibieron menos tratamientos invasivos y farmacológicos, lo que puede aumentar su riesgo de eventos adversos en comparación con los hombres.

**PALABRAS CLAVE:** Síndrome coronario agudo, urgencias, diferencia de género, factores de riesgo de Enfermedad Cardíaca, enfermedad coronaria, arteriopatía coronaria, síntomas y morbimortalidad.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Acute coronary syndrome (ACS) affects men and women significantly, presenting sociodemographic and health challenges. It is crucial to recognize the peculiarities in medical care and reduce mortality from cardiovascular diseases (CVD).

**OBJECTIVE:** The main objective is to analyze the sociodemographic and health differences in both sexes in the emergency department diagnosed with ACS, as secondary objectives: to describe the sociodemographic and social health profile in both sexes and after suffering from ACS.

**MATERIAL AND METHODS:** Systematic review structured according to the PRISMA® system. Through the search of articles indexed in MEDLINE® and CINAHL® from which articles in Spanish and English and published in the last 5 years were chosen.

**RESULTS:** 19 relevant articles were selected, 9 of them were RCTs and 10 were cohorts. 47% were observed referring to the results of survival and sensitivity after suffering from ACS. 32% talked about risk factors in gender and in the health and social field. And finally, 11% mentioned the symptoms.

The level of evidence of the studies, according to the Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) method, was moderate-high.

**CONCLUSIONS:** Differences in both sexes were observed in the treatment and care of ACS; women received fewer invasive and pharmacological treatments, which may increase their risk of adverse events compared to men.

**KEYWORDS:** Acute coronary syndrome, emergencies, gender difference, risk factors for heart disease, coronary heart disease, coronary artery disease, symptoms and morbidity and mortality.

## 1 JUSTIFICACIÓN

En este proceso de RS, busca analizar las diferencias sociodemográficas y sanitarias en cuanto a género en la asistencia en el servicio de urgencias diagnosticados de SCA. El SCA es un conjunto de afectaciones que generan ECV entre ellas comprenden el infarto agudo de miocardio (IAM) y angina inestable (AI) es la presentación clínica más común en los servicios de urgencias.

Por ello en el Sector de la salud, encontramos diferencias de género que puede presentar sintomatologías diferentes en el desarrollo SCA. (1–3)

Respecto al sexo femenino, las pacientes que acuden al sistema sanitario pueden presentar variabilidades clínicas y retardar su atención en los servicios de urgencias. Estas limitaciones se identifican como factores sociodemográficos, identificación inadecuada de signos y/o síntomas, además de la presentación dolor torácico (DT) atípico que puedan llegar a subestimar sus síntomas y su atención inmediata. (4)

Así como, debido al problema de salud que ejerce las diferencias de género se ha visto afectado la mortalidad y la calidad de vida tras un evento SCA.

El sexo femenino presenta una mayor tasa de mortalidad en un tiempo determinado tras SCA a diferencia que en los varones, debido a la presentación clínica y el tiempo de atención es diferente en ambos sexos. Sin embargo, en cuanto a la asistencia sanitaria prestada después de SCA, puede generar por calidad de vida, esto puede deberse al estar asociado a la comorbilidad, de los cuales aumentan los factores de riesgo. (5)

Debido a esto, existen diferencias sociodemográficas y sanitarias notables en cuanto a la diferencia de género en la atención en urgencias tras ser diagnosticados con SCA. De las cuales, pueden generar una atención inadecuada, tardía por la presentación clínica, no obstante, es importante reconocer esos problemas, ya que puede constituir un problema de salud hacia un diagnóstico y tratamiento de ECV.

## 2 MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

### 2.1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) expone que las ECV constituyen la principal causa de muerte a nivel global, su impacto se estima un total 17,9 millones mueren a causa de cardiopatías coronarias, destacando ataques cardiacos y accidentes cerebrovasculares. (6)

El SCA genera gran impacto en la sociedad occidental, siendo la principal causa de morbi-mortalidad, no obstante, se considera la causa individual más frecuente de muerte entre los hombres y la segundo entre las mujeres.

La EC genera una gran complejidad en la atención sanitaria, generando gran cantidad de recursos y por tanto subida en el coste sanitario.

Esto se debe que el paciente con molestia torácica supone un gran porcentaje en las áreas de urgencias con un rango de patologías leves hasta una alta mortalidad. SCA tiene un gran abanico clínico, desde una parada cardíaca hasta una inestabilidad eléctrica con *shock* cardiogénico, incluso la desaparición total del DT. (7)

La evaluación en el servicio de urgencias debe hacer hincapié en la historia clínica, chequeo físico, pruebas de laboratorio y hallazgos en la actividad eléctrica del corazón. SCA conlleva unos signos y síntomas característicos de una isquemia aguda de miocardio de los cuales se atribuyen dolor torácico, los pacientes requieren una correcta evaluación clínica que sugieran un SCA en los servicios de urgencias para realizar el diagnóstico y tratamiento adecuado. (8) (9)

El SCA forma parte del síndrome coronario agudo con elevación de ST (SCACEST) y síndrome coronario agudo sin elevación ST (SCASEST), en este último, dependiendo del daño causado se clasificaría en AI si no habido daño y en IAM si habido daño en miocardio.

La relación causal que se le atribuye al proceso de la enfermedad es el factor riesgo, depende de diferentes causas, por ellos es importante valorar el perfil basándose en la búsqueda de factores modificables y no modificables.

Sin embargo, la combinación de comportamientos insanos y la presencia de una o más enfermedades, además de problemas socioeconómicos y cambios culturales, así como las características sociodemográficas; edad y diferencia de género puede influir en las características específicas de la presentación clínica. (4,10)

### 2.1.1 Síndrome coronario agudo

El SCA se describe como un conjunto de afecciones asociadas a la obstrucción total o parcial de un vaso coronario, la formación de la placa de ateroma se generó a raíz del tiempo por varios factores, como el estilo de vida. La rotura de esta, originado por un trombo normalmente secundaria a una placa de ateroma, como consecuencia producirá una reducción de oxígeno generando isquemia o necrosis del músculo cardiaco. Por tanto, la severidad de la obstrucción dependerá de la cantidad de miocardio afectado llegando a causar IAM, una AI e incluso muerte súbita. (11)



Figura 1: Fisiopatología de infarto agudo al miocardio (11)

## 2.2 Manifestaciones clínicas

### 2.2.1 Manifestaciones clínicas asociadas al SCA.

El SCA aparece como dolor en el pecho de origen isquémico, es caracterizado por una sensación de opresión retroesternal de inicio brusco con una duración de varios minutos por lo general, de la cual puede irradiar a el cuello o mandíbula y brazo izquierdo.

Por lo general, no es frecuente que la sintomatología sea típica, es decir no se presenta típicamente como se describe anteriormente. Hasta 30% de los casos se presentan como dolor punzante en el tórax o epigastrio, en los hombros, o únicamente en la mandíbula, e incluso sensación de hormigueo en alguna extremidad como en los dedos. Además, puede ir acompañado de otros síntomas neurovegetativos como sudoración, sensación de náuseas, disnea, mareos, ansiedad, discomfort, fatiga, síncope. (4)(2)

Asimismo, la ausencia de dolor no excluye con una sintomatología compatible SCA, existe una variación en la presentación clínica que por lo general entre pacientes diabéticos, ancianos, insuficiencia renal, demencia o incluso en la diferencia de género pueda aparecer otro tipo de sintomatología como escozor, irradiación al brazo derecho, es decir una “sensación inexplicables”, cuando se manifiesta SCA en el sexo femenino es catalogado como una clínica atípica en comparación con el sexo masculino, solo 18% de la mujeres reconocen un infarto agudo de miocardio a diferencia de los hombre que reconocen la sintomatología un 30%.

Por tanto, la incidencia de los pacientes que acuden a urgencias a través de su sintomatología se puede dividir en evolución de SCACEST 30% de los casos y de SCASEST 50% de los casos, mientras que el 20% de los casos corresponden bloqueos de rama, marcapasos etc. (12,13)

### 2.3 Clasificación de los síndromes coronarios agudos

Los SCA se clasifican a través de la detección de electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones cuando el paciente ingresa en el servicio de urgencias se debe realizar en un tiempo no inferior a 10 minutos, en busca de los cambios en el segmento ST y realizar el estudio de marcadores cardiacos, especialmente las troponinas. (2)

Dependiendo del segmento ST se clasifican en dos tipos:

#### 2.3.1 SCACEST

Aparece en ECG una elevación constante del segmento ST, con una duración mayor de 20 minutos. Este fenómeno producirá oclusión coronaria total o parcial, de la cual los pacientes podrían sufrir un infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST). Para este caso, se debe aplicar un tratamiento de reperfusión un tiempo determinado mediante la intervención coronaria percutánea (ICP), si no se realiza en un tiempo adecuado pasaría a realizar un tratamiento trombolítico. (14)

#### 2.3.2 SCASECT

En el ECG no muestra una elevación constante del segmento ST, existen cambios de una posible elevación transitoria, un descenso de onda T o formación de ondas T planas. Este fenómeno generaría en el miocardio una necrosis en las células del musculo cardiaco generando infarto de miocardio sin elevación del segmento ST (IAMSEST) o incluso isquemia miocárdica sin daño celular, es decir AI, aunque esta patología es menos común.

Algunos pacientes pueden llegar a padecer una isquemia miocárdica, caracterizada por signos y síntomas como: dolor torácico continuo o periódico, descenso del segmento ST, insuficiencia cardiaca (IC) e incluso una inestabilidad hemodinámica o eléctrica. Dependiendo de la superficie del músculo afectado puede desencadenar un *shock* cardiogénico, el tratamiento indicado seria la realización de angiografía coronaria, y si es necesario su revascularización. (14)

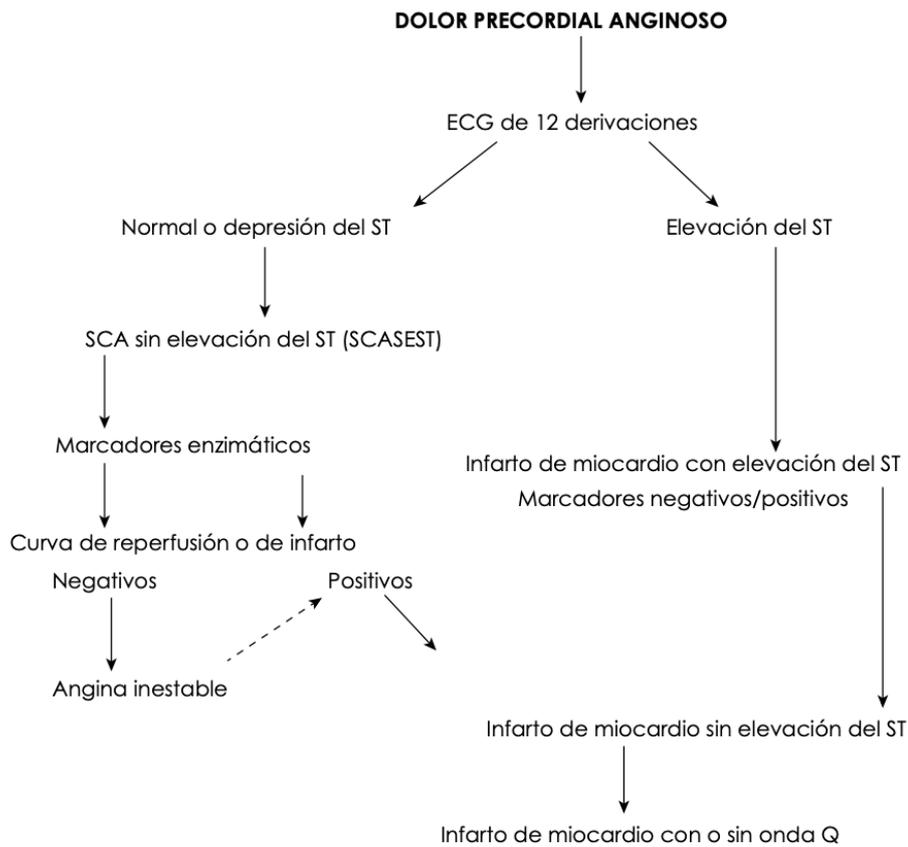


Figura 2: Abordaje diagnóstico de pacientes con SCA

El ECG hace el diagnóstico del tipo de SCA. Con ECG normal o sin elevación del ST, cuando las enzimas son normales es AI; si las enzimas son positivas se trata de un IMSEST. Si en AI se elevan las enzimas hay necrosis e infarto (línea punteada). Con ST elevado, con o sin enzimas positivas, se trata de un IMCEST y exige reperfusión. En ambos casos puede o no aparecer onda Q en el ECG. (2)

## 2.4 Factores de riesgo

Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) desempeñan un papel significativo en el desarrollo de una ECV, la ausencia de los factores de riesgo no excluye padecer una ECV en un futuro. Así mismo, los FRCV se pueden dividir en modificables (tabaco, hipercolesterolemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus, sobrepeso/obesidad, sedentarismo y factores psicosociales) y no modificables (edad, sexo, factores genéticos). (15,16)

### 2.4.1 Factores de riesgo modificables

#### ***Tabaco:***

El hábito de fumar es considerado como el riesgo más prevalente entre los pacientes que sufren SCA, siendo 30-50% consumidores de tabaco en el momento del ingreso y 20-40% exfumadores. (17)

El tabaquismo genera varias patologías, la nicotina provoca una disminución en endotelio vascular, ya que aumenta la proliferación endotelial e hiperplasia de la capa íntima, además, se asocia a una disminución de lipoproteínas de alta intensidad (HDL), comúnmente llamado “colesterol bueno”, también se ha asociado a cambios físicos en la masa del ventrículo izquierdo. La acción de dejar de fumar disminuye casi 40% de riesgo de padecer ECV, el aumento de riesgo desaparece a los 5 años del abandono del tabaco, aunque se considera que deben pasar varios años sin fumar para llegar al grado de las personas que nunca han fumado. (15)

En España, la prevalencia del consumo de cigarrillos se considera elevada, aproximadamente el 36% son hombre y 31 % son mujeres, aunque se ha producido una disminución en los varones, se podría decir que en las mujeres ha aumentado el consumo durante la última década. Mientras que en los jóvenes ha habido una ligera disminución en el consumo de tabaco en los últimos años, pero ha aumentado otro tipo de drogas, como el cannabis o la cocaína. (18,19)

#### ***Hipercolesterolemia:***

En las ECV es importante realizar una detección de la alteración de lípidos en la sangre, dislipidemia, se observa mediante un perfil lipídico a través de la sangre, colesterol y triglicéridos, donde se muestra unos resultados de un incremento en el colesterol lipoproteínas de baja intensidad (LDL) y una disminución del HDL. (15)

El riesgo de colesterol está influenciado con la edad, por ello, la reducción del colesterol a 10% disminuye el riesgo de generar problemas cardíacos. Además, la presencia de

LDL en adultos jóvenes y ECV se inicia en una etapa de la vida temprana, por ellos es importante su detección y tratamiento. (18)

Se considera que, para el hipercolesterolemia, el colesterol total debe estar entre  $\geq 250$  mg/dl, En España el 23% de la población adulta presenta estas cifras de colesterol total. Por ello, es importante realizar controles del tanto del colesterol total como HDL antes de 35 años en hombre y antes 45 años en mujeres, y cada 5 o 6 años a partir de los 75 años. (19)

### ***Hipertensión arterial:***

Los pacientes con hipertensión arterial (HTA) sufren el riesgo sufrir ECV, es considerado un riesgo la presión arterial (PA) con cifras elevadas de  $\geq 140$  mmHG de sistólica y 90 mmHg de diastólica. El Aumento de la tensión arterial (TA) no solo influye en patologías coronarias, si no en otros tipos de patologías ictus, edema agudo de pulmón, dislipemia, resistencia a la insulina, eclampsia-preeclampsia en las mujeres embarazadas, pudiendo llegar a afectar a órganos diana. (20)

Se aconseja la toma PA una vez hasta los 14 años y de cada 4 o 5 años entres los 14 y 40 años y cada 2 años a partir de los 40 años. En España, existe una elevada prevalencia que ubica un 34% de la población adulta padecen de HTA. (18)

### ***Diabetes mellitus:***

La diabetes mellitus (DM) es un factor que no solo incrementa los FRCV, si no que constituye una de las primeras causas de mortalidad cardiovascular en las personas que padecen esta enfermedad. (15) Es importante realizar cribados de glucemias, ya que reducen el riesgo de padecer algún episodio ECV, por lo que se recomienda para el buen control de la glucemia una hemoglobina glicosilada (HbA1c), para el diagnóstico de la diabetes ( $HbA1c \geq 6,5\%$ ) y prediabetes ( $HbA1c \geq 5,7$  y  $6,4\%$ ), ya que puedes desarrollarla en los próximos años. Se deben realizar controles a grupos de edad entre los 50-70 años y en pacientes HTA y/u obesos, si tiene un rango de HbA1c normal, se recomienda un control cada 3 años. En España, la DM afecta a las mujeres 8% en comparación con los hombres que afecta un 12%, la diabetes y la obesidad van ligadas, si bien aumentará los casos de sobrepeso, aumentaría DM. (18)

### ***Sobrepeso/obesidad:***

El sobrepeso/obesidad es un síndrome metabólico vinculado a la presencia de dos o más enfermedades, EC, ECV, DM, HTA etc., Esta unión de enfermedades son

alarmantes, por tal motivo, aumenta la mortalidad. Además, del perfil metabólico, la acumulación de tejido adiposo por el cuerpo produce cambios en la estructura cardiaca, formando el desarrollo de arteriosclerosis. (18) La prueba de elección para el diagnóstico es a través de la medición del perímetro abdominal, podemos decir que la obesidad abdominal correspondería a una cintura  $\geq 102$  cm en hombre y  $\geq 88$  en mujeres.

Se estima que 29% de españoles se asocia mayor riesgo de muerte con relación al aumento de tejido adiposo y ECV. Por ello, la prevención y control tanto en adultos como en niños es un clave elemento de disminuir las ECV. (19)

#### ***Sedentarismo:***

Se ha observado que la relación entre la inactividad física y EC aumenta la mortalidad de forma incipiente en el individuo pasivo en comparación con un activo. Se puede decir que realizar una actividad física contribuye a las disminuciones SCA en 32,6 %, sucesivo PA 27,1%, de la obesidad 10,1% y la diabetes un 8,9%. Las actividades preventivas están focalizadas tanto en adultos, ancianos y niños. (18)

#### ***Factores psicosociales:***

El estrés, tanto familiar como laboral y otros factores psicosociales, como la ansiedad, depresión, la ira, un bajo nivel socioeconómico se han conformado desde hace tiempo contribuyendo a generar un riesgo cardiovascular. Estos factores son más complicados de medir en comparación con los de riesgo biológico. Podemos decir que el estrés genera estresores inflamatorios que están relacionas con sucesos coronarios, esto significa que las personas tipo A son propensos a sufrir este tipo de eventos coronarios, en cambio la depresión/ansiedad puede desencadenar trastornos como la HTA. (15)

### **2.4.2 Factores de riesgo no modificables**

#### ***Edad y sexo:***

La edad es un factor de riesgo acumulativo, a mayor edad más riesgo de manifestar varias enfermedades y por lo tanto mayor riesgo de padecer ECV, la prevalencia de edad es mayor en mujeres que en hombres, en relación con la edad, la tasa de incidencia disminuiría 10 años en las mujeres con respecto a los hombres. El alcance global síndromes coronarios oscila entre 65 y 94 años, los hombres se duplican y las mujeres se triplican respecto a las edades entre 35 y 64 años, debido a cambios hormonales que tiene el género femenino como la menopausia. (18)

### ***Factores genéticos:***

Debido a las características biológicas o adquiridas de los antecedentes familiares, las enfermedades características tienen potencias de desarrollo ECV entre ellas, las comentadas anteriormente. Por tanto, existen programas de detección de perfil de riesgo cardiovascular enfocado a disminuir efectos en pacientes asintomáticos. Se observó que un aumento del colesterol y una PA elevada eran factores importantes en el desarrollo de ECV. (21)

## 3 MARCO CONTEXTUAL

### 3.1 Antecedentes

Las ECV son la principal causa de mortalidad y morbilidad, por ellos en torno a las investigaciones anteriores sugieren que la presentación de SCA puede diferenciarse entre el sexo masculino y femenino, no obstante, no había estudios que integrar el conjunto de los síntomas y con ello, los dividieran en típicos y atípicos que lo diagnosticara. (22)

En 2004, en una revisión de literatura referente a la identificación de síntomas diferenciales del SCA entre ambos sexos con un intervalo de tiempo comprendido entre 1989 y 2002, concluyendo que las mujeres tienen menos síntomas típicos que los hombres. (23)

Referente a los factores de riesgo resaltaremos un estudio observacional prospectivo de **Asgar Pour et al. 2016** (24) sobre los factores de riesgo como medida de prevención, en el que expone que los hombres con SCA por lo general padecen diabetes e hipercolesterolemia en comparación con los que no sufren de SCA. En los sucesivos, **Franklin et al. 2004** (25) en otro estudio observacional prospectivo de pacientes hospitalizados con SCA en 94 hospitales hace referencia sobre, la diabetes y la hipertensión era más elevado en el grupo de mujeres que en el grupo de hombre. Pero, en los factores de riesgo modificables como el tabaco fue menor en las mujeres. No obstante, un estudio reciente 2020 de **Goldberg 2000** (26) y en referencia a una sociedad más “moderna” el consumo de tabaco ha aumentado en las mujeres en los últimos años.

**Vitale et al. 2007** (27), en una revisión con ensayos se observó en las mujeres una diferenciación de 10 años progresión de ECV diferentes a los hombres, debido a la menopausia, ya que es un factor de riesgo cardiovascular por disminución de la producción de hormonas ováricas.

Debido a la diferenciación en los factores de riesgo en ambos sexos, las mujeres deben tener más control en TA y la enfermedad de la diabetes y en la terapia de reemplazo hormonal, en cambio, los hombres el control del colesterol.

### 3.2 Epidemiología

En las ECV, la presentación más común clínicamente es el SCA, a nivel mundial perjudican 9,8 % de la población, entre ellos un 52,6% son casos de sexo femenino y 47,4% del sexo masculino. (28)

En nivel nacional, el factor principal de mortalidad, morbilidad y costes sanitarios hace referencia al SCA, siendo 24,3% la primera causa de muerte en España, aunque la tasa de defunción por EC ha reducido, en algunos estudios, hace referencia entre 2005 y 2049 se debido al envejecimiento de la población aumentara el número de casos en mayores de 74 años. Es decir, se prevé un aumento del 60% casos de SCA de la cual un gran porcentaje pertenecerá a la población anciana, con respecto a los casos los pacientes de 25-74 años aumentará un 6% en los varones y 26% en las mujeres. (28)(29)

En Europa, se estima que 1, 9 millones de las muertes son por enfermedad coronaria, eso supone es la causa principal de muerte en países de altos ingresos, se estima que 50% de las defunciones son causadas ECV, en comparación con países de bajos recuso o medias que se les asocia 28% de las muertes. (30)

El SCASEST se establece como SCA el principal diagnóstico de ingreso en puertas de urgencias, en cambio, IAM correspondería al diagnóstico más común de alta hospitalaria. Esto se debería que en los últimos años el aumento de edad se asocia a ECV más prolongadas. (29)

**Defunciones según la causa de muerte más frecuente - Resultados definitivos 2022 y provisionales 1er semestre 2023**

	Total	Hombres	Mujeres	Variación anual. Total	Variación anual. Hombres	Variación anual. Mujeres
Total de defunciones	464.417	234.362	230.055	3,0	1,3	4,9
Covid-19 virus identificado	31.606	16.708	14.898	-19,9	-25,6	-12,3
Enfermedades isquémicas del corazón	29.068	17.981	11.087	0,7	1,3	-0,2
Enfermedades cerebrovasculares	24.688	10.842	13.846	-0,7	-1,5	-0,1
Cáncer de bronquios y pulmón	22.712	16.747	5.965	1,3	0,0	5,4
Demencia	21.888	7.035	14.853	11,4	6,5	13,9
Insuficiencia cardiaca	20.584	8.175	12.409	2,0	5,6	-0,2

Datos definitivos de 2022. Valores absolutos y variación porcentual.

Figura 3: Defunción según la causa de muerte. (31)

En cuanto a la mortalidad se ha observado que ha disminuido en los últimos 40 años, ya sea por prevención de factores de riesgo en atención primaria y la atención en urgencias, aun así, se considera la principal causa de muertes en hombre y la segunda en mujeres. Se estima un número de casos de defunción por SCA hace referencia IAM

y AI, la alta tasa de mortalidad en los 28 días será 34%, de los cuales 10% no llegarán vivos a urgencias y 26% serán muertes súbitas fuera del entorno hospitalario. (32)

### 3.3 Salud y enfermedad desde una perspectiva de género

Las ECV antiguamente se consideraban exclusivamente una enfermedad del sexo masculino, pero hoy en día no es así, gracias al diagnóstico y tratamiento la mortalidad ha disminuido en comparación con años atrás, pero, las mujeres tienen peor pronóstico que los hombres al padecer una enfermedad coronaria.

SCA suele afectar a las mujeres postmenopáusicas, en cambio las mujeres jóvenes pueden presentar peores pronósticos, es decir, mayor mortalidad. Existen diferencias étnicas en los grupos de mujeres africanas e hispanas, las cuales tienen tendencia a padecer más comorbilidades, como: diabetes, obesidad e insuficiencia cardíaca. (5)

Otro dato relevante, *American Heart Association* (AHA) atribuye un rango de edad en la primera presentación clínica del IAM una media de 65 años en los hombres y 72 en las mujeres, esto se le atribuye la función de los estrógenos y endotelio vascular. Por ello las mujeres a tener más edad pronóstica de evolución de un IAM es de peor evolución. (33)

El dolor torácico, se puede presentar tanto en hombre como en mujeres, pero pueden presentar otro tipo de síntomas.

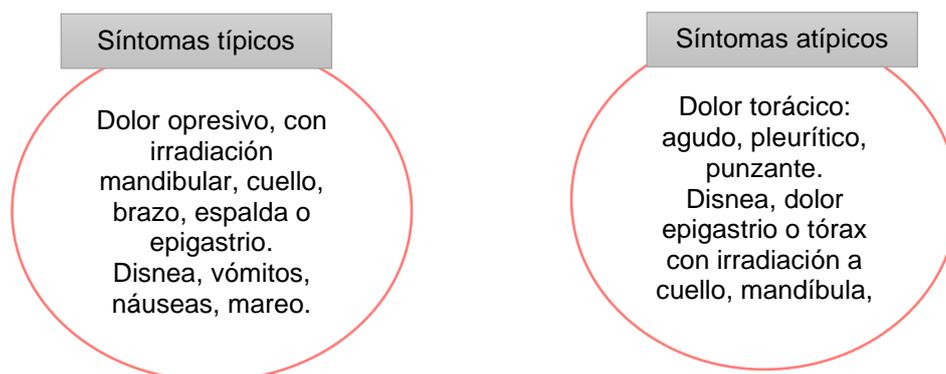


Figura 4: Sintomatología IAM. (33)

Estas manifestaciones diferentes pueden hacer que la presentación clínica se prolongue más en el tiempo, generando a una mayor mortalidad hospitalaria en el género femenino. (33)

Las mujeres presentan placas de ateroma más diseminadas, por lo que generan menos enfermedades coronarias obstructivas, en cuanto SCA es generado por erosiones de la placa, que, por fracturas de ellas, este fenómeno que es más común en los hombres, esto sería el desenlace de IAM, por eso el sexo femenino tiene tendencia a AI, y menor frecuencia a desarrollar IAM, por el comportamiento fisiopatológico de la pared vascular. (33)

La menopausia influye en los factores de riesgo cardiovascular, ya sea por cambios físicos, hormonales y reproductivos. Los cambios hormonales y metabólicos aumentan la inflamación y produce una disfunción en el endotelio, además el aumento de peso, estilo de vida menos activo, aumento PA, mayor resistencia a la insulina, aumento de peso y grasa abdominal, y con ellos el colesterol LDL. (5)

De igual forma, las mujeres están relacionados con el tabaquismo, HTA, factores psicosociales, entre otros, de los cuales son factores de riesgo modificables. La depresión es más común en mujeres que en varones y es un factor importante riesgo cardiovascular, por tanto, se estima que casi 50% de las mujeres tienen 3 o más factores de riesgo. (5)

## 4 OBJETIVOS

A continuación, enumeraremos los objetivos generales y específicos del presente estudio de investigación de esta revisión sistemática.

### 4.1 Objetivo general

Analizar las diferencias sociodemográficas y sanitarias en cuanto a género en la asistencia en el servicio de urgencias diagnosticados de SCA.

### 4.2 Objetivos específicos

1. Describir el perfil sociodemográfico según género de las personas que acuden a urgencias.
2. Describir el perfil sociosanitario según género de las personas que acuden a urgencias.
3. Valorar diferencias de género en pacientes tras sufrir un SCA atendidos en urgencias.

### 4.3 Hipótesis

Se espera encontrar que los hombres que acuden a los servicios de urgencias con SCA presentan un mejor pronóstico en comparación con las mujeres.

## 5 MATERIALES Y MÉTODOS

### 5.1 Diseño de la investigación

Revisión bibliográfica de tipo sistemática.

Considerando el valor de la transparencia y la accesibilidad de las revisiones sistemáticas, es crucial registrar nuestro trabajo en bases de datos reconocidas. Por esta razón, después de finalizar esta revisión, planeamos incorporarla en PROSPERO(34), un registro internacional de revisiones sistemáticas. Esto no solo aumentará la visibilidad de nuestro estudio, sino que también contribuirá a la integridad y reproducibilidad de la investigación.

Desde el punto de vista metodológico según PRISMA (35), se realizó una hipótesis para nuestro trabajo: Se espera encontrar que los hombres que acuden a los servicios de urgencias con SCA presenten un mejor pronóstico frente a las mujeres.

### 5.2 Protocolo y registro

En primer lugar, se desarrolló una estructura tipo cronológico de cada uno de los apartados de la investigación, a través de un diagrama de Grantt (Anexo 1).

### 5.3 Criterios de elegibilidad

A continuación, se decidió utilizar una estrategia de búsqueda que comprendía la pregunta PICO (36) (*population, intervention, comparision, outcome*) con el objetivo de realizar una pregunta clínica adecuada para seleccionar los artículos científicos que cumplan con los objetivos del trabajo. Para mantener una estructura idónea en la RS se proyectó la declaración PRISMA.

Además, para seleccionar los artículos que formaron parte de este tipo de estudio se determinó unos límites de estudios de los cuales fueran explícitos, reproducibles y determinados.

Tabla 1: Pregunta pico

*¿Cuáles son las principales diferencias sociodemográficas y de salud de género en pacientes diagnosticados SCA en el servicio urgencias?*

<b>P (PACIENTE)</b>	<b>Definición del problema o paciente</b>	<b>Diferencias de género en pacientes SCA</b>
<b>I (INTERVENCIÓN)</b>	Intervención, tratamiento o causas que queremos analizar	Evidenciar las diferencias sociodemográficas y sanitarias entre los diferentes grupos de sujetos
<b>C (COMPARACIÓN)</b>	Intervención de comparación	No procede
<b>O (RESULTADOS="OUTCOMES")</b>	Resultados	Identificar entre hombre y mujeres en cuanto a la presentación SCA y sus diferencias sanitarias como sociodemográficas.

(Fuente: Elaboración propia)

## 5.4 Criterios de selección

### 5.4.1 Criterios de inclusión

Con el fin de obtener una adecuada búsqueda se propuso unos criterios en las diferentes bases de datos seleccionadas, se estableció estudios con literatura disponibles en inglés y español, y que figuren publicados en los últimos 5 años, posteriormente se introduzco artículos publicados en años anteriores por su interés científico. En cuanto a los artículos se buscó aquellos estudios cuyo diseño reflejó una máxima evidencias científicas. Estudios cuyo rango de mayor de edad, excluyendo a niños, y artículos basados en seres humanos.

Además, se seleccionó estudios que investiguen las diferencias de género en pacientes con SCA, y que analice las diferentes variables sociodemográficas y sanitarias que impliquen ser un factor de riesgo cardiovascular.

#### 5.4.2 Criterios de exclusión

Se suprimió los estudios de baja evidencia científica: páginas web, documentos sin autoría, opiniones de expertos entre otros. Por ende, también se seleccionaron investigaciones que generen conflicto de interés, los cuales estuvieran relacionados con documentos en los que se evidencie vulneración de datos personales o cuando no se anonimizado la fuente.

Se seleccionaron una serie de filtros para ir excluyendo aquellos artículos que no eran de interés científico para la realización de nuestro estudio

**Filtros:**

1º Artículos duplicados.

2º Por título (Dos descriptores).

3º Por resumen (La investigadora principal realiza una lectura oral del resumen o abstract y si considera que el artículo va en la línea de cara a complicar los objetivos planteados se selecciona, en caso contrario se rechaza).

4º Artículos en los que se analiza su elegibilidad

5º Estudios que por razones no llegan a tener una lectura crítica y una evidencia científica adecuada o por falta de resultados.

#### 5.5 Fuentes de información

A través de las diferentes fuentes primarias y secundarias, se utilizaron para documentar y obtener un conocimiento científico tanto el marco teórico como para el marco empírico. En referencias a las fuentes secundarias, se elaboraron una serie de búsquedas sistemáticas y exhaustivas en las bases de datos (BD) en Ciencias de la Salud con el objetivo de establecer una adecuada búsqueda relacionada con el tema del estudio.

Generalmente se realizó una búsqueda en Medline vía Pubmed BD de referencia sobre ciencias de la salud y medicina. En segundo lugar, se optó por BD específicas de enfermería CINAHL vía EBSCOhost, para investigar cuales había sido las aportaciones de nuestra disciplina y en tercer lugar en Medline vía Cochrane Library donde recoge revisiones sistemáticas de ensayos clínicos controlados.

Estos artículos se establecieron en un periodo entre los últimos 5 años. Posteriormente se decidió incluir artículos publicados en años anteriores ya que se consideraban artículos de interés científico y aportaban datos de interés.

Para la selección de estudios de interés se estableció aquellos artículos entre 2018 hasta el año 2023, pero se optó por aquellos estudios publicados en los años anteriores dada su importancia en el contexto del trabajo de investigación, ya que aportan datos de utilidad, y fueron artículos cuyo año de publicación fue en 2016.

## 5.6 Búsqueda de información

Para crear un diseño y unas estrategias de búsquedas adecuadas para posteriormente incluirlas en el estudio científico, se adaptaron unas herramientas apropiadas para cada BD. En primer lugar, y con la base generada del tema del estudio y con los objetivos planteadas, se formularon una serie de palabras clave y Descriptores en Ciencias de la salud (DesCs).

Tabla 2: Palabras claves.

<b>PALABRAS CLAVE</b>	<b>MESCH</b>	<b>DESC</b>
<b>Síndrome coronario agudo</b>	Acute Coronary Syndrome	Acute Coronary Syndrome
<b>Urgencias</b>	Emergencies	Emergencies
<b>Diferencia de género</b>	Gender difference	Gender difference
<b>Factores de Riesgo de Enfermedad Cardíaca</b>	Heart Disease Risk Factors	Heart Disease Risk Factors
<b>Enfermedad coronaria</b>	Coronary Disease	Coronary Disease
<b>Arteriopatía coronaria</b>	Coronary artery disease	Coronary artery disease
<b>Síntomas</b>	Symptoms	Symptoms
<b>Morbimortalidad</b>	Morbidity and Mortality	Morbidity and Mortality

(Fuente: elaboración propia)

Posteriormente, la unión de tesauros tipo *Medical Subject Heading* (MeSH) y con la ayuda de los operadores “booleanos” (AND, OR,) y de truncamiento (\*), con la finalidad de generar una búsqueda adaptada a cada BD.

Se realizaron las siguientes búsquedas:

Medline vía Pubmed → (Anexo 2)

Cinahl vía EBSCOhost → (Anexo 3)

Medline vía Cochrane Library → (Anexo 4)

Por último, se plantearon estrategias de búsqueda manual a través de la bibliografía de los artículos encontrados en las diferentes BD, en el proceso de selección de artículos

científicos se incluyeron en el proceso estudios adicionales dada su información de interés. Así como, se buscó artículos de autores relevantes y especializados en el tema. Este proceso, se culminó con la selección de estudios que se expresa a continuación.

### 5.7 Selección de estudios

Tras la identificación de los artículos, se inició un cribado basándose en 3 fases: en primer lugar, se excluyeron aquellos artículos duplicados, en segundo lugar, se eliminaron aquellos artículos tras la lectura preliminar de título y resumen no se adaptaban a nuestro tema de estudio y en tercer lugar se seleccionaron aquellos artículos que cumplían con los criterios de inclusión/exclusión y al acrónimo PICO.

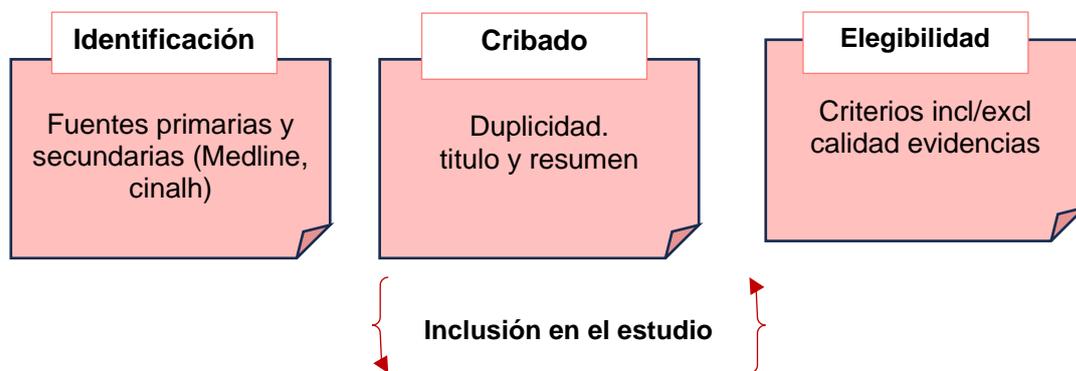


Figura 5: Estrategia de búsqueda y selección de estudios  
(Fuente: Elaboración propia)

A raíz de la primera fase de selección, se obtuvieron artículos completos de la mayoría de los estudios de investigación, y el resumen del resto sin duplicidad. Con ello se realizó una lectura crítica de todos y cada uno de los artículos incluidos mediante las recomendaciones de la herramienta CasPe (37) (*Critical Appaisal Skills Programme español*), llevando a cabo un análisis sistemático de su elegibilidad y de los criterios de inclusión y exclusión, con el fin de obtener de este modo un total de estudios incluidos en este análisis (Figura 5).

### 5.8 Proceso de extracción y listado de datos

Los datos de interés se extrajeron de forma independiente y unilateral por la investigadora-revisora, mediante la lectura crítica de los artículos.

Al mismo tiempo, se elaboró una tabla con el fin de recopilar los datos mediante el programa informático Microsoft Word, en el cual se creó un listado de datos de todos los artículos seleccionados para la RS.

Este listado se compuso de un registro de autor, país, revista, factor de impacto, año de publicación, tamaño muestra, diseño, enmascaramiento y duración del estudio, intervención, controles y conclusiones.

Se incluyeron también datos específicos relacionados con el género, comorbilidad, hábitos sanos/insanos, como situación sociodemográfica destacable.

Se busco una forma de incluir los resultados obtenidos en la evaluación de la calidad del nivel de evidencia con la escala Jadad (EJ) (38) (Anexo 5) y el nivel de evidencia mediante la escala SIGN (39) (Anexo 6). También se realizó una lectura crítica de la evidencia clínica basándose en CASPe, de los cuales se realizaron dos tablas numéricas (Tabla 5 y Tabla 6) pertenecientes a los (Anexo 7 y 8) cullos resultados sirvieron para la interpretación y calificación de los artículos incluidos en (Tabla 3 y 4).

### 5.9 Riesgo de sesgo en los estudios individuales

Para avalar los resultados de la revisión de acuerdo con los objetivos perseguidos, se realizó diferentes análisis para que fueran acordes a la realidad del estudio, se seleccionó a través de sesgos de selección (aleatorización), de realización y detección (cegamientos pacientes/profesionales) y de desgaste (datos incompletos “perdidas”). Con ese objetivo, el valor intrínseco de la investigación se evaluó de forma estructural y explícita de todos los artículos de ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECAs) con la escala EJ, además la escala de nivel de evidencia SIGN y se utilizó la planilla de lectura crítica de la evidencia clínica de ensayos controlados CASPe (Anexo 7), en cambio para los estudios de cohortes se utilizó la escala SIGN y lectura crítica CASPe de estudios de cohortes (Anexo 8).

### 5.10 Riesgo de sesgos entre los estudios

Respecto a los sesgos entre estudios, el objetivo disminuir los sesgos entre los estudios, siendo sometidos a métodos con rigor científico, la diversidad entre los estudios, siempre que el proceso de selección tenga ciertos criterios claros y uniformes aplicados, de esta manera, se generó una validez a los estudios seleccionados.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 Selección de estudios

Para mantener una adecuada estructura en este trabajo se llevó a cabo un proceso de selección de estudios, con el fin de seguir las recomendaciones basadas en el diagrama de flujo PRISMA (35) (Figura 6)

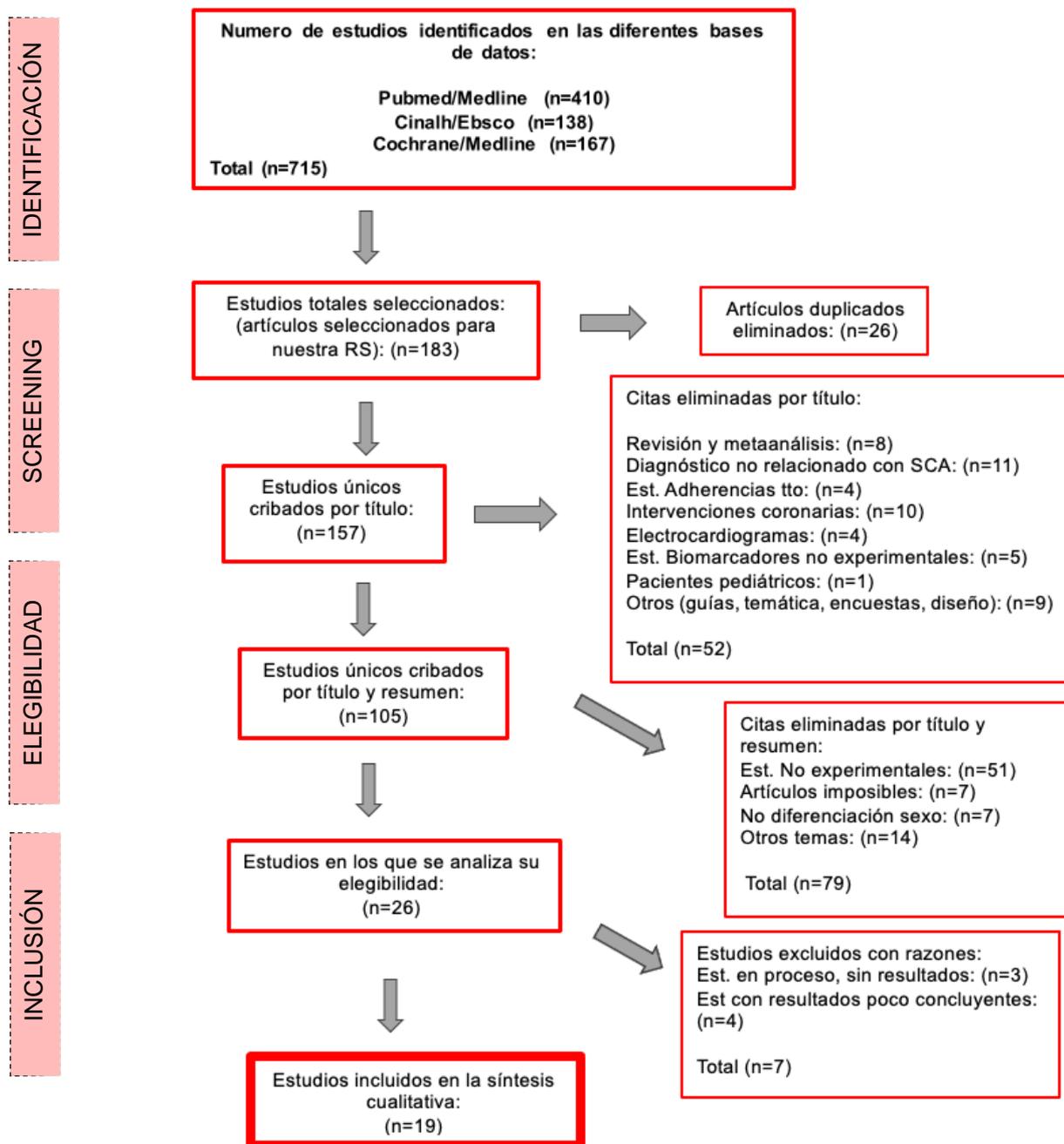


Figura 6: Proceso de selección de estudios para la revisión sistemática

(Fuente: Elaboración propia)

Se obtuvieron un total 715 de las diferentes bases de datos, de las cuales se seleccionaron 183 para nuestro estudio, y posteriormente se eliminaron 26 artículos que estaban duplicados. Tras una primera lectura superficial por la investigadora-revisora de los 157 artículos se procedió con un primer cribado por título se excluyeron un total de 52 estudios y a posteriori se realizó de nuevo otro cribado por título y resumen de los cuales se eliminaron un total 79 estudios. En la última etapa se excluyeron un total de 7 artículos, obteniéndose finalmente 19 artículos para el análisis cualitativo de la RS.

## 6.2 Características principales de los estudios individuales

En la tabla 3 y 4 se resumen los datos extraídos de las características principales de los 19 artículos incluidos en esta revisión. Es relevante destacar que de los artículos incluidos la muestra global fue de 120.143 pacientes, ya que al ser estudios sociodemográficos y sanitarios el tamaño de la población era elevados. Se clasificaron por continentes (Gráfico 1) y se observó que mayoritariamente se desarrollaron en Europa y América del norte.

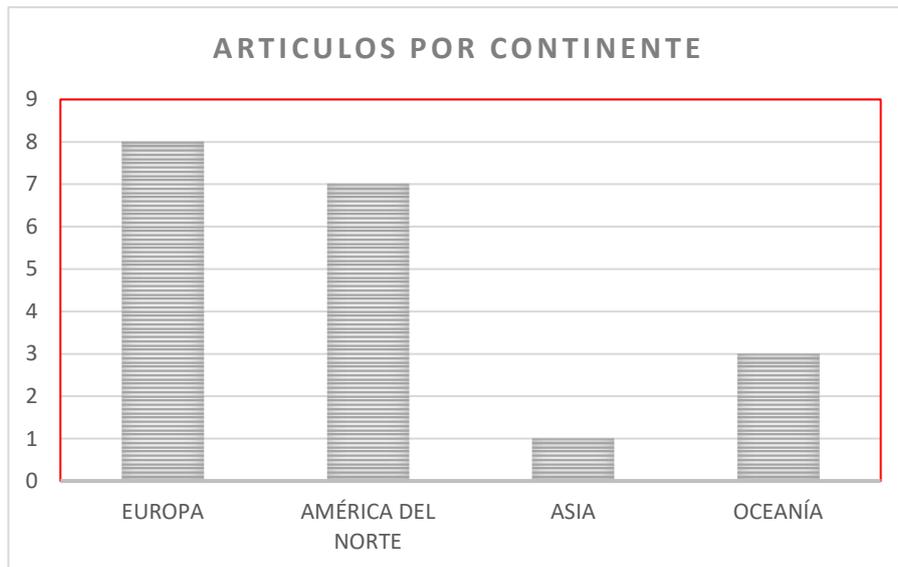


Gráfico 1: Continente en los que se realizaron los artículos incluidos en la RS.

(Fuente: Elaboración propia)

Tabla 3: Características principales de los estudios ECAs individuales.

Estudios	País	Diseño del estudio	Tamaño de muestra (n)	Periodo	Intervención	Control	Estimaciones	Conclusiones	validez (EJ)	Nivel de evidencias (SIGN)
(Verdoia et al., 2019)	Italia	ECA	1500 pacientes	Junio 2014- mayo 2016	Pacientes con SCA tratados con tratamiento antiplaquetario dual (DAPT) 3 meses, tratados con stents liberadores de fármacos (DES)	Pacientes con SCA tratados con DAPT 12 meses, tratados con DES.	Tasas supervivencias/ eventos isquémicos entre las dos estrategias (mujeres: HR ajustada [IC del 95 %] = 1,12 [0,45–2,78], p = 0,81; hombres: HR ajustada [IC del 95 %] = 0,90 [0,61–1,32], p = 0,60	No hay diferencias significativas entre género. Estrategia de DAPT de 3 meses es tan efectiva como la de 12 meses.	2	1+
(Lambrakis et al., 2023)	Australia	ECA	5207 pacientes	Julio 2011- agosto 2015- abril 2019	Pacientes con SCA y troponina cardíaca de alta sensibilidad (hs-cTn) (centrados en la diferencia de género)	Pacientes con SCA estudio RAPID TnT, troponina cardíaca (centrados en la diferencia de género)	RAPID TnT → tasas altas tabaquismo, antecedentes EAC. Hs-troponina → riesgo ECV y antecedes. Por sexo: Hombres Hs-troponina → diabetes, hiperlipidemia, IM previo función renal más deficientes las mujeres. Mujeres tasa más baja de IM.	Se observaron diferencias entre hombres y mujeres, especialmente en el estudio RAPID TnT, lo que sugiere oportunidades perdidas para mejorar los resultados, especialmente en mujeres.	3	1++
(Lee et al., 2019)	Reino Unido	ECA	48.282 pacientes (47% mujeres)	6 meses	Ensayo de (hs-cTn) con umbrales específicos de mujeres con SCA	Ensayo de (hs-cTn) con umbrales específicos de hombres con SCA	Aumento la lesión de miocárdica en mujeres 42% en comparación con hombres 6%. IC: mujeres 1,11 y hombre 0,85	Hs-Ctn detectó que las mujeres tienden a tener más lesiones miocárdicas	4	1++

Estudios	País	Diseño del estudio	Tamaño de muestra (n)	Periodo	Intervención	Control	Estimaciones	Conclusiones	validez (EJ)	Nivel de evidencias (SIGN)
(Ferry et al., 2019)	Reino unido	ECA	1941 (39% mujeres)	1/6/2013-3/3/2017	Síntomas típicos	Síntomas atípicos	Los síntomas típicos fueron más comunes en mujeres que en hombres con IAM (77% vs 59%, y las diferencias fueron similares en los reclasificados (74%vs 44%)	Los síntomas típicos son más comunes y tienen mayor valor predictivo en mujeres que en hombres con IAM, independientemente de que se diagnostiquen utilizando criterios específicos de sexo.	2	1+
(Dillinger et al., 2021)	EE. UU.	ECA TAO	13.229 (30,1% mujeres)	No consta	Pacientes tratados con heparina más eptifibatida	Pacientes tratados con heparinas más otamixaban	Las mujeres experimentaron un mayor riesgo de eventos isquémicos (10,2% vs 9,1%; y eventos hemorrágicos (4,2% vs 3,4%; que los hombres.	Pacientes SCASEST: aumento de eventos hemorrágicos/mortalidad en mujeres mayores.	3	1++
(Rising et al., 2018)	EE. UU.	ECA	898 pacientes (50% mujeres)	No consta	Grupo (DA) uso de la ayuda en la toma de decisiones con dolor torácico	Grupo (UC) que solo recibía atención habitual	DA: aumenta pacientes con alfabetización "baja" en comparación con aquellos con alfabetización "típica" (3,7% frente a -1,4%, AD = 5,1, P para interacción = 0,011).	CPC aumento los conocimientos en la salud y confianza médico/pacientes en los grupos sociodemográficos Chest Pain Choice (CPC): toma de disciones compartidas.	2	1+
(Rossello et al., 2021)	EE. UU.	ECA doble ciego	5.380 pacientes	No consta	Paciente con SCA y diabetes tipo 2 con tratamiento Alogliptina (sexo, edad y raza)	Paciente con SCA y diabetes tipo 2 con tratamiento Placebo (sexo, edad y raza)	MACE: Pacientes no blancos 1,04–1,75), no riesgo significativo sexo/edad. Riesgo IC: Pacientes no blancos 1,13–2,14) y en pacientes > 65 años y mujeres 1,07–1,6).	Los adultos mayores, mujeres y pacientes diabéticos no blancos tienen más riesgo de sufrir un SCA y los pacientes de grupos étnicos no blancos (y no las mujeres ni los pacientes mayores) tenían un mayor riesgo de MACE.	4	1++

Estudios	País	Diseño del estudio	Tamaño de muestra (n)	Periodo	Intervención	Control	Estimaciones	Conclusiones	validez (EJ)	Nivel de evidencias (SIGN)
(Gargiulo et al., 2016)	Suiza	ECA	1979 pacientes	No consta	Pacientes 24 meses con DAPT después de la intervención coronaria percutánea (ICP) en mujeres.	Pacientes 6 meses con DAPT después de la intervención coronaria percutánea (ICP) en hombres.	Mujeres más edad, HTA y EAC. -Riesgo eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE): isquémicos/hemorrágicos p = 0,661; mujeres y p=0,962 hombres	Los hombres como mujeres sometidas a ICP tienen riesgo isquémicos y hemorrágicos similares a los 2 años. La prolongación del DAPT no proporcionó beneficios y podría aumentar el riesgo de sangrado, especialmente en hombres.	3	1++
(Murphy et al. 2019)	Australia	ECA	165 (15% mujeres)	No consta	Programa de rehabilitación cardíaca basado en teléfonos inteligentes después de un SCA en sexo femenino	Programa de rehabilitación cardíaca basado en teléfonos inteligentes después de un SCA sexo masculino	Hombre vs mujer: Colesterol: 77%      69% PA:            54%            62% HbA1:        92% 100% Depresión: 14%      31%	Recibían las mismas guías que los hombres, pero las mujeres tienen de tener depresión después de SCA	2	1+

Tabla 4: Características principales de los estudios de cohortes individuales.

Estudios	País	Diseño del estudio	Tamaño de muestra (n)	Tiempo de seguimiento	Periodo	Casos (expuestos)	Controles (no expuestos)	Riesgo relativo	Conclusiones	Nivel de evidencias (SIGN)
(Kienbacher et al. 2021)	Austria	Cohortes	1.109 (72% hombres)	Prospectivo	Marzo 2012 al julio 2017	Pacientes con infarto (SCACEST) en condiciones climáticas externas y diferencia de géneros	Pacientes con infarto (SCACEST) en condiciones climáticas de temperaturas normales y diferencia de genero	T° baja: La razón de tasas de incidencia (TIR) de 2.3 con un valor de p igual a 0.02, hay estadísticamente significativa. T° cálida: no diferencia de género. Un TIR para la interacción de 0.9 con un valor de p igual a 0.3, lo que sugiere que no hubo interacción significativa entre el género y las temperaturas cálidas	La baja temperatura percibida aumenta aún más el riesgo ya elevado de STEMI en los hombres	2+

RR= incidencia acumulada en expuestos/no expuestos.

Estudios	País	Diseño del estudio	Tamaño de muestra (n)	Tiempo de seguimiento	Periodo	Casos (expuestos)	Controles (no expuestos)	Riesgo relativo	Conclusiones	Nivel de evidencias (SIGN)
(Bunney et al. 2023)	EE. UU.	Cohortes	1.397 pacientes	Retrospectivo	1 enero 2015 y 31 de diciembre 2020	Pacientes con SCA/ infarto de miocardio con elevación del segmento ST (STEMI) con ECG 10 min cambio de protocolo (sexo, raza, etnia, idioma y edad)	Pacientes con SCA/STEMI protocolo actual ECG (sexo, raza, etnia, idioma y edad)	RR<1 posible factor protector, los sujetos con actuación rápida ECG tiene menor riesgo. La sensibilidad alcanzada fue del 92.9%, con un intervalo de confianza del 95% (IC) de 91.4% a 94.2%.	Cribado aumentó la detección SCA/STEMI, la adición de un modelo predictivo mejoró equitativa entre los diferentes grupos demográficos. peor resultados pacientes: jóvenes, negros, nativos americanos.	2++
(Bender et al. 2023)	EE. UU.	Cohortes	2.218 (66% mujeres)	Prospectivo	Reclamación: Praxy Canadá, EE. UU., Suiza (2009/2013) Eva: Italia (2016/2019) virgo (2008/2012) EE. UU., España y Australia	Pacientes la duración de la estancia hospitalaria (LOS) en pacientes con infarto de miocardio sin elevación del segmento ST (NSTEMI) Hospitalizados ≥4 días (relacionado con el sexo y genero)	Pacientes LOS en pacientes con NSTEMI hospitalizados <4 días	<b>Edad:</b> cada 10 años, aumentó en 0.62 días estadísticamente significativa (P<0.001). <b>Desempleo</b> estancia s prolongada, con un aumento promedio de 0.63 días (P=0.01). <b>País:</b> Canadá, se observaron diferencias en la duración de la estancia para algunos países: Italia (+4.1 días), España (+1.7 días) y Estados Unidos (-1.0 días).	Los síntomas del dolor torácico difieren en pacientes prehospitalarios no seleccionados en relación con la edad, el sexo y el historial médico,	2+

Estudios	País	Diseño del estudio	Tamaño de muestra (n)	Tiempo de seguimiento	Periodo	Casos (expuestos)	Controles (no expuestos)	Riesgo relativo	Conclusiones	Nivel de evidencias (SIGN)
(Kazukauskienė et al., 2022)	Lituania	Cohortes	864 pacientes (74% hombres)	Prospectivo	2014 - 2018	Pacientes EAC después de SCA y medidas iniciales del funcionamiento cognitivo y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) (Personalidad y sexo: Mujeres).	Pacientes EAC después de SCA y medidas iniciales del CVRS (Personalidad y sexo: Hombre).	RR> 1 Hombres presenta una característica de interés mayor de padecer la personalidad tipo D VS RR< 1 mujeres	Los hombres con enfermedad de las arterias coronarias y personalidad tipo D son más vulnerables a un deterioro del funcionamiento cognitivo y una peor CVRS a largo plazo.	2++
(Zambach et al., 2021)	Suecia	Cohortes	33.057 (10.773 mujeres)	Prospectivo	1972 - 1992	Pacientes con riesgo cardiovascular (CV) eventos mortales	Pacientes con CV eventos no mortales	RR>1 aumenta el riesgo de aparición de daño de eventos cardiovasculares	Tabaco, IMC alto, PA y FC se asocian con eventos mortales	2+
(Wibring et al., 2022)	Suecia	Cohortes	2.917 pacientes	Prospectivo	Durante 2018	Servicios médicos de emergencia (EMS) por dolor torácico. Según (Edad + Sexo: Mujeres).	EM) por dolor torácico. Según (Edad + Sexo: Hombres).	Las mujeres presentaron con mayor frecuencia náuseas (OR 1,6), dolor de garganta (OR 2,1) o de espalda (OR 2,1). Además, su dolor se vio afectado más frecuentemente por la palpación (OR 1,7) o el movimiento (OR 1,4).	Los síntomas del dolor torácico difieren en pacientes prehospitalarios no seleccionados en relación con la edad, el sexo y el historial médico,	2+

Estudios	País	Diseño del estudio	Tamaño de muestra (n)	Tiempo de seguimiento	Periodo	Casos (expuestos)	Controles (no expuestos)	Riesgo relativo	Conclusiones	Nivel de evidencias (SIGN)
(Pelletier et al. 2016)	Canadá	Cohortes	273 mujeres y 636 hombres	Prospectivo	Enero 2009 al abril 2013	Pacientes con recurrencia a SCA y MACE (Género: Femenino).	Pacientes con recurrencia a SCA y MACE (Género: Masculino).	RR> 1 eventos cardiovasculares adversos (la exposición confiere un factor de riesgo mayor, asociación positiva)	Adultos más jóvenes (mujeres) tienen más riesgo de reaparición SCA en los 12 meses	2++
(Ezekowitz et al. 2020)	Canadá	Cohortes	45.064 pacientes (13.878 mujeres)	Ambispectivo	1 abril 2002 al 31 marzo 2016	Pacientes con IM entre el sexo femenino en el tratamiento y resultados clínicos.	Pacientes con IM entre el sexo masculina en el tratamiento y resultados clínicos	RR de muerte: <1 (NSTEMI) tiene menor riesgo de presentar la enfermedad que > 1 (STEMI)	Las mujeres tienen mayor riesgo de morir o IC en 5 años siguientes a un STEMI o NSTEMI, incluso después de ajustar por factores como hallazgos angiográficos y revascularización.	2+
(Roe et al. 2016)	Australia	Cohortes	488 pacientes	Retrospectivo	Diciembre 2007 hasta diciembre 2009	Pacientes indígenas con características clínicas de alto riesgo SCASEST	Pacientes no indígenas características clínicas de alto riesgo SCASEST	RR:1,54 indígenas aumento el riesgo de aparición del daño	Pacientes indígenas tiene a retraso en la consulta del hospital	2++
(Dawson et al. 2023)	Austria	Cohortes	256.901 (50,3% mujeres)	Retrospectivo	1 enero 2015 al 30 de junio 2019	Pacientes que acuden con dolor torácico (Sexo: mujeres).	Pacientes que acuden con dolor torácico (Sexo: Hombres).	RR>1 mujeres La incidencia por edad fueron más mujeres que hombres (1,191 frente a 1,135 por 100,000).	Mujeres tiene menos probabilidad de recibir atención medicas	2+

(Fuente: Elaboración propia)

El 47% de los estudios seleccionados para la RS fueron ECAs y el 53% son descritos como estudios analíticos observacionales de cohortes (Gráfico 2).

De los cuales se dividieron por muestreo no probabilístico o por conveniencia haciendo referencia a los estudios de cohortes y el resto se utilizó muestreo probabilístico que fueron los estudios ECAs (Gráfico 3).



Gráfico 2: Muestreo de los diferentes estudios.

(Fuente: Elaboración propia)

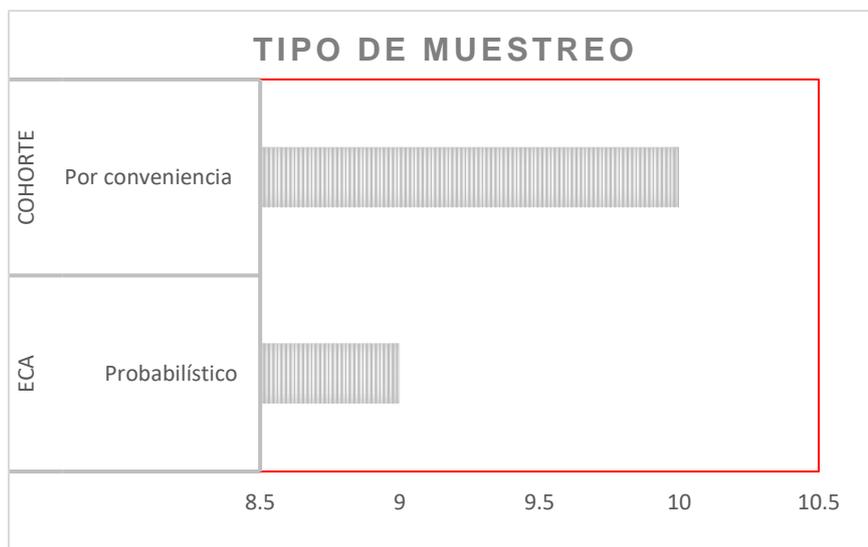


Gráfico 3: Tipología del estudio incluidos en RS.

(Fuente: Elaboración propia)

El conjunto de los artículos incluidos procede de 15 revistas distintas con un factor de impacto consultado en el *Scientific Journal Rankings* (SJR) (40) (Anexo 9) de los cuales hubo diferenciación entre 0,72 de la revista *Heart lung and circulation* y *The American College of Cardiology* con un factor de impacto de 8,34. El 58% de los artículos utilizados correspondieron a revisar con un factor de impacto en el SJR mayor que 2 y 42% menor que 2. Con relación a los cuartiles, las revistas *Open Heart* y *Heart lung and circulation* corresponden Q2 que ocupan el grupo del 25% al 50% en la ordenación de revistas de menor a mayor factor de impacto, en cambio el resto de revista pertenecen al Q1 que es el grupo conformado por el primer 25% de las revistas del listado.

En cuanto a la temática la revista *European Journal of Cardiovascular Nursing* fue de enfermería, el resto de revistas seleccionadas para la revisión fueron de materia de medicina.

Respecto a los años de publicación (Grafica 4), se observó que la mayoría de los estudios se publicaron en el 2023 y 2021. Posteriormente se observa artículos publicados en el 2019 y 2016, del cual se amplió el rango de la búsqueda en más de 5 años, ya que algunos artículos publicados en el 2016 eran de interés científico para esta revisión. También los años e 2022 y 2020 fluctúan en la misma cifra, y por último se encontró un artículo del año 2018.

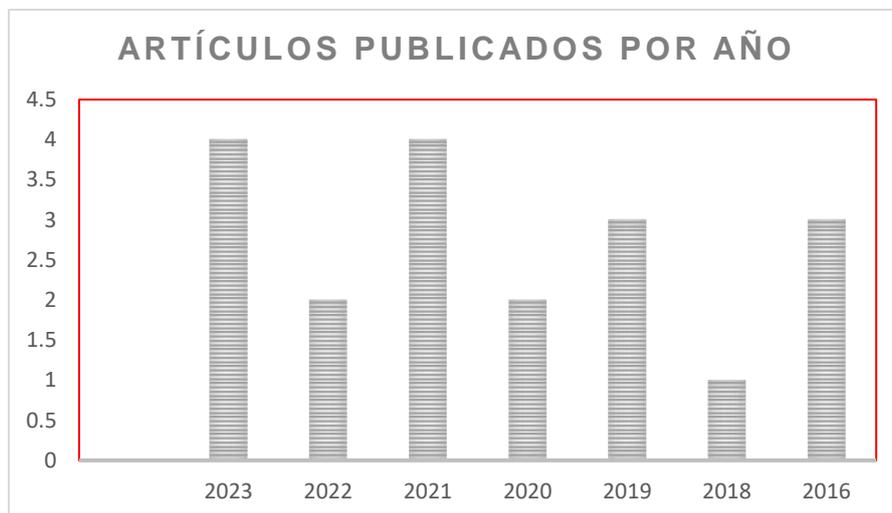


Gráfico 4: Número de estudios publicado por año.

(Fuente: Elaboración propia)

### 6.3 Calidad metodológica y nivel de evidencia de los estudios

Los artículos obtenidos en nuestros estudios se les atribuyó unas variables de calidad de la evidencia por la EJ y nivel de evidencia por la escala SIGN, de los cuales se muestran en las (Tablas 3 y 4).

La evaluación de la calidad metodológica de los ensayos clínicos para los ECAs se utilizó la EJ, de los 9 artículos incluidos el 56% de los artículos mostraban una puntuación alta, y el 44% obtuvo una calidad baja. Mientras que el nivel de evidencia que se pasó a los artículos ECAs y cohortes que fue un total de 19 estudios, se obtuvo un nivel de evidencia según el método seleccionado SIGN fue moderado-alto. El 32% obtuvo un nivel de 2++ y el 26% nivel de 1++, en el nivel +2 y +1 se obtuvo una cifra igual del 21% (Gráfico 5).



Gráfico 5: Grado de recomendación de los artículos según el SIGN.

(Fuente: Elaboración propia)

### 6.4 Criterio de los estudios SCA tras un evento coronario

Para esta investigación se planteó realizar un gráfico detallado sobre la temática de los diferentes estudios (Gráfico 6) de los 19 artículos recopilados se obtuvo como resultado una incidencia de sufrir SCA tras padecer algún tipo de factor de riesgo cardiovascular o sintomatología con referencia al DT, el 47% hacía referencia a los resultados de supervivencia y sensibilidad tras padecer SCA. En cambio 32% de los estudios hace referencia FRCV y cómo afecta en el género y en el ámbito sanitario y social. Y por último el 11% de los artículos habla de la sintomatología típica y atípica entre el sexo masculino y femenino. Y los otros 10% biomarcadores específicos del daño del miocardio.

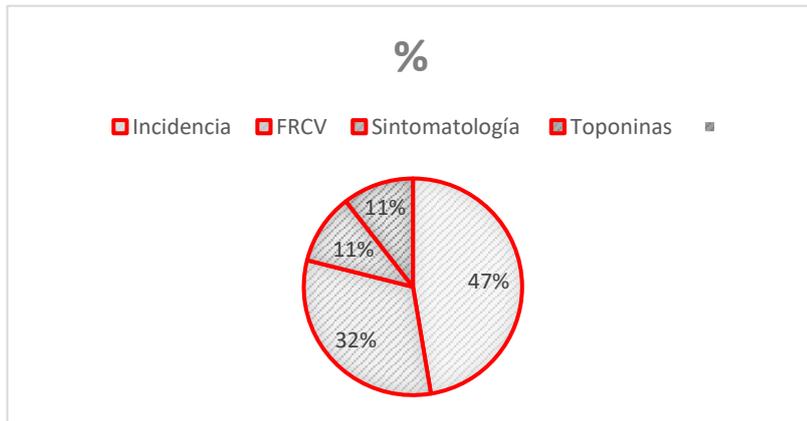


Gráfico 6: Tendencia de los resultados de los estudios sobre SCA.

(Fuente: Elaboración propia)

### 6.5 Riesgo relacionado tras un SCA

De los 47% artículos incluidos hace a los problemas que genero SCA en ambos sexos, en referente al SCASEST/SCACEST presentó resaltos isquémicos, eventos hemorrágicos y gran mortalidad en pacientes femeninos, e incluso de desarrollar una IC tras SCA. Un estudio mostró que el tratamiento con doble terapia antiplaquetaria (DAPT) mostros una reducción en la mortalidad en ambos sexos, pero los hombres generaban más riesgo hemorrágico, y de los pacientes jóvenes el sexo femenino tiene mayores probabilidades de tener otros episodios pasado los 12 meses. En referencia al 11% de los estudios de las troponinas son un estudio que destacó la detección que el sexo femenino fue más identificativo que el masculino.

### 6.6 Perfiles sociodemográficos y sanitarios

En el 32% de los estudios que hacen referencia FRCV, hablamos de que los perfiles sociodemográficos influyen a la hora de tomar decisiones, por ejemplo, el origen étnico, el nivel de educación y los pacientes con alfabetización “baja” y estar desempleado presentan un conocimiento bajo en el tema de salud y una falta de seguimiento clínico por parte del paciente en comparación con la raza blanca.

Las mujeres presentaron una media de edad superior a los hombres, generando más tasa de mortalidad hospitalaria tras un evento coronario.

En el perfil de riesgo cardiovascular se muestra en la (Grafica 7), un ejemplo visual de cómo afecta mayoritariamente cada factor entre el género, las mujeres tienen más

tendencia a la diabetes y HTA, en cambio los hombres sufren más de colesterol y tiene un índice de masa corporal (IMC) más elevado.

En el ámbito psicológico el hombre mostraría más rasgo de personalidad tipo D, elevado nivel de estrés, generando el riesgo de sufrir algún tipo de evento cardíaco, en cambio las mujeres en el ámbito psicosocial el estrés influye a sufrir SCA.

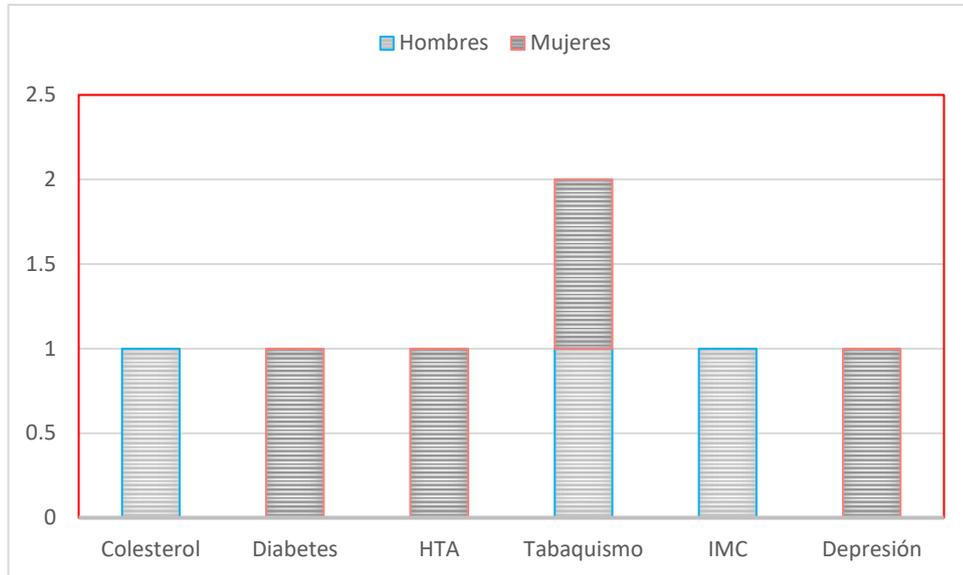


Gráfico 7: Tendencia FRCV según sexo.

(Fuente: Elaboración propia)

### 6.7 Sintomatología diferencial según género

En el 11% de los estudios revisados, se evaluó tres estudios referentes a síntomas SCA, un estudio fue sobre el dolor torácico como síntoma típico y atípico en distinción entre hombre y mujer, de los cuales el dolor típico se clasifico pecho, brazo o mandíbula, mientras que el atípico fue en el epigástrico o espalda, donde se encontró que los síntomas más “atípicos” fueron en mujeres. Sin embargo, se encontró diferencias significativas en la diferenciación de sexo, ya que otro estudio difiere de la sintomatología entre pacientes, es independientemente del sexo. En cambio, un estudio referente a síntomas como: nauseas o vómitos, disnea y palpitaciones también fueron similar en ambos sexos, pero mayor probabilidad en mujeres.

Por último, otro estudio de detección temprana SCA, se propuso la realización de un nuevo protocolo de ECG rápido de 10 minutos en la consulta aumento el cribado de detención.

## 7 DISCUSIÓN

### 7.1 Resumen de la evidencia e interpretación de los resultados

Al comparar los diferentes estudios en esta revisión sistemática se ha podido observar en referente a las diferencias sociodemográficas y sanitarias en la asistencia en el servicio de urgencias diagnosticados de SCA, se realizó un análisis multivariado para evaluar la asociación entre las características de los síntomas, género y edad del paciente, entre otras.

En el estudio de **Wibring et al. 2022** (41) los síntomas en referencia a las mujeres presentaron mayor frecuencia náuseas, dolor de garganta o de espalda, además, las mujeres pueden experimentar síntomas “atípicos” y su dolor se vio afectado más frecuentemente por la palpación, lo que puede dificultar el diagnóstico temprano. En cambio, **Ferry et al. 2019** (42) asoció que los hombres tenían mayor incidencia y presentaban síntomas “típicos”, que las mujeres, pero el dolor torácico fue un signo predictivo en ambos sexos.

Basadas en el género, **Gargiulo et al. 2016** (43) **Dawson et al. 2023** (44) y **Ezekowitz et al. 2020** (45) citan que las tasas de incidencia estandarizada por edad fueron los hombres que tienden a presentar SCA a una edad más temprana que las mujeres, pero puede ocasionar diferenciación en el género por la presentación de síntomas, con lo que conlleva a más edad más comorbilidades.

La prueba hs-cTn para la detección de SCA, **Lee et al. 2019** (46), citó que el uso de umbrales específicos de sexo para la troponina I cardiaca de alta sensibilidad identificó un mayor número de mujeres con lesión miocárdica en comparación con los hombres.

Al contrario que **Lambrakis et al. 2023** (47) también observó que puede variar la detención según el género, mientras que en su estudio comparativo del hs-cTn y RAPID TnT, vio que RAPID TnT mejoró los resultados de detención en mujeres.

Además, **Lee et al. 2019** (46) y **Ezekowitz et al. 2020** (45) señalaron que las mujeres tienden a recibir tratamientos invasivos menores, como la angioplastia en comparación con los hombres, esta diversidad puede influir en los resultados y en la atención a pacientes en el servicio de urgencias.

**Rossello et al. 2021** (48) en referencia a su estudio vio la diferenciación en los grupos étnicos no blancos y blancos, los pacientes étnicos no blancos tenían tendencia a sufrir MACE. En el estudio **Roe et al. 2016** (49), encontró que los pacientes indígenas (no blancos) eran más jóvenes, y presentaban más tarde la enfermedad, además de tener riesgo de FRCV. Según **Pelletier et al. 2016** (50) los roles y rasgos de personalidad femenina se asocian a tasas de MACE a diferencias de los hombres.

En cambio, en el estudio de **Bunney et al. 2023** (51) detectó que un ECG adicional en diferentes grupos demográficos ayudo en la detección SCA y STEMI, ya que en la práctica habitual de ECG reflejó peores resultados en pacientes no blancos.

Por otro lado, **Bender et al. 2023** (52) detectó que la raza blanca tiende a tener diabetes, HTA, empleo y tener un nivel de educación secundaria completa.

En cuanto al perfil sociodemográfico, puede variar según diferentes factores, la edad como se ha comentado anteriormente por los autores **Gargiulo et al. 2016** (43), **Dawson et al. 2023** (44) y **Ezekowitz et al. 2020** (45), las tasas de incidencia SCA fueron más altas en las mujeres que para los hombres.

**Kienbacher et al. 2021** (53), en su estudio hace referencia a las condiciones climáticas y como afecta a la incidencia de STEMI en ambos géneros, de la cual, observó que la baja temperatura aumenta más el riesgo en los hombres.

El estudio de **Rising et al. 2018** (54), analizó el nivel de educación en pacientes con dolor torácico, y la ayuda de toma de decisiones, no se vio afectado por pacientes con educación superior, pero mejoró al grupo que tenía habilidades aritméticas típicas en comparación con las bajas. En cambio, la confianza aumentó en pacientes con baja alfabetización (bajo conocimientos de salud).

La estancia hospitalaria, según **Bender et al. 2023** (52) en su estudio relacionó la situación laboral, el país de hospitalización y la edad, en relación con el desempleo citó que se prolongó más, al igual que la edad que por cada 10 años, se incrementa la estancia. En referente al país en Europa se vio la estancia más alargada en comparación con otro continente.

El color de la piel no es factor directo en el desarrollo de SCA, pero esta relacionados con factores socioeconómicas, cultural que si pueden influir.

Varios autores como **Roe et al. 2016** (49), citó en su estudio que los FRCV y la búsqueda de atención medica e incluso la adherencia al tratamiento interfieren en grupos étnicos y poblaciones vulnerables, al igual que mencionó **Rossello et al. 2021** (48).

Respecto a el perfil sociosanitario, **Zambach et al. 2021** (55) en su estudio se centró FRCV como el sexo masculino, el tabaquismo, la presión arterial y IMC se asociaron a eventos coronarios más graves en comparación con la diabetes, el colesterol, haciendo referencia al sexo masculino tiene más temprana la presentación de SCA.

En el estudio de **Pelletier et al. 2016** (50), en referente al sexo femenino, se observó que las mujeres presentaban diferencias significativas en comparación en varios aspectos, cómo la edad, más comorbilidades, tasas más bajas de angiografía diagnósticas y de desarrollar IC en comparación con los hombres.

Con ellos el autor **Ferry et al. 2019** (42) se centró en la presentación de los síntomas, pero también desarrollo del SCA, síndrome metabólico en referente a las mujeres

abarco la diabetes mellitus, la obesidad abdominal, HTA y triglicéridos altos, haciendo referencias a la edad después de la menopausia debido a cambios hormonales y otros factores que influyen en ellas. **Rossello et al. 2021** (48), recalcó los adultos mayores, las mujeres y pacientes étnicos no blancos suelen desarrollar diabetes mellitus.

Por lo contrario, **Zambach et al. 2021** (55) referenció que el tabaquismo fue un predictor principal en los hombres, al igual que el colesterol, la HTA y la obesidad central.

Con relación a el perfil de riesgo **Murphy et al. 2019** (56) citó la ansiedad, el estrés y la depresión afecto significativamente a las mujeres, la depresión fue más común en mujeres que habían experimentado SCA, produciendo por un trauma emocional al evento cardiaco y los cambios de la calidad de vida en el futuro, en cambio **Kazukauskiene et al. 2022** (57) en su estudio mencionó los hombres tenían más rasgo de personalidad tipo D, los cuales tienen más riesgo a desarrollar SCA en comparación con aquellos sin rasgo, con tendencia a comportamientos de riesgo para la salud, además de tener un sistema nervioso muy reactivo.

Por último, en cuanto a los resultados a largo plazo tras un SCA, se analizó en ambos sexos en las diferentes terapias, **Verdoia et al. 2019** (58) encontró que la duración DAPT los pacientes tratados con 3 meses versus 12 meses, fue efectiva en ambos sexos, independientemente del género y que no se observaron diferencias significativas en cuando eventos como la mortalidad, IM o hemorragias. Estos resultados sugieran que la duración del DAPT no se observaron resultados diferenciales a largo plazo.

Según **Gargiulo et al. 2016** (43) se comparó el DAPT de 24 meses versus el de 6 meses y no se presentaron ningún riesgo isquémicos y hemorrágicos similares ambos sexos.

En contraposición, los autores **Pelletier et al. 2016** (50), **Dillinger et al. 2021** (59) y **Dawson et al. 2023** (44) señalaron que, a pesar de que las mujeres pueden recibir menos tratamientos agresivos, de los cuales pueden tener resultado final similar a los hombres, tienen un mayor riesgo de eventos isquémicos, hemorrágicos y mortalidad en comparación con los hombres.

**Lee et al. 2019** (46) observó en su estudio un aumentó en las detecciones de lesiones del miocardio en mujeres, pero fueron menos propensas que los hombres a someterse a revascularización coronaria y tratamiento antiagregación plaquetario. Este autor sugirió que las mujeres pueden tener una menor utilización de tratamientos invasivos y farmacológicos después de un SCA, lo que puede contribuir a su mayor riesgo de eventos adversos, por ello, los hombres suelen tener una tasa de supervivencias más alta a largo plazo, ya sea por la edad o por no presentar más comorbilidades y realizarse más tratamientos invasivos.

## 7.2 Recomendaciones basadas en la evidencia

Basándonos en la evidencia recopilada en esta revisión sistemática, expresamos nuestras conclusiones de manera que reflejen los hallazgos de manera clara y contundente.

### 7.2.1 Implicaciones en la investigación

Principalmente, proponemos la necesidad de desarrollar investigación en el campo de enfermería para buscar estrategias de diagnóstico y tratamientos teniendo en cuenta las diferencias fisiológicas de las mujeres en el climaterio, ya que durante esta etapa experimentan una disminución de los niveles de estrógenos, aumento el riesgo ECV.

En consecuencia, del aumento de comorbilidades, planteamos el desarrollo de biomarcadores que ayuden en el diagnóstico temprano diferenciación de factores de riesgo y la predicción del pronóstico de pacientes con SCA.

Y, por último, ofrecer una visión profunda del impacto SCA, en el contexto de los pacientes, desde su perspectiva, teniendo en cuenta factores socioculturales como género, clase social, etnia. Al igual que identificar barreras y facilitadores para la prevención y tratamiento, generando modelos de atención innovadores que abordan aspectos médicos y psicosociales. Por los enfoques cuantitativos, se pueden complementar en el desarrollo de una investigación cualitativa en este sentido.

### 7.2.2 Implicaciones en la práctica

En primer lugar, aconsejaremos como medida de prevención la identificación de factores de riesgo y predictores por parte de enfermería, para ayudar a identificar FRCV, así como predictores de eventos adversos, generando estudios epidemiológicos para asociar entre diferentes variables como la edad, el sexo, la hipertensión, la diabetes, el tabaquismo, el colesterol juntos con la incidencia y el pronóstico SCA.

También, recomendamos una atención centrada en el género que catalogue las diferencias biológicas, sociales y culturales entre ambos sexos en relación con el SCA, a través del análisis de género y datos por parte de enfermería que genere estrategias específicas con el objetivo de la prevención, diagnóstico y manejo de la enfermedad en ambos sexos.

### 7.3 Limitaciones del estudio

Es fundamental conocer las limitaciones y los sesgos que pueden influir en la calidad de los estudios seleccionados y de los resultados en cualquier trabajo de investigación.

Por ello, es importante comprender como estos factores afectan la revisión en sí misma. Referente a los sesgos individuales de los estudios incluidos en la revisión, desbebemos considerar el sesgo de publicación, que surge cuando los resultados positivos tienen más probabilidades de ser publicados que los resultados negativos, y también el sesgo de notificación, este sesgo puede distorsionar entra los resultados por parte del investigador.

De igual forma, la heterogeneidad de los estudios, tanto en la metodológica referente a estudios de cohortes o ECAs, y en la clínica podría surgir debido a diferencias en la edad, el sexo, los factores de riesgo cardiovascular u otras características de los participantes.

Otra limitación es la condición inherente de llevar a cabo la revisión de forma individual, sin formar parte de un equipo, presenta una limitación en términos de diversidad de opiniones, disconformidad y acuerdos en distintos puntos de conflicto. Esta falta de colaboración puede comprometer la imparcialidad y la calidad del análisis. Además, el hecho de que no se llevara a cabo la selección de estudios relevantes ni la extracción de datos por partes de dos revisores independientes presenta un riesgo significativo de sesgo. Idealmente, se habría realizado una auditoría por parte de un revisor independiente sobre una muestra aleatoria de estudios para mitigar este riesgo, pero lamentablemente no fue posible. Por lo tanto, es esencial tener en cuenta estas limitaciones al interpretar los resultados de la revisión y al realizar conclusiones basadas en ellos.

También, es importante señalar la limitación derivada de la inexperiencia investigadora de la revisión. A pesar de adherirse al método científico, se establece un riesgo de omisión debido a la falta de experiencia investigadora. Además, se ha enfrentado a múltiples dificultades para obtener acceso a artículos completos o para evaluar adecuadamente la validez interna de los estudios debido a la falta de información suficiente en los resúmenes. Esta falta de experiencia y los desafíos asociados deben ser considerados al interpretar los resultados de la revisión.

Por último, La limitación de tener que completar la revisión en un plazo corto puede tener un impacto significativo en la laboriosidad, la exhaustividad y la estructura que requieren las revisiones sistemáticas.

## 8 CONCLUSIONES

Tras la presente revisión sistemática concluimos que:

Con relación al impacto del género en el SCA, se destaca la significativa variabilidad en la presentación clínica y resultados de pacientes con SCA. Esto resalta la importancia de considerar las diferencias entre sexos en la atención de urgencias, haciendo referencia al **objetivo general**.

1. En cuanto al primer **objetivo específico**, según el perfil sociodemográficos se evidencia que las mujeres tienden a desarrollar SCA a una edad más avanzada que los hombres y presentan mayor comorbilidad. Se observa una asociación entre la situación laboral, edad y país de hospitalización con la duración de la estancia hospitalaria, siendo esta más prolongada en pacientes desempleados y de mayor edad.
2. En referencia al segundo **objetivo específico**, se identifica que el perfil sociosanitario del SCA varía según el género, con diferencias significativas en la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular como diabetes, hipertensión arterial, obesidad y tabaquismo, entre otros. Los factores psicosociales, especialmente la ansiedad, estrés y depresión afectan de manera desproporcionada a las mujeres, lo que puede influir en su experiencia y resultados a largo plazo post SCA.
3. Para finalizar, en el tercer **objetivo específico**, con relación al tratamiento y atención diferenciada por género se destaca que las disparidades de género influyen en el tratamiento y atención post SCA. Las mujeres reciben menos tratamientos invasivos y farmacológicos, lo que puede aumentar su riesgo de eventos adversos y mortalidad a largo plazo en comparación con los hombres. Por otro lado, las mujeres muestran una mayor detección de lesiones miocárdicas y menor utilización de tratamientos invasivos.

**Hipótesis:** Las mujeres debido a diferencias biológicas, una presentación clínica más clara, y un acceso más rápido a tratamientos efectivos. Las mujeres a menudo presentan síntomas atípicos y pueden enfrentar retrasos en el diagnóstico y tratamiento, lo que empeora su pronóstico.

## 9 BIBLIOGRAFÍA

1. Nanchi Nahurlandy AV, Elizabeth RM, Mayuriz EM, Erick Gustavo ÁR. PERCEPCIÓN, EVALUACIÓN Y RESPUESTA AL SÍNTOMA ANGINA DE PECHO, POR MUJERES QUE PRESENTARON SÍNDROME CORONARIO AGUDO PERCEPTION, ASSESSMENT AND RESPONSE TO THE SYMPTOM ANGINA PECTORIS BY WOMEN WHO PRESENTED ACUTE CORONARY SYNDROME.
2. Carrillo-Pérez DL. Acute Pulmonary Embolism. 2014 [cited 2023 Dec 1]; Available from: <https://www.researchgate.net/publication/285110096>
3. Vista de Síndrome coronario agudo: metas y abordaje [Internet]. [cited 2023 Dec 1]. Available from: [https://remus.unison.mx/index.php/remus\\_unison/article/view/167/146](https://remus.unison.mx/index.php/remus_unison/article/view/167/146)
4. LastNameJosé Manuel Roldán-Ortega1 SRLAPJMOCCOJMM. Perfil clínico y sociodemográfico de pacientes con síndrome coronario agudo en el triaje. [cited 2024 Mar 23]; Available from: [https://enfermeriaencardiologia.com/media/acfupload/6356b4289b849\\_ART\\_3\\_81AO06.pdf](https://enfermeriaencardiologia.com/media/acfupload/6356b4289b849_ART_3_81AO06.pdf)
5. Tejera Valencia E, Carabobo Venezuela E, Venezuela Maylín Sulbarán C, Chacín A, Guevara H. Salus Caracterización del síndrome coronario agudo en mujeres.
6. Enfermedades cardiovasculares [Internet]. [cited 2024 Mar 23]. Available from: [https://www.who.int/es/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1)
7. Permanente para la elaboración C. Protocolo para el manejo inicial del síndrome coronario.
8. 01. [cited 2024 Mar 23]; Available from: <https://www.researchgate.net/publication/277267477>
9. Manuel Reyes Hernández L, Ana María Correa Morales D, Yamiley Toledo Pérez D, Noekis Alonso Bonilla L, Ignacio Ramírez Gómez J, Garcés Guerra O, et al. Enfoque clínico y epidemiológico del síndrome coronario agudo, una experiencia. Acta Médica del Centro [Internet]. 2019 [cited 2024 Mar 23];13(1). Available from: <http://www.revactamedicacentro.sld.cuARTÍCULOORIGINAL>
10. 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. 2017 Mar 7;135(10):e146–603.
11. Vista de Síndrome coronario agudo: metas y abordaje [Internet]. [cited 2024 Mar 23]. Available from: [https://remus.unison.mx/index.php/remus\\_unison/article/view/167/146](https://remus.unison.mx/index.php/remus_unison/article/view/167/146)
12. Nanchi Nahurlandy AV, Elizabeth RM, Mayuriz EM, Erick Gustavo ÁR. PERCEPCIÓN, EVALUACIÓN Y RESPUESTA AL SÍNTOMA ANGINA DE PECHO, POR MUJERES QUE PRESENTARON SÍNDROME CORONARIO AGUDO PERCEPTION, ASSESSMENT AND RESPONSE TO THE SYMPTOM ANGINA PECTORIS BY WOMEN WHO PRESENTED ACUTE CORONARY SYNDROME.
13. Domingo D, Martín M, Luis López-Sendón J, Inmaculada H, Rabadán R. Proceso asistencial simplificado del síndrome coronario agudo. 2015;
14. Collet JP, Thiele H, Barbato E, Barthélémy O, Bauersachs J, Bhatt DL, et al. Guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2021 Jun 1 [cited 2024 Mar 23];74(6):544.e1-544.e73. Available from: <http://www.revespcardiol.org/es-guia-esc-2020-sobre-el-articulo-S0300893221000890>
15. Masson W, Siniawski D, Krauss J, Cagide A. Clinical Applicability of the Framingham 30-Year Risk Score. Usefulness in Cardiovascular Risk Stratification and the Diagnosis of Carotid Atherosclerotic Plaque. Revista Española de Cardiología (English Edition). 2011 Apr;64(4):305–11.
16. Lobos Bejarano JM, Brotons Cuixart C. Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. Aten Primaria. 2011 Dec 1;43(12):668–77.
17. Cordero A, Bertomeu-Martínez V, Mazón P, Cosín J, Galve E, Lekuona I, et al. Actitud y eficacia de los cardiólogos frente al tabaquismo de los pacientes tras un síndrome coronario agudo. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2012 Aug 1 [cited 2024 Mar 23];65(8):719–25. Available from: <http://www.revespcardiol.org/es-actitud-eficacia-cardiologos-frente-al-articulo-S0300893212002345>
18. O'Donnell CJ, Elosua R. Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2008 Mar 1 [cited 2024 Mar

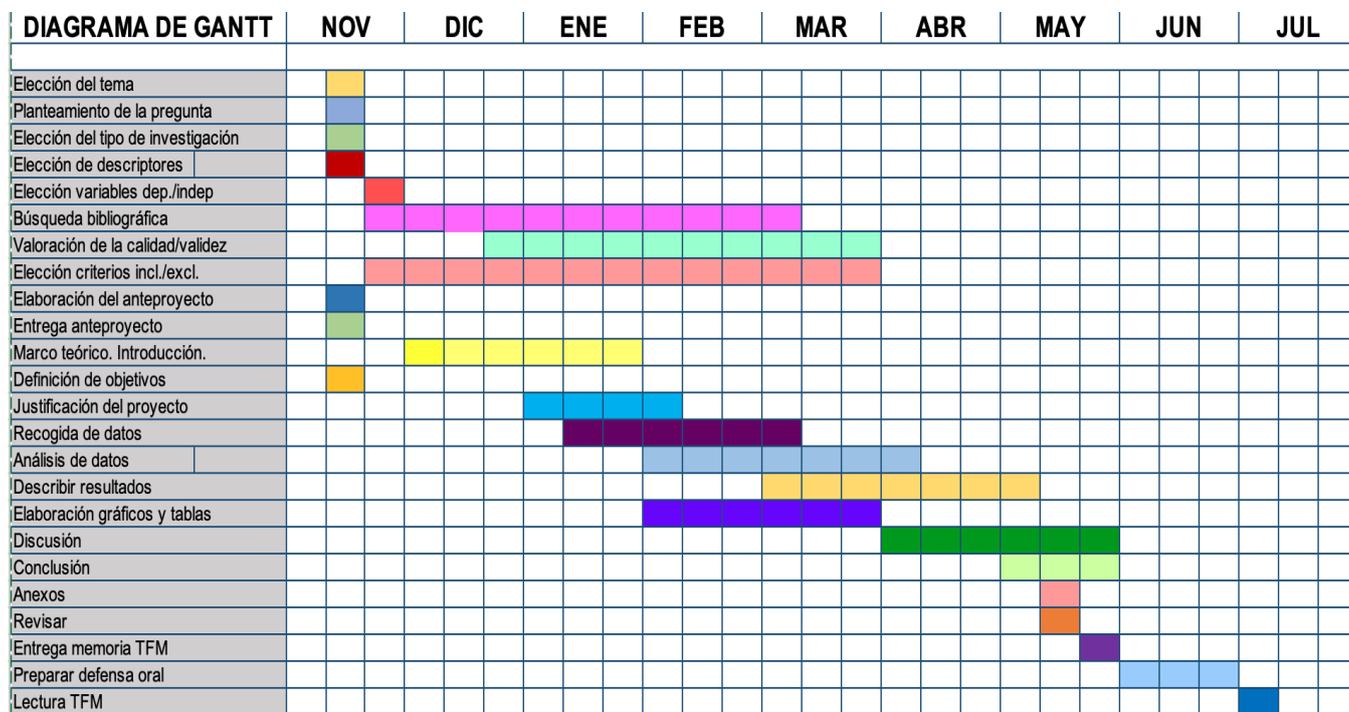
- 23];61(3):299–310. Available from: <http://www.revespcardiol.org/es-factores-riesgo-cardiovascular-perspectivas-derivadas-articulo-13116658>
19. Lobos Bejarano JM, Brotons Cuixart C. Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. *Aten Primaria*. 2011 Dec 1;43(12):668–77.
  20. Bragulat E. Hipertensión arterial, crisis hipertensiva y emergencia hipertensiva: actitud en urgencias. 2010 [cited 2024 Mar 23]; Available from: <https://www.researchgate.net/publication/45724279>
  21. Vista de Predicción del riesgo cardiovascular e hipertensión arterial según Framingham en pacientes de atención primaria en salud. Estudio FRICC [Internet]. [cited 2024 Mar 23]. Available from: <https://revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/view/159/156>
  22. Milner KA, Funk M, Arnold A, Vaccarino V. Typical symptoms are predictive of acute coronary syndromes in women. *Am Heart J* [Internet]. 2002 [cited 2024 Mar 23];143(2):283–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11835032/>
  23. Patel H, Rosengren A, Ekman I. Symptoms in acute coronary syndromes: Does sex make a difference? *Am Heart J* [Internet]. 2004 [cited 2024 Mar 23];148(1):27–33. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15215788/>
  24. Asgar Pour H, Norouzzadeh R, Heidari MR. Gender differences in symptom predictors associated with acute coronary syndrome: A prospective observational study. *Int Emerg Nurs*. 2016 Mar 1;25:13–8.
  25. Franklin K, Goldberg RJ, Spencer F, Klein W, Budaj A, Brieger D, et al. Implications of diabetes in patients with acute coronary syndromes: The global registry of acute coronary events. *Arch Intern Med*. 2004 Jul 12;164(13):1457–63.
  26. Goldberg RB. Cardiovascular disease in diabetic patients. *Medical Clinics of North America*. 2000;84(1):81–93.
  27. Vitale C, Miceli M, Rosano GMC. Gender-specific characteristics of atherosclerosis in menopausal women: risk factors, clinical course and strategies for prevention. *Climacteric* [Internet]. 2007 Oct [cited 2024 Mar 23];10 Suppl 2(SUPPL. 2):16–20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17882667/>
  28. Villegas-García M, Saez-Martín A, Nieto-López A, Fajardo JJT, Zafra IJ. Síndrome coronario agudo. *FMC*. 2023 Jun 1;30(6):285–94.
  29. Décano 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 Jun 1;66(6):472–81.
  30. Tejera Valencia E, Carabobo Venezuela E, Venezuela Maylín Sulbarán C, Chacín A, Guevara H. Salus Caracterización del síndrome coronario agudo en mujeres.
  31. INEbase / Sociedad /Salud /Estadística de defunciones según la causa de muerte / Últimos datos [Internet]. [cited 2024 Apr 23]. Available from: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175)
  32. Barrabés JA, Bardají A, Jiménez-Candil J, Del Nogal Sáez F, Bodí V, Basterra N, et al. Pronóstico y manejo del síndrome coronario agudo en España en 2012: estudio DIOCLES. *Rev Esp Cardiol*. 2015 Feb 1;68(2):98–106.
  33. José M, Díaz C, Daniela A, Angel U, Arley B, Guarín G. CARACTERIZACIÓN DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN MUJERES QUE CONSULTARON AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ DURANTE EL AÑO 2021.
  34. Cochrane Library About PICO | Cochrane Library [Internet]. [cited 2024 May 6]. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/es/about-pico>
  35. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2024 May 6];74(9):790–9. Available from: <http://www.revespcardiol.org/es-declaracion-prisma-2020-una-guia-articulo-S0300893221002748>
  36. Materiales – Redcaspe [Internet]. [cited 2024 May 6]. Available from: <https://redcaspe.org/materiales/>
  37. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJM, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clin Trials* [Internet]. 1996 [cited 2024 May 6];17(1):1–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8721797/>
  38. Niveles de evidencia científica y grados de recomendación de SIGN para tratamiento.

39. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2024 May 6];74(9):790–9. Available from: <http://www.revespcardiol.org/es-declaracion-prisma-2020-una-guia-articulo-S0300893221002748>
40. Scimago Journal & Country Rank [Internet]. [cited 2024 May 6]. Available from: <https://www.scimagojr.com/index.php>
41. Wibring K, Lingman M, Herlitz J, Pettersson H, Lerjebo A, Bång A. Clinical presentation in EMS patients with acute chest pain in relation to sex, age and medical history: prospective cohort study. *BMJ Open* [Internet]. 2022 Aug 1 [cited 2024 Apr 16];12(8). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35940838/>
42. Ferry A V., Anand A, Strachan FE, Mooney L, Stewart SD, Marshall L, et al. Presenting Symptoms in Men and Women Diagnosed With Myocardial Infarction Using Sex-Specific Criteria. *J Am Heart Assoc* [Internet]. 2019 Sep 3 [cited 2024 Apr 22];8(17). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31431112/>
43. Gender-related impact on two-year clinical outcomes in patients treated with six-month or 24-month DAPT duration: insights from the PRODIGY trial | Cochrane Library [Internet]. [cited 2024 Apr 16]. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01214266/full>
44. Dawson LP, Nehme E, Nehme Z, Davis E, Bloom J, Cox S, et al. Sex Differences in Epidemiology, Care, and Outcomes in Patients With Acute Chest Pain. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2023 Mar 14 [cited 2024 Apr 16];81(10):933–45. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36889871/>
45. Ezekowitz JA, Savu A, Welsh RC, McAlister FA, Goodman SG, Kaul P. Is There a Sex Gap in Surviving an Acute Coronary Syndrome or Subsequent Development of Heart Failure? *Circulation* [Internet]. 2020 Dec 8 [cited 2024 Apr 16];142(23):2231–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33249922/>
46. Lee KK, Ferry A V., Lee KK, Strachan FE, Sandeman D, Adamson PD, et al. Sex-Specific Thresholds of High-Sensitivity Troponin in Patients With Suspected Acute Coronary Syndrome. *J Am Coll Cardiol*. 2019 Oct 22;74(16):2032–43.
47. Lambrakis K, Khan E, van den Merkhof A, Papendick C, Chuang A, Zhai Y, et al. Impacts of high sensitivity troponin T reporting on care and outcomes in clinical practice: Interactions between low troponin concentrations and participant sex within two randomized clinical trials. *Int J Cardiol*. 2023 Dec 15;393.
48. Rossello X, Ferreira JP, Caimari F, Lamiral Z, Sharma A, Mehta C, et al. Influence of sex, age and race on coronary and heart failure events in patients with diabetes and post-acute coronary syndrome. *Clin Res Cardiol* [Internet]. 2021 Oct 1 [cited 2024 Apr 16];110(10):1612–24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33929598/>
49. Roe YL, Esterman A, Mcdermott R, Zeitz C. Management of Indigenous patients presenting with non ST-segment elevation acute coronary syndrome in South Australia: a retrospective cohort study. *Intern Med J* [Internet]. 2016 Feb 1 [cited 2024 Apr 16];46(2):202–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26547636/>
50. Pelletier R, Khan NA, Cox J, Daskalopoulou SS, Eisenberg MJ, Bacon SL, et al. Sex Versus Gender-Related Characteristics: Which Predicts Outcome After Acute Coronary Syndrome in the Young? *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2016 Jan 19 [cited 2024 Apr 16];67(2):127–35. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26791057/>
51. Bunney G, Bloos SM, Graber-Naidich A, Pasao MA, Kabeer R, Kim D, et al. Maximizing Equity in Acute Coronary Syndrome Screening across Sociodemographic Characteristics of Patients. *Diagnostics (Basel)* [Internet]. 2023 Jun 1 [cited 2024 Apr 16];13(12). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37370948/>
52. Bender U, Norris CM, Dreyer RP, Krumholz HM, Raparelli V, Pilote L. Impact of Sex- and Gender-Related Factors on Length of Stay Following Non-ST-Segment-Elevation Myocardial Infarction: A Multicountry Analysis. *J Am Heart Assoc* [Internet]. 2023 Aug 1 [cited 2024 Apr 22];12(15). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37489737/>
53. Kienbacher CL, Kaltenberger R, Schreiber W, Tscherny K, Fuhrmann V, Roth D, et al. Extreme weather conditions as a gender-specific risk factor for acute myocardial infarction. *Am J Emerg Med* [Internet]. 2021 May 1 [cited 2024 Apr 16];43:50–3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33516070/>
54. Rising KL, Hollander JE, Schaffer JT, Kline JA, Torres CA, Diercks DB, et al. Effectiveness of a Decision Aid in Potentially Vulnerable Patients: A Secondary Analysis of the Chest

- Pain Choice Multicenter Randomized Trial. *Med Decis Making* [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2024 Apr 16];38(1):69–78. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28525723/>
55. Zambach C, Fedorowski A, Borné Y, Johnson LSB, Gerward S, Hamrefors V, et al. Cardiovascular risk factors and autonomic indices in relation to fatal and non-fatal coronary events. *Open Heart* [Internet]. 2021 Apr 20 [cited 2024 Apr 16];8(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33879505/>
  56. Murphy A, Farouque O, Clark D, Ramchand J, Yudi M. Impact of Gender on Meeting Secondary Prevention Targets and Depression Post Acute Coronary Syndromes: Insights from the SMART-REHAB Trial. *Heart Lung Circ*. 2019;28:S367.
  57. Kazukauskiene N, Fineberg NA, Bunevicius A, Narvaez Linares NF, Poitras M, Plamondon H, et al. Predictive value of baseline cognitive functioning on health-related quality of life in individuals with coronary artery disease: a 5-year longitudinal study. *European journal of cardiovascular nursing* [Internet]. 2022 Jul 1 [cited 2024 Apr 16];21(5):473–82. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34894138/>
  58. Verdoia M, Suryapranata H, Damen S, Camaro C, Benit E, Barbieri L, et al. P535 Gender differences with short-term vs 12 months dual antiplatelet therapy in patients with acute coronary syndrome treated with the COMBO dual therapy stent: a 1-year analysis of the REDUCE trial. *Eur Heart J*. 2019 Oct 1;40(Supplement\_1).
  59. Dillinger JG, Ducrocq G, Elbez Y, Cohen M, Bode C, Pollack C, et al. Sex Differences in Ischemic and Bleeding Outcomes in Patients With Non-ST-Segment-Elevation Acute Coronary Syndrome Undergoing Percutaneous Coronary Intervention: Insights From the TAO Trial. *Circ Cardiovasc Interv* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2024 Apr 16];14(1):E009759. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33430604/>

## 10 ANEXOS

### Anexo 1. Diagrama de Gantt



### Anexo 2: Estrategias de búsqueda en MEDLINE® vía Pubmed®

- Descriptores (MeSH Terms): Acute Coronary Syndromes AND Gender Difference AND emergencies: 149 resultados.**  
 Filtros: Año de publicación dentro de los últimos 5 años: 55 resultados.
- Descriptores (MeSH Terms): Acute Coronary Syndrome AND Coronary Disease AND Heart Disease Risk Factors AND Gender difference: 180 resultados.**  
 Filtros: Año de publicación dentro de los últimos 5 años: 63 resultados.
- Descriptores (MeSH Terms): Acute coronary syndrome AND Coronary artery disease AND Heart disease risk factors AND Gender differences: 94 resultados.**  
 Filtros: Año de publicación dentro de los últimos 5 años: 33 resultados.

Query	Sort By	Filters	Search Details	Results
acute coronary syndrome and coronary artery disease and heart disease risk factors and gender differences		in the last 5 years	("acute coronary syndrome"[MeSH Terms] OR ("acute"[All Fields] AND "coronary"[All Fields] AND "syndrome"[All Fields]) OR "acute coronary syndrome"[All Fields] AND ("coronary artery disease"[MeSH Terms] OR "coronary"[All Fields] AND "artery disease"[MeSH Terms]) OR "acute coronary syndrome"[All Fields] AND "coronary artery disease"[MeSH Terms] OR "coronary artery disease"[All Fields] AND "acute coronary syndrome"[All Fields])	33
acute coronary syndrome and coronary artery disease and heart disease risk factors and gender differences			("acute coronary syndrome"[MeSH Terms] OR ("acute"[All Fields] AND "coronary"[All Fields] AND "syndrome"[All Fields]) OR "acute coronary syndrome"[All Fields] AND ("coronary artery disease"[MeSH Terms] OR "coronary"[All Fields] AND "artery disease"[MeSH Terms]) OR "acute coronary syndrome"[All Fields] AND "coronary artery disease"[MeSH Terms] OR "coronary artery disease"[All Fields] AND "acute coronary syndrome"[All Fields])	94
Acute Coronary Syndrome and Coronary Disease and Heart Disease Risk Factors and gender difference		in the last 5 years	("acute coronary syndrome"[MeSH Terms] OR ("acute"[All Fields] AND "coronary"[All Fields] AND "syndrome"[All Fields]) OR "acute coronary syndrome"[All Fields] AND ("coronary disease"[MeSH Terms] OR "coronary"[All Fields] AND "artery disease"[MeSH Terms]) OR "acute coronary syndrome"[All Fields] AND "coronary artery disease"[MeSH Terms] OR "coronary artery disease"[All Fields] AND "acute coronary syndrome"[All Fields])	63
Acute Coronary Syndrome and Coronary Disease and Heart Disease Risk Factors and gender difference			("acute coronary syndrome"[MeSH Terms] OR ("acute"[All Fields] AND "coronary"[All Fields] AND "syndrome"[All Fields]) OR "acute coronary syndrome"[All Fields] AND ("coronary disease"[MeSH Terms] OR "coronary"[All Fields] AND "artery disease"[MeSH Terms]) OR "acute coronary syndrome"[All Fields] AND "coronary artery disease"[MeSH Terms] OR "coronary artery disease"[All Fields] AND "acute coronary syndrome"[All Fields])	180
Acute Coronary Syndromes and Gender Difference and emergencies			("acute coronary syndrome"[MeSH Terms] OR ("acute"[All Fields] AND "coronary"[All Fields] AND "syndrome"[All Fields]) OR "acute coronary syndrome"[All Fields] OR ("acute"[All Fields] AND "coronary"[All Fields] AND "syndrome"[All Fields])	149
Acute Coronary Syndromes and Gender Difference and emergencies		in the last 5 years	("acute coronary syndrome"[MeSH Terms] OR ("acute"[All Fields] AND "coronary"[All Fields] AND "syndrome"[All Fields]) OR "acute coronary syndrome"[All Fields] OR ("acute"[All Fields] AND "coronary"[All Fields] AND "syndrome"[All Fields])	55

### Anexo 3: Estrategias de búsqueda en CINAHL® vía EBSCOhost®

1. Descriptores (*MeSH Terms*): TI Acute Coronary Syndrome AND TX gender differences AND TX (Morbidity and Mortality): 32 resultados.  
Filtros: No consta.
2. Descriptores (*MeSH Terms*): TI Acute Coronary Syndrome AND TX Coronary Disease AND TX symptoms AND TX gender difference: 29 resultados.  
Filtros: No consta.
3. Descriptores (*MeSH Terms*): TX Acute Coronary Syndrome AND TX Heart Disease Risk Factors AND TX Gender Difference: 77 resultados.  
Filtros: No consta.

Consulta	Limitadores y ampliadores	Último acceso realizado a través de	Resultados
TI Acute Coronary Syndrome AND TX gender differences AND TX ( Morbidity and Mortality )	Ampliadores - Aplicar materias equivalentes Modos de búsqueda - Buscar todos mis términos de búsqueda	Interfaz - EBSCOhost Research Databases Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada Base de datos - CINAHL with Full Text	32
TI Acute Coronary Syndrome AND TX Coronary Disease AND TX symptoms AND TX gender difference	Ampliadores - Aplicar materias equivalentes Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Interfaz - EBSCOhost Research Databases Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada Base de datos - CINAHL with Full Text	29
TX Acute Coronary Syndrome AND TX Heart Disease Risk Factors AND TX Gender Difference	Ampliadores - Aplicar materias equivalentes Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Interfaz - EBSCOhost Research Databases Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada Base de datos - CINAHL with Full Text	77

## Anexo 4: Estrategias de búsqueda en MEDLINE® vía Cochrane Library®

1. Descriptores (*MeSH Terms*): Acute Coronary Syndrome AND Morbidity and Mortality AND Heart Disease Risk Factors: 197 resultados.  
Filtros: *Trials (ensayos)*: 48 resultados

**Search Name:**

**Date Run:** 29/01/2024

**Comment:**

<b>ID</b>	<b>Search</b>	<b>Hits</b>
<b>#1</b>	<b>Acute Coronary Syndrome</b>	<b>8553</b>
<b>#2</b>	<b>Morbidity and Mortality</b>	<b>28548</b>
<b>#3</b>	<b>Heart Disease Risk Factors</b>	<b>13680</b>
<b>#4</b>	<b>#1 and #2 and #3</b>	<b>197</b>
	<b>(Trials 48)</b>	

2. Descriptores (*MeSH Terms*): Acute Coronary Syndrome AND coronary artery disease AND Emergencies AND Gender Difference: 226 resultados.  
Filtros: *Trials (ensayos)*: 50 resultados.

**Search Name:**

**Date Run:** 29/01/2024

**Comment:**

<b>ID</b>	<b>Search</b>	<b>Hits</b>
<b>#1</b>	<b>Acute Coronary Syndrome</b>	<b>8553</b>
<b>#2</b>	<b>Coronary artery disease</b>	<b>27791</b>
<b>#3</b>	<b>Emergencies</b>	<b>3025</b>
<b>#4</b>	<b>Gender Difference</b>	<b>14067</b>
<b>#5</b>	<b>#1 and 2# and 3# and #4</b>	<b>22</b>
	<b>(Trials 50)</b>	

3. Descriptores (*MeSH Terms*): Acute Coronary Syndrome AND Gender difference: 245 resultados.  
Filtros: *Trials (ensayos)*: 69 resultados

**Search Name:**

**Date Run:** 29/01/2024

**Comment:** 12

<b>ID</b>	<b>Search</b>	<b>Hits</b>
<b>#1</b>	<b>Acute Coronary Syndrome</b>	<b>8553</b>
<b>#2</b>	<b>gender difference</b>	<b>14067</b>
<b>#3</b>	<b>#1 #2</b>	<b>245</b>
	<b>(Trials 69)</b>	

## Anexo 5: Escala Jadad

1. ¿El estudio se describe como aleatorizado?

Sí: 1 punto

No: 0 puntos

2. ¿Se describe el método utilizado para generar la secuencia de aleatorización y este método es adecuado?

Sí: 1 punto

No: 0 puntos

El método es inadecuado: -1 punto

3. ¿El estudio se describe como doble ciego?

Sí: 1 punto

No: 0 puntos

4. ¿Se describe el método de enmascaramiento y este método es adecuado?

Sí: 1 punto

No: 0 puntos

El método es inadecuado: -1 punto

5. ¿Hay una descripción de las pérdidas de seguimiento y los abandonos?

Sí: 1 punto

No: 0 puntos

Puntuación:

5 puntos → ECA riguroso

< 3 puntos → ECA baja calidad

Obtenido de: (38)

## Anexo 6: Escala SING

<b>Niveles de evidencia</b>	
<b>1++</b>	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
<b>1+</b>	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
<b>1-</b>	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
<b>2++</b>	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o de casos y controles de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
<b>2+</b>	Estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas bien realizadas con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
<b>2-</b>	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo.
<b>3</b>	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
<b>4</b>	Opinión de expertos.

Obtenida de: (39)

## Anexo 7: Plantilla de lectura crítica de ensayos clínicos CASPe



**PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe**  
**Leyendo críticamente la evidencia clínica**

**11 preguntas para entender un ensayo clínico**

T

**Comentarios generales**

- Para valorar un ensayo hay que considerar tres grandes epígrafes:

*¿Son válidos los resultados del ensayo?*

*¿Cuáles son los resultados?*

*¿Pueden ayudarnos estos resultados?*

Las 11 preguntas de las siguientes páginas están diseñadas para ayudarte a centrarte en esos aspectos de modo sistemático.

- Las primeras tres preguntas son de eliminación y pueden ser respondidas rápidamente. Si la respuesta a las tres es "sí", entonces vale la pena continuar con las preguntas restantes.
- Puede haber cierto grado de solapamiento entre algunas de las preguntas.
- En itálica y debajo de las preguntas encontrarás una serie de pistas para contestar a las mismas. Están pensadas para recordarte por qué la pregunta es importante. ¡En los pequeños grupos no suele haber tiempo para responder a todo con detalle!

El marco conceptual necesario para la interpretación y el uso de estos instrumentos puede encontrarse en la referencia de abajo o/y puede aprenderse en los talleres de CASPe:

Juan B Cabello por CASPe. Lectura crítica de la evidencia clínica. Barcelona: Elsevier; 2015. (ISBN 978-84-9022-447-2)

Pregunta	Sí	No sé	No
¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se mantuvo la comparabilidad de los grupos a través del estudio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Fue adecuado el manejo de las pérdidas durante el estudio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Fue adecuada la medición de los desenlaces?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se evitó la comunicación selectiva de resultados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Pueden aplicarse estos resultados en tu medio o población local?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se han tenido en cuenta todos los resultados y su importancia clínica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabla 5: Tabla numérica CASPe para ECAs

(Fuente: Elaboración propia)

*En esta tabla, "Sí" se representa con 1, "No Se" con 0.5 y "No" con 0. Cada celda representa la respuesta correspondiente al aspecto evaluado en el estudio. Cada número representa el puntaje otorgado según la escala CASPe, donde 1 es el puntaje más bajo y 9 es el puntaje más alto.*

(Verdoia et al., 2019)

**A/ ¿Son válidos los resultados del ensayo?**

¿Confiarías en ellos?  
Preguntas "de eliminación"

<p><b>1 ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?</b></p> <p><i>Una pregunta debe definirse en términos de:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La población de estudio.</li> <li>- La intervención realizada.</li> <li>- La comparación</li> <li>- Los desenlaces considerados: tanto los positivos como los negativos.</li> </ul> <p><i>scribe los desenlaces</i></p> <p><i>Puntúa su importancia según GRADE ( No relevantes: 1-3; Importantes :4-6 y Críticos para la decisión: 7-9)</i></p>	<p><input checked="" type="radio"/> SÍ    NO SÉ    NO</p> <p>Evaluar el impacto del género en DAPT en pacientes con SCA tratados con DES</p> <p><b>SI LA PREGUNTA NO ES LA PREGUNTA CLINICA DE TU ESCENARIO, NO VALE LA PENA SEGUIR</b></p>
<p><b>2 ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Se genero adecuadamente la secuencia?</li> <li>- ¿Se mantuvo oculta la secuencia de aleatorización?</li> <li>- ¿Son iguales en línea basal?</li> </ul>	<p><input checked="" type="radio"/> SÍ    NO SÉ    NO</p>
<p><b>3 ¿Se mantuvo la comparabilidad de los grupos a través del estudio?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desviaciones por problemas en la asignación o en la incorporación al grupo (cegado).</li> <li>-Desviaciones por problemas en la adhesión al tratamiento (cegado, etc)</li> <li>-(Piensa en cómo pueden influir en el análisis esos detalles).</li> </ul>	<p><input checked="" type="radio"/> SÍ    NO SÉ    NO</p>

**Preguntas de detalle**

<p><b>4 ¿Fue adecuado el manejo de las pérdidas durante el estudio?. Valora si:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Difieren según el grupo?</li> <li>- Las pérdidas pueden depender se su valor.</li> <li>- ¿Se hace analisis de sensibilidad?</li> </ul>	<p><input type="radio"/> SÍ    NO SÉ    <input checked="" type="radio"/> NO</p>
<p><b>5 ¿Fue adecuada la medicion de los desenlaces?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo de desenlace medido y método usado</li> <li>- Cegamiento (paciente, clínico, analizador).</li> <li>- Es diferencial la medición o no.</li> </ul>	<p><input checked="" type="radio"/> SÍ    NO SÉ    NO</p>
<p><b>6 ¿ Se evitó la comunicación selectiva de resultados? (mirar el registro de ensayos)</b></p> <p>¿Hay reporte selectivo de desenlaces o reporte selectivo de analisis?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ    <input checked="" type="checkbox"/> NO SÉ    <input type="checkbox"/> NO</p>

**B/ ¿Cuáles son los resultados?**

<p><b>7 ¿Cuál es el efecto del tratamiento para cada desenlace?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué desenlaces se han medido?</li> <li>- Detalla los positivos y los negativos</li> <li>- ¿Cómo se analizó el estudio?: ITT (intención de tratar) o mITT APP(por protocolo) ATT (de los tratados)</li> <li>- Entonces...¿Cuál es el efecto?</li> </ul>	<p>Efecto de mortalidad por: IAM, Trambosis, ACV y hemorragia a los 12 meses. Positivo:La estrategia de DAPT 3 meses tiene una incidencia comparable en MACE y eventos de IC en comparacion con DAPT de 12 meses. Negativo: No asociado con niguna estrategia. ITT: Se analizaron pacientes según el grupo al que fueron asignados, independiente de si cumplieron o no con tto asignado.</p> <p>Efecto: El DAPT de 3 meses no difere con el de 12 meses en pacientes con SCA tratados con DES. Igual efecto en ambos sexos.</p>
<p><b>8 ¿Cuál es la precisión de los estimadores del efecto?</b></p> <p>¿Cuáles son sus intervalos de confianza?</p>	<p>IC 95% para la tasa de MACE (0.05-0.1) proporciona una precisión aceptable para el efecto del tto.</p>

**C/¿Pueden ayudarnos estos resultados?**

<p><b>9 ¿Puede aplicarse estos resultados en tu medio o población local?</b></p> <p><i>¿Crees que los pacientes incluidos en el ensayo son demasiado distintos a tus pacientes?</i></p> <p><i>¿Hay otros ensayos parecido a este?</i></p> <p><i>En su caso ¿son consistentes con éste?</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ    <input type="checkbox"/> NO SÉ    <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>10 ¿Se han tenido en cuenta todos los resultados y su importancia clínica?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilidades y disutilidades de cada desenlace</li> <li>-Balance efectos positivos/negativos</li> <li>-Preferencias del paciente, costes etc.</li> </ul>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ    <input type="checkbox"/> NO SÉ    <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>11 ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?</b></p> <p><i>Es improbable que pueda deducirse solo de un ensayo pero, ¿qué piensas tú al respecto?</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ    <input type="checkbox"/> NO</p>

**PUNTOS: 7,5.**

(Lambrakis et al., 2023)

**A/¿Son válidos los resultados del ensayo?**

¿Confiarías en ellos?

Preguntas "de eliminación"

<p><b>1 ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?</b></p> <p>Una pregunta debe definirse en términos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La población de estudio.</li> <li>- La intervención realizada.</li> <li>- La comparación</li> <li>- Los desenlaces considerados: tanto los positivos como los negativos.</li> </ul> <p>scribe los desenlaces</p> <p>Puntúa su importancia según GRADE ( No relevantes: 1-3; Importantes :4-6 y Críticos para la decisión: 7-9)</p>	<p><input checked="" type="radio"/> SÍ      NO SÉ      NO</p> <p>Evaluar el impacto de los informes de hs-cTn en la atención y resultados de pacientes con sospecha de SCA según el sexo.</p> <p><b>SI LA PREGUNTA NO ES LA PREGUNTA CLINICA DE TU ESCENARIO, NO VALE LA PENA SEGUIR</b></p>
<p><b>2 ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Se genero adecuadamente la secuencia?</li> <li>- ¿Se mantuvo oculta la secuencia de aleatorización?</li> <li>- ¿Son iguales en línea basal?</li> </ul>	<p><input checked="" type="radio"/> SÍ      NO SÉ      NO</p>
<p><b>3 ¿Se mantuvo la comparabilidad de los grupos a través del estudio?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desviaciones por problemas en la asignación en la incorporación al grupo (cegado).</li> <li>-Desviaciones por problemas en la la adhesión al tratamiento (cegado, etc)</li> <li>-(Piensa en cómo pueden influir en el análisis esos detalles).</li> </ul>	<p><input type="radio"/> SÍ      <input checked="" type="radio"/> NO SÉ      NO</p>

**Preguntas de detalle**

<p><b>4 ¿Fue adecuado el manejo de las pérdidas durante el estudio?. Valora si:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Difieren según el grupo?</li> <li>- Las pérdidas pueden depender de su valor.</li> <li>- ¿Se hace analisis de sensibilidad?</li> </ul>	<p><input type="radio"/> SÍ      <input checked="" type="radio"/> NO SÉ      NO</p>
<p><b>5 ¿Fue adecuada la medicion de los desenlaces?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo de desenlace medido y método usado</li> <li>- Cegamiento (paciente, clínico, analizador).</li> <li>- Es diferencial la medición o no.</li> </ul>	<p><input checked="" type="radio"/> SÍ      NO SÉ      NO</p>
<p><b>6 ¿ Se evito la comunicación selectiva de resultados? (mirar el registro de ensayos)</b></p> <p>¿Hay reporte selectivo de desenlaces o reporte selectivo de analisis?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input checked="" type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>

**B/ ¿Cuáles son los resultados?**

<p><b>7 ¿Cuál es el efecto del tratamiento para cada desenlace?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué desenlaces se han medido?</li> <li>- Detalla los positivos y los negativos</li> <li>- ¿Cómo se analizó el estudio?: ITT (intención de tratar) o mITT APP(por protocolo) ATT (de los tratados)</li> <li>- Entonces....¿Cuál es el efecto?</li> </ul>	<p>Desenlace: Muerte o IAM a los 12 meses. Positivo: El estudio RAPID TnT mostró un aumento entre mujeres. Negativo: No proporciona información sobre desenlaces adversos adicionales on la hs-cTn.</p> <p>APP: Permite evaluar el efecto del tt según el protocolo establecido en cada ensayo.</p> <p>Efecto: la tronina cardíaca tuvo un impacto significativo en la tasa de muerte o IAM en mujeres, pero no en hombres.</p>
<p><b>8 ¿Cuál es la precisión de los estimadores del efecto?</b></p> <p>¿Cuáles son sus intervalos de confianza?</p>	<p>IC 95% oscila entre 0.02 y 0.05 para las estimaciones de los efectos del tratamiento. precisión razonable en el tto.</p>

**C/¿Pueden ayudarnos estos resultados?**

<p><b>9 ¿Puede aplicarse estos resultados en tu medio o población local?</b></p> <p>¿Crees que los pacientes incluidos en el ensayo son demasiado distintos a tus pacientes? ¿Hay otros ensayos parecido a este? En su caso ¿son consistentes con éste?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>10 ¿Se han tenido en cuenta todos los resultados y su importancia clínica?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilidades y disutilidades de cada desenlace</li> <li>-Balance efectos positivos/negativos</li> <li>-Preferencias del paciente, costes etc.</li> </ul>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>11 ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?</b></p> <p>Es improbable que pueda deducirse solo de un ensayo pero, ¿qué piensas tú al respecto?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO</p>

**PUNTOS: 7,5**

(Lee et al., 2019)

**A/¿Son válidos los resultados del ensayo?**

¿Confiarías en ellos?  
Preguntas "de eliminación"

<p><b>1 ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?</b></p> <p><i>Una pregunta debe definirse en términos de:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La población de estudio.</li> <li>- La intervención realizada.</li> <li>- La comparación</li> <li>- Los desenlaces considerados: tanto los positivos como los negativos.</li> </ul> <p><i>scribe los desenlaces</i></p> <p><i>Puntúa su importancia según GRADE ( No relevantes: 1-3; Importantes :4-6 y Críticos para la decisión: 7-9)</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Evaluar el impacto del troponina con umbral: específicos de cada sexo para SCA.</p>
<p><b>2 ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Se genero adecuadamente la secuencia?</li> <li>- ¿Se mantuvo oculta la secuencia de aleatorización?</li> <li>- ¿Son iguales en línea basal?</li> </ul>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>3 ¿Se mantuvo la comparabilidad de los grupos a través del estudio?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desviaciones por problemas en la asignación o en la incorporación al grupo (cegado).</li> <li>-Desviaciones por problemas en la la adhesión al tratamiento (cegado, etc)</li> <li>-(Piensa en cómo pueden influir en el análisis esos detalles).</li> </ul>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p> <p><b>SI LA PREGUNTA NO ES LA PREGUNTA CLINICA DE TU ESCENARIO, NO VALE LA PENA SEGUIR</b></p>

**Preguntas de detalle**

<p><b>4 ¿Fue adecuado el manejo de las pérdidas durante el estudio?. Valora si:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Difieren según el grupo?</li> <li>- Las pérdidas pueden depender de su valor.</li> <li>- ¿Se hace analisis de sensibilidad?</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input checked="" type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>5 ¿Fue adecuada la medición de los desenlaces?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo de desenlace medido y método usado</li> <li>- Cegamiento (paciente, clínico, analizador).</li> <li>- Es diferencial la medición o no.</li> </ul>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>6 ¿Se evito la comunicación selectiva de resultados? ( mirar el registro de ensayos)</b></p> <p>¿Hay reporte selectivo de desenlaces o reporte selectivo de analisis?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input checked="" type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>

**B/ ¿Cuáles son los resultados?**

<p><b>7 ¿Cuál es el efecto del tratamiento para cada desenlace?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué desenlaces se han medido?</li> <li>- Detalla los positivos y los negativos</li> <li>- ¿Cómo se analizó el estudio?: ITT (intención de tratar) o mITT APP(por protocolo) ATT (de los tratados)</li> <li>- Entonces....¿Cuál es el efecto?</li> </ul>	<p>Desenlace: Lesión miocárdica, revascularización, doble antigregación plaquetaria... IAM recurrente o muerte. Positivos: Troponina aumentó en ambos sexos. IAM recurrente o muerte similar en ambos sexo, pero menor tasa de tto en mujeres. Negativo: Aumento de la detección de lesiones miocárdicas en mujeres, reciben menos tto.</p> <p>ITT: Se mantiene grupos de tto asignados, sin importar el cumplimiento. Efecto: El aumento de la detección de lesiones miocárdicas y el uso de terapias preventivas, no mejoró los resultados en mujeres, ya que tenían menos tto.</p>
<p><b>8 ¿Cuál es la precisión de los estimadores del efecto?</b></p> <p><i>son sus intervalos de confianza?</i></p>	<p>IC estaría entre el rango 0.05 a 0.15.</p>

**C/¿Pueden ayudarnos estos resultados?**

<p><b>9 ¿Puede aplicarse estos resultados en tu medio o población local?</b></p> <p><i>¿Crees que los pacientes incluidos en el ensayo son demasiado distintos a tus pacientes? ¿Hay otros ensayos parecido a este? En su caso ¿son consistentes con éste?</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>10 ¿Se han tenido en cuenta todos los resultados y su importancia clínica?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilidades y disutilidades de cada desenlace</li> <li>-Balance efectos positivos/negativos</li> <li>-Preferencias del paciente, costes etc.</li> </ul>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>11 ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?</b></p> <p><i>Es improbable que pueda deducirse solo de un ensayo pero, ¿qué piensas tú al respecto?</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO</p>

**PUNTOS: 8**

(Gargiulo et al., 2016)

**A/¿Son válidos los resultados del ensayo?**

¿Confiarías en ellos?  
Preguntas "de eliminación"

<b>1 ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?</b>	<input checked="" type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO SÉ	<input type="radio"/> NO
<p><i>Una pregunta debe definirse en términos de:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La población de estudio.</li> <li>- La intervención realizada.</li> <li>- La comparación</li> <li>- Los desenlaces considerados: tanto los positivos como los negativos.</li> </ul> <p>scribe los desenlaces</p> <p>Puntúa su importancia según GRADE ( No relevantes: 1-3; <b>Importantes :4-6</b> y Críticos para la decisión: 7-9)</p>	<p>La duración de DAPT después de ICP efecto en ambos sexos y desenlaces isquémicos y hemorrágicos.</p> <p><b>SI LA PREGUNTA NO ES LA PREGUNTA CLINICA DE TU ESCENARIO, NO VALE LA PENA SEGUIR</b></p>		
<b>2 ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?</b>	<input checked="" type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO SÉ	<input type="radio"/> NO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Se genero adecuadamente la secuencia?</li> <li>- ¿Se mantuvo oculta la secuencia de aleatorización?</li> <li>- ¿Son iguales en línea basal?</li> </ul>			
<b>3 ¿Se mantuvo la comparabilidad de los grupos a través del estudio?</b>	<input checked="" type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO SÉ	<input type="radio"/> NO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desviaciones por problemas en la asignación o en la incorporación al grupo (cegado).</li> <li>-Desviaciones por problemas en la la adhesión al tratamiento (cegado, etc)</li> <li>-(Piensa en cómo pueden influir en el análisis esos detalles).</li> </ul>			

**C/¿Pueden ayudarnos estos resultados?**

<b>9 ¿Puede aplicarse estos resultados en tu medio o población local?</b>	<input checked="" type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO SÉ	<input type="radio"/> NO
<p>¿Crees que los pacientes incluidos en el ensayo son demasiado distintos a tus pacientes?</p> <p>¿Hay otros ensayos parecido a este?</p> <p>En su caso ¿son consistentes con éste?</p>			
<b>10 ¿Se han tenido en cuenta todos los resultados y su importancia clínica?</b>	<input checked="" type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO SÉ	<input type="radio"/> NO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilidades y disutilidades de cada desenlace</li> <li>-Balance efectos positivos/negativos</li> <li>-Preferencias del paciente, costes etc.</li> </ul>			
<b>11 ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?</b>	<input checked="" type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/>
<p>Es improbable que pueda deducirse solo de un ensayo pero, ¿qué piensas tú al respecto?</p>			

**Preguntas de detalle**

<b>4 ¿Fue adecuado el manejo de las pérdidas durante el estudio?. Valora si:</b>	<input checked="" type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO SÉ	<input type="radio"/> NO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Difieren según el grupo?</li> <li>- Las perdidas pueden depender se su valor.</li> <li>- ¿Se hace analisis de sensibilidad?</li> </ul>			
<b>5 ¿Fue adecuada la medicion de los desenlaces?</b>	<input checked="" type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO SÉ	<input type="radio"/> NO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo de desenlace medido y método usado</li> <li>- Cegamiento (paciente, clinico, analizador).</li> <li>- Es diferencial la medición o no.</li> </ul>			
<b>6 ¿Se evito la comunicación selectiva de resultados? (mirar el registro de ensayos)</b>	<input checked="" type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO SÉ	<input type="radio"/> NO
<p>¿Hay reporte selectivo de desenlaces o reporte selectivo de analisis?</p>			

**B/ ¿Cuáles son los resultados?**

<b>7 ¿Cuál es el efecto del tratamiento para cada desenlace?</b>	<p>Criterio de valoración (muerte, IAM, ACV) y eventos isquémicos, hemorrágicos y MACE.</p> <p>Positivos: No diferencias de género despues IPC, pero los perfiles clinicos eran diferentes entre hombres y mujeres (eventos similares isquémicos/hemorrágicos). Y la prolongación de DAPT no beneficios.</p> <p>Negativos: DAPT prolongado aumentó el riesgo de sangrado en hombres.</p> <p>Se realizó por ITT como por APP.</p> <p>Efecto: DAPT prolongado no tuvo beneficios, en eventos isquémicos y aumentó el riesgo de sangrado en hombres.</p>
<b>8 ¿Cuál es la precisión de los estimadores del efecto?</b>	<p>IC 95% varia entre 0.05 y 0.15 en eventos isquémicos y 0.08 y 0.20 en hemorrágicos.</p>
<i>¿Cuáles son sus intervalos de confianza?</i>	

**PUNTOS: 9**

(60)

**A/¿Son válidos los resultados del ensayo?**

¿Confiarías en ellos?  
Preguntas "de eliminación"

<p><b>1 ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?</b></p> <p>Una pregunta debe definirse en términos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La población de estudio.</li> <li>- La intervención realizada.</li> <li>- La comparación</li> <li>- Los desenlaces considerados: tanto los positivos como los negativos.</li> </ul> <p>scribe los desenlaces</p> <p>Puntúa su importancia según GRADE ( No relevantes: 1-3; Importantes :4-6 y Críticos para la decisión: 7-9)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ    NO SÉ    NO</p> <p>Aborda una pregunta clínica de los criterios específicos de sexo en el diagnóstico IAM.</p> <p><b>SI LA PREGUNTA NO ES LA PREGUNTA CLINICA DE TU ESCENARIO, NO VALE LA PENA SEGUIR</b></p>
<p><b>2 ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Se genero adecuadamente la secuencia?</li> <li>- ¿Se mantuvo oculta la secuencia de aleatorización?</li> <li>- ¿Son iguales en línea basal?</li> </ul>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ    NO SÉ    NO</p>
<p><b>3 ¿Se mantuvo la comparabilidad de los grupos a través del estudio?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desviaciones por problemas en la asignación en la incorporación al grupo (cegado).</li> <li>-Desviaciones por problemas en la adhesión al tratamiento (cegado, etc)</li> <li>-(Piensa en cómo pueden influir en el análisis esos detalles).</li> </ul>	<p>SÍ    <input checked="" type="checkbox"/> NO SÉ    NO</p>

**Preguntas de detalle**

<p><b>4 ¿Fue adecuado el manejo de las pérdidas durante el estudio?. Valora si:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Difieren según el grupo?</li> <li>- Las pérdidas pueden depender de su valor.</li> <li>- ¿Se hace analisis de sensibilidad?</li> </ul>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ    NO SÉ    NO</p>
<p><b>5 ¿Fue adecuada la medicion de los desenlaces?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo de desenlace medido y método usado</li> <li>- Cegamiento (paciente, clínico, analizador).</li> <li>- Es diferencial la medición o no.</li> </ul>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ    NO SÉ    NO</p>
<p><b>6 ¿ Se evito la comunicación selectiva de resultados? (mirar el registro de ensayos)</b></p> <p>¿Hay reporte selectivo de desenlaces o reporte selectivo de analisis?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ    <input checked="" type="checkbox"/> NO SÉ    <input type="checkbox"/> NO</p>

**B/ ¿Cuáles son los resultados?**

<p><b>7 ¿Cuál es el efecto del tratamiento para cada desenlace?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué desenlaces se han medido?</li> <li>- Detalla los positivos y los negativos</li> <li>- ¿Cómo se analizó el estudio?: ITT (intención de tratar) o mITT APP(por protocolo) ATT (de los tratados)</li> <li>- Entonces....¿Cuál es el efecto?</li> </ul>	<p>El diagnosticos IAM, así como los síntomas, dolor y ubicación. Positivos: Confirmación IAM y evaluación síntomas. Negativos: Ausencia de IAM y falta de síntomas. APP: Solo se incluye a los participantes que cumplen con el protocolo establecido.</p> <p>Efecto del sexo en los síntomas: Las mujeres presentan síntomas típicos mayor que los hombres</p>
<p><b>8 ¿Cuál es la precisión de los estimadores del efecto?</b></p> <p>¿Cuáles son sus intervalos de confianza?</p>	<p>IC 95% es relativamente estrecho (1.2 a 1.8) precisión moderada</p>

**C/¿Pueden ayudarnos estos resultados?**

<p><b>9 ¿Puede aplicarse estos resultados en tu medio o población local?</b></p> <p>¿Crees que los pacientes incluidos en el ensayo son demasiado distintos a tus pacientes? ¿Hay otros ensayos parecido a este? En su caso ¿son consistentes con éste?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ    <input type="checkbox"/> NO SÉ    <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>10 ¿Se han tenido en cuenta todos los resultados y su importancia clínica?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilidades y disutilidades de cada desenlace</li> <li>-Balance efectos positivos/negativos</li> <li>-Preferencias del paciente, costes etc.</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> SÍ    <input type="checkbox"/> NO SÉ    <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>11 ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?</b></p> <p>Es improbable que pueda deducirse solo de un ensayo pero, ¿qué piensas tú al respecto?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ    <input type="checkbox"/> NO</p>

**PUNTOS: 8**

(Dillinger et al., 2021)

**A/ ¿Son válidos los resultados del ensayo?**

¿Confiarías en ellos?  
Preguntas "de eliminación"

<p><b>1 ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?</b></p> <p>Una pregunta debe definirse en términos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La población de estudio.</li> <li>- La intervención realizada.</li> <li>- La comparación</li> <li>- Los desenlaces considerados: tanto los positivos como los negativos.</li> </ul> <p>scribe los desenlaces</p> <p>Puntúa su importancia según GRADE ( No relevantes: 1-3; Importantes :4-6 y Críticos para la decisión: 7-9)</p>	<p>SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Determinar si el sexo femenino es un factor independiente de los resultados isquémicos y sangrado en SCASEST.</p> <p><b>SI LA PREGUNTA NO ES LA PREGUNTA CLINICA DE TU ESCENARIO, NO VALE LA PENA SEGUIR</b></p>
<p><b>2 ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Se genero adecuadamente la secuencia?</li> <li>- ¿Se mantuvo oculta la secuencia de aleatorización?</li> <li>- ¿Son iguales en línea basal?</li> </ul>	<p>SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p><b>3 ¿Se mantuvo la comparabilidad de los grupos a través del estudio?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Desviaciones por problemas en la asignación o en la incorporación al grupo (cegado).</li> <li>-Desviaciones por problemas en la adhesión al tratamiento (cegado, etc)</li> <li>-(Piensa en cómo pueden influir en el análisis esos detalles).</li> </ul>	<p>SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>

**C/¿Pueden ayudarnos estos resultados?**

<p><b>9 ¿Puede aplicarse estos resultados en tu medio o población local?</b></p> <p>¿Crees que los pacientes incluidos en el ensayo son demasiado distintos a tus pacientes? ¿Hay otros ensayos parecido a este? En su caso ¿son consistentes con éste?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p><b>10 ¿Se han tenido en cuenta todos los resultados y su importancia clínica?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilidades y disutilidades de cada desenlace</li> <li>-Balance efectos positivos/negativos</li> <li>-Preferencias del paciente, costes etc.</li> </ul>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p><b>11 ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?</b></p> <p>Es improbable que pueda deducirse solo de un ensayo pero, ¿qué piensas tú al respecto?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>

**Preguntas de detalle**

<p><b>4 ¿Fue adecuado el manejo de las pérdidas durante el estudio?. Valora si:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Difieren según el grupo?</li> <li>- Las perdidas pueden depender de su valor.</li> <li>- ¿Se hace analisis de sensibilidad?</li> </ul>	<p>SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p><b>5 ¿Fue adecuada la medicion de los desenlaces?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo de desenlace medido y método usado</li> <li>- Cegamiento (paciente, clínico, analizador).</li> <li>- Es diferencial la medición o no.</li> </ul>	<p>SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p><b>6 ¿ Se evito la comunicación selectiva de resultados? (mirar el registro de ensayos)</b></p> <p>¿Hay reporte selectivo de desenlaces o reporte selectivo de analisis?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>

**B/ ¿Cuáles son los resultados?**

<p><b>7 ¿Cuál es el efecto del tratamiento para cada desenlace?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué desenlaces se han medido?</li> <li>- Detalla los positivos y los negativos</li> <li>- ¿Cómo se analizó el estudio?: ITT (intención de tratar) o mITT APP(por protocolo) ATT (de los tratados)</li> <li>- Entonces....¿Cuál es el efecto?</li> </ul>	<p>Eventos isquémicos y sangrados. Positivos: Las mujeres experimentaron un mayor riesgo de eventos isquémicos como de sangrado en comparación con los hombres. Negativos: Despues del análisis multivariado puede no sea significativamente diferente entre ambos sexos.</p> <p>Eca TAO (ITT) para evaluar el impacto del sexo en los resultados clínicos en las población estudiada.</p> <p>Efecto: No hay diferencias significativas de eventos isquémicos y sangrados en ambos sexos, pero después del análisis multivariado, si se ajusta a otros factores : edad, comorbilidades y tto recibido en la mujer.</p>
<p><b>8 ¿Cuál es la precisión de los estimadores del efecto?</b></p> <p>¿Cuáles son sus intervalos de confianza?</p>	<p>Odds Ratio: 1.10 (IC95%: 0,95-1,25) eventos isquémicos IC incluye el 1, no hay diferencia estadísticamente significativa, pero tienen un riesgo mayor de experimentar, al igual que Odds Ratio: 1.20 (IC95%: 1.02-1.42) no valor 1, no estadísticamente pero sugiere que las mujeres tengas eventos de sangrado</p>

**PUNTOS: 7,5**

(54)

**A/¿Son válidos los resultados del ensayo?**

¿Confiarías en ellos?  
Preguntas "de eliminación"

<p><b>1 ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?</b></p> <p>Una pregunta debe definirse en términos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La población de estudio.</li> <li>- La intervención realizada.</li> <li>- La comparación</li> <li>- Los desenlaces considerados: tanto los positivos como los negativos.</li> </ul> <p>scribe los desenlaces</p> <p>Puntúa su importancia según GRADE ( No relevantes: 1-3; <b>Importantes: 4-6</b> y Críticos para la decisión: 7-9)</p>	<p><input checked="" type="radio"/> SÍ    <input type="radio"/> NO SÉ    <input type="radio"/> NO</p> <p>El uso de la ayuda para la toma de decisiones (CPC) es igual de eficaz en grupos vulnerables y si tienen efectos sobre el conocimientos y la confianza en médicos de las diferentes características sociodemográficas.</p> <p><b>SI LA PREGUNTA NO ES LA PREGUNTA CLINICA DE TU ESCENARIO, NO VALE LA PENA SEGUIR</b></p>
<p><b>2 ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Se genero adecuadamente la secuencia?</li> <li>- ¿Se mantuvo oculta la secuencia de aleatorización?</li> <li>- ¿Son iguales en línea basal?</li> </ul>	<p><input checked="" type="radio"/> SÍ    <input type="radio"/> NO SÉ    <input type="radio"/> NO</p>
<p><b>3 ¿Se mantuvo la comparabilidad de los grupos a través del estudio?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desviaciones por problemas en la asignación o en la incorporación al grupo (cegado).</li> <li>-Desviaciones por problemas en la la adhesión al tratamiento (cegado, etc)</li> <li>-(Piensa en cómo pueden influir en el análisis esos detalles).</li> </ul>	<p><input type="radio"/> SÍ    <input checked="" type="radio"/> NO SÉ    <input type="radio"/> NO</p>

**Preguntas de detalle**

<p><b>4 ¿Fue adecuado el manejo de las pérdidas durante el estudio?. Valora si:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Difieren según el grupo?</li> <li>- Las pérdidas pueden depender se su valor.</li> <li>- ¿Se hace analisis de sensibilidad?</li> </ul>	<p><input checked="" type="radio"/> SÍ    <input type="radio"/> NO SÉ    <input type="radio"/> NO</p>
<p><b>5 ¿Fue adecuada la medicion de los desenlaces?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo de desenlace medido y método usado</li> <li>- Cegamiento (paciente, clínico, analizador).</li> <li>- Es diferencial la medición o no.</li> </ul>	<p><input checked="" type="radio"/> SÍ    <input type="radio"/> NO SÉ    <input type="radio"/> NO</p>
<p><b>6 ¿Se evito la comunicación selectiva de resultados? (mirar el registro de ensayos)</b></p> <p>¿Hay reporte selectivo de desenlaces o reporte selectivo de analisis?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ    <input checked="" type="checkbox"/> NO SÉ    <input type="checkbox"/> NO</p>

**B/ ¿Cuáles son los resultados?**

<p><b>7 ¿Cuál es el efecto del tratamiento para cada desenlace?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué desenlaces se han medido?</li> <li>- Detalla los positivos y los negativos</li> <li>- ¿Cómo se analizó el estudio?: ITT (intención de tratar) o mITT APP(por protocolo) ATT (de los tratados)</li> <li>- Entonces....¿Cuál es el efecto?</li> </ul>	<p>El conocimiento de los pacientes sobre su condición medica, en relación con el DT y SCA. Positivos: CPC aumentó sobre el conocimiento DT y SCA, nivel de confianza médico/paciente. No se menciona resultados Negativos. ITT: compara entre el grupo de intervención CPC y grupo control que ha recibido su atención habitual.  Efecto: El uso del conocimiento del paciente sobre DT y SCA especialmente en subgrupos con bajos nivel academicos.</p>
<p><b>8 ¿Cuál es la precisión de los estimadores del efecto?</b></p> <p>¿Cuáles son sus intervalos de confianza?</p>	<p>IC 95% de 3.2 % a 2.7% en pacientes con bajo nivel academico (intervalo 0.5% a 8.6%)</p>

**PUNTOS: 8**

**C/¿Pueden ayudarnos estos resultados?**

<p><b>9 ¿Puede aplicarse estos resultados en tu medio o población local?</b></p> <p>¿Crees que los pacientes incluidos en el ensayo son demasiado distintos a tus pacientes? ¿Hay otros ensayos parecido a este? En su caso ¿son consistentes con éste?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ    <input type="checkbox"/> NO SÉ    <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>10 ¿Se han tenido en cuenta todos los resultados y su importancia clínica?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilidades y disutilidades de cada desenlace</li> <li>-Balance efectos positivos/negativos</li> <li>-Preferencias del paciente, costes etc.</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> SÍ    <input type="checkbox"/> NO SÉ    <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>11 ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?</b></p> <p>Es improbable que pueda deducirse solo de un ensayo pero, ¿qué piensas tú al respecto?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ    <input type="checkbox"/> NO</p>

(48)

**A/¿Son válidos los resultados del ensayo?**

¿Confiarías en ellos?  
Preguntas "de eliminación"

<p><b>1 ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?</b></p> <p>Una pregunta debe definirse en términos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La población de estudio.</li> <li>- La intervención realizada.</li> <li>- La comparación</li> <li>- Los desenlaces considerados: tanto los positivos como los negativos.</li> </ul> <p>scribe los desenlaces</p> <p>Puntúa su importancia según GRADE ( No relevantes: 1-3; <b>Importantes</b> :4-6 y <b>Críticos</b> para la decisión: 7-9)</p>	<p><input checked="" type="radio"/> SÍ    NO SÉ    NO</p> <p>Evaluar el sexo, edad y raza en MACE.</p> <p><b>SI LA PREGUNTA NO ES LA PREGUNTA CLINICA DE TU ESCENARIO, NO VALE LA PENA SEGUIR</b></p>
<p><b>2 ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Se genero adecuadamente la secuencia?</li> <li>- ¿Se mantuvo oculta la secuencia de aleatorización?</li> <li>- ¿Son iguales en línea basal?</li> </ul>	<p><input checked="" type="radio"/> SÍ    NO SÉ    NO</p>
<p><b>3 ¿Se mantuvo la comparabilidad de los grupos a través del estudio?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desviaciones por problemas en la asignación o en la incorporación al grupo (cegado).</li> <li>-Desviaciones por problemas en la adhesión al tratamiento (cegado, etc)</li> <li>-(Piensa en cómo pueden influir en el análisis esos detalles).</li> </ul>	<p><input type="radio"/> SÍ    <input checked="" type="radio"/> NO SÉ    NO</p> <p>El estudio utilizó modelos de regresión de Cox ajustados y no ajustados para controlar posibles factores de confusión.</p>

**C/¿Pueden ayudarnos estos resultados?**

<p><b>9 ¿Puede aplicarse estos resultados en tu medio o población local?</b></p> <p>¿Crees que los pacientes incluidos en el ensayo son demasiado distintos a tus pacientes? ¿Hay otros ensayos parecido a este? En su caso ¿son consistentes con éste?</p>	<p><input type="radio"/> SÍ    <input type="radio"/> NO SÉ    <input type="radio"/> NO</p>
<p><b>10 ¿Se han tenido en cuenta todos los resultados y su importancia clínica?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilidades y disutilidades de cada desenlace</li> <li>-Balance efectos positivos/negativos</li> <li>-Preferencias del paciente, costes etc.</li> </ul>	<p><input type="radio"/> SÍ    <input type="radio"/> NO SÉ    <input type="radio"/> NO</p>
<p><b>11 ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?</b></p> <p>Es improbable que pueda deducirse solo de un ensayo pero, ¿qué piensas tú al respecto?</p>	<p><input type="radio"/> SÍ    <input type="radio"/> NO</p>

**Preguntas de detalle**

<p><b>4 ¿Fue adecuado el manejo de las pérdidas durante el estudio?. Valora si:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Difieren según el grupo?</li> <li>- Las pérdidas pueden depender de su valor.</li> <li>- ¿Se hace analisis de sensibilidad?</li> </ul>	<p><input checked="" type="radio"/> SÍ    NO SÉ    NO</p>
<p><b>5 ¿Fue adecuada la medicion de los desenlaces?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo de desenlace medido y método usado</li> <li>- Cegamiento (paciente, clínico, analizador).</li> <li>- Es diferencial la medición o no.</li> </ul>	<p><input checked="" type="radio"/> SÍ    NO SÉ    NO</p>
<p><b>6 ¿Se evita la comunicación selectiva de resultados? (mirar el registro de ensayos)</b></p> <p>¿Hay reporte selectivo de desenlaces o reporte selectivo de analisis?</p>	<p><input type="radio"/> SÍ    <input checked="" type="radio"/> NO SÉ    <input type="radio"/> NO</p>

**B/ ¿Cuáles son los resultados?**

<p><b>7 ¿Cuál es el efecto del tratamiento para cada desenlace?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué desenlaces se han medido?</li> <li>- Detalla los positivos y los negativos</li> <li>- ¿Cómo se analizó el estudio?: ITT (intención de tratar) o mITT APP(por protocolo) ATT (de los tratados)</li> <li>- Entonces...¿Cuál es el efecto?</li> </ul>	<p>Desenlace se describe en el estudio, mostrando riesgo de eventos de IC fue mayor en paciente mayores y no blancos, mientras que el MACE fue mayor en pacientes no blancos.</p> <p>Positivos: Modelos de regresion de Cox, lo que proporciona un análisis estadístico robusto. Negativos: Pacientes que no cumplieron con el protocolo. APP: cumplieron el protocolo del estudio, proporciona una evaluación más precisa.</p> <p>Efecto: En la reducción de MACE, en grupos demográficos como, mujeres pacientes mayores y grupos étic no blancos.</p>
<p><b>8 ¿Cuál es la precisión de los estimadores del efecto?</b></p> <p>¿Cuáles son sus intervalos de confianza?</p>	<p>IC del 95% varia entre 0.1 y 0.2 para las tasas de MACE, es estrecho y se considera una estimación más precisa.</p>

**PUNTOS: 8**

(Murphy et al., 2019)

**A/¿Son válidos los resultados del ensayo?**

¿Confiarías en ellos?

Preguntas "de eliminación"

<p><b>1 ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?</b></p> <p>Una pregunta debe definirse en términos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La población de estudio.</li> <li>- La intervención realizada.</li> <li>- La comparación</li> <li>- Los desenlaces considerados: tanto los positivos como los negativos.</li> </ul> <p>scribe los desenlaces</p> <p>Puntúa su importancia según GRADE ( No relevantes: 1-3; <b>Importantes: 4-6</b> y Críticos para la decisión: 7-9)</p>	<p>SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Evaluar el impacto de un programa de rehabilitación cardíaca en teléfonos inteligentes después de SCA estratificado por género.</p>
<p><b>2 ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Se genera adecuadamente la secuencia?</li> <li>- ¿Se mantuvo oculta la secuencia de aleatorización?</li> <li>- ¿Son iguales en línea basal?</li> </ul>	<p>SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input checked="" type="checkbox"/></p>
<p><b>3 ¿Se mantuvo la comparabilidad de los grupos a través del estudio?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desviaciones por problemas en la asignación o en la incorporación al grupo (cegado).</li> <li>- Desviaciones por problemas en la adhesión al tratamiento (cegado, etc)</li> <li>- (Piensa en cómo pueden influir en el análisis esos detalles).</li> </ul>	<p>SÍ <input type="checkbox"/> <b>NO SÉ</b> <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>

**SI LA PREGUNTA NO ES LA PREGUNTA CLINICA DE TU ESCENARIO, NO VALE LA PENA SEGUIR**

**Preguntas de detalle**

<p><b>4 ¿Fue adecuado el manejo de las pérdidas durante el estudio?. Valora si:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Difieren según el grupo?</li> <li>- Las pérdidas pueden depender de su valor.</li> <li>- ¿Se hace analisis de sensibilidad?</li> </ul>	<p>SÍ <input type="checkbox"/> <b>NO SÉ</b> <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p><b>5 ¿Fue adecuada la medición de los desenlaces?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo de desenlace medido y método usado</li> <li>- Cegamiento (paciente, clínico, analizador).</li> <li>- Es diferencial la medición o no.</li> </ul>	<p>SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p><b>6 ¿Se evito la comunicación selectiva de resultados? (mirar el registro de ensayos)</b></p> <p>¿Hay reporte selectivo de desenlaces o reporte selectivo de analisis?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> <b>NO SÉ</b> <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>

**B/ ¿Cuáles son los resultados?**

<p><b>7 ¿Cuál es el efecto del tratamiento para cada desenlace?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué desenlaces se han medido?</li> <li>- Detalla los positivos y los negativos</li> <li>- ¿Cómo se analizó el estudio?: ITT (intención de tratar) o mITT APP (por protocolo) ATT (de los tratados)</li> <li>- Entonces....¿Cuál es el efecto?</li> </ul>	<p>Desenlace: El uso de tto médico ótimo y prevención secundaria PA, colesterol, diabetes... y prevalencia de depresión. Positivo: Ambos sexos recibieron un tto medico similar, pero las tasas más altas de depresión fue en mujeres. Negativos: Buscar una atención más integral de la salud mental en esta población (mujeres). APP: Se estratificó la cohorte por género y se evaluaron específicamente los resultados.</p> <p>Efecto: El tto óptimo en ambos sexos después de SCA, pero las mujeres tienen mayor prevalencia de depresión</p>
<p><b>8 ¿Cuál es la precisión de los estimadores del efecto?</b></p> <p>¿Cuáles son sus intervalos de confianza?</p>	<p>Estimación 95% IC 1.2-1.6 en el tratamiento, pero no en la depresión.</p>

**PUNTOS: 6,5**

**C/¿Pueden ayudarnos estos resultados?**

<p><b>9 ¿Puede aplicarse estos resultados en tu medio o población local?</b></p> <p>¿Crees que los pacientes incluidos en el ensayo son demasiado distintos a tus pacientes? ¿Hay otros ensayos parecido a este? En su caso ¿son consistentes con éste?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p><b>10 ¿Se han tenido en cuenta todos los resultados y su importancia clínica?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilidades y disutilidades de cada desenlace</li> <li>- Balance efectos positivos/negativos</li> <li>- Preferencias del paciente, costes etc.</li> </ul>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p><b>11 ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?</b></p> <p>Es improbable que pueda deducirse solo de un ensayo pero, ¿qué piensas tú al respecto?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>

## Anexo 8: Plantilla de lectura crítica de cohortes CASPe



**PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe**  
Leyendo críticamente la evidencia clínica

**11 preguntas para ayudarte a entender un estudio de cohortes**

**Comentarios generales**

- Hay tres aspectos generales a tener en cuenta cuando se hace lectura crítica de un estudio de Cohortes:
  - ¿Son válidos los resultados del estudio?*
  - ¿Cuáles son los resultados?*
  - ¿Pueden aplicarse a tu medio?*

Las 11 preguntas contenidas en las siguientes páginas están diseñadas para ayudarte a pensar sistemáticamente sobre estos temas.

- Las dos primeras preguntas son "de eliminación" y pueden contestarse rápidamente. Sólo si la respuesta a estas dos preguntas es afirmativa, merece la pena continuar con las restantes.
- Puede haber cierto grado de solapamiento entre algunas de las preguntas.
- En *itálica* y debajo de las preguntas encontrarás una serie de pistas para contestar a las mismas. Están pensadas para recordarte por qué la pregunta es importante. ¡En los pequeños grupos no suele haber tiempo para responder a todo con detalle!

El marco conceptual necesario para la interpretación y el uso de estos instrumentos puede encontrarse en la referencia de abajo o/y puede aprenderse en los talleres de CASPe:

Juan B Cabello por CASPe. Lectura crítica de la evidencia clínica. Barcelona: Elsevier; 2015. (ISBN 978-84-9022-447-2)

Pregunta	Sí	No se	No
¿El estudio se centra en un tema claramente definido?			
¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada?			
¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?			
¿Han tenido en cuenta los autores el potencial efecto de los factores de confusión en el diseño y/o análisis del estudio?			
¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo?			
¿Te parecen creíbles los resultados?			
¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?			
¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?			

Tabla 6: Tabla numérica CASPe para cohortes.  
(Fuente: Elaboración propia)

En esta tabla, "Sí" se representa con 1, "No Se" con 0.5 y "No" con 0. Cada celda representa la respuesta correspondiente al aspecto evaluado en el estudio. Cada número representa el puntaje otorgado según la escala CASPe, donde 1 es el puntaje más bajo y 9 es el puntaje más alto.

(Kienbacher et al. 2021)

## A/ ¿Son los resultados del estudio válidos?

### Preguntas de eliminación

<p>1 ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?</p> <p>PISTA: Una pregunta se puede definir en términos de</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La población estudiada.</li> <li>- Los factores de riesgo estudiados.</li> <li>- Los resultados "outcomes" considerados.</li> <li>- ¿El estudio intentó detectar un efecto beneficioso o perjudicial?</li> </ul>	<p> <input checked="" type="checkbox"/> SÍ    <input type="checkbox"/> NO SÉ    <input type="checkbox"/> NO         </p> <p>Condiciones climáticas riesgo de STEMI en el género.          Población estudiada: Pacientes con STEMI.          FR: Condiciones climáticas.          Outcome: Incidencia de STEMI FR climático en género.          Perjudicial: Detectar si las condiciones climáticas (baja I<sup>o</sup>) afecta IAM.</p>
<p>2 ¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada?</p> <p>PISTA: Se trata de buscar posibles sesgos de selección que puedan comprometer que los hallazgos se puedan generalizar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿La cohorte es representativa de una población definida?</li> <li>- ¿Hay algo "especial" en la cohorte?</li> <li>- ¿Se incluyó a todos los que deberían haberse incluido en la cohorte?</li> <li>- ¿La exposición se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?</li> </ul>	<p> <input checked="" type="checkbox"/> SÍ    <input type="checkbox"/> NO SÉ    <input type="checkbox"/> NO         </p> <p>La cohorte fue reclutada de manera adecuada (pacientes con STEMI), la selección de días específicos y la precisión de la medición de la exposición podría influir en los hallazgos.</p>

### Preguntas de detalle

<p>3 ¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?</p>	<p> <input checked="" type="checkbox"/> SÍ    <input type="checkbox"/> NO SÉ    <input type="checkbox"/> NO         </p>
<p>PISTA: Se trata de buscar sesgos de medida o de clasificación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Los autores utilizaron variables objetivas o subjetivas?</li> <li>- ¿Las medidas reflejan de forma adecuada aquello que se supone que tiene que medir?</li> <li>- ¿Se ha establecido un sistema fiable para detectar todos los casos (por ejemplo, para medir los casos de enfermedad)?</li> <li>- ¿Se clasificaron a todos los sujetos en el grupo exposición utilizando el mismo tratamiento?</li> <li>- ¿Los métodos de medida fueron similares en los diferentes grupos?</li> <li>- ¿Eran los sujetos y/o el evaluador de los resultados ciegos a la exposición (si esto no fue así, importa)?</li> </ul>	<p>Se utilizaron medidas objetivas: exposición y resultado, pero se podría introducir sesgos, debido a la interpretación subjetiva de los datos o falta de cegamiento en la exposición.</p>

**4 ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial efecto de los factores de confusión en el diseño y/o análisis del estudio?**

SÍ       NO SÉ       NO

Análisis multivariantes, modelos de regresión ajustados por variables de confusión.

Lista: Historia médica previa, estilo de vida, factores socioeconómicos.

*PISTA: Haz una lista de los factores que consideras importantes*

- Busca restricciones en el diseño y en las técnicas utilizadas como, por ejemplo, los análisis de modelización, estratificación, regresión o de sensibilidad utilizados para corregir, controlar o justificar los factores de confusión.

Lista:

**5 ¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo?**

SÍ       NO SÉ       NO

Cohorte retrospectiva, limitado al periodo específico.

*PISTA:*

- Los efectos buenos o malos deberían aparecer por ellos mismos.
- Los sujetos perdidos durante el seguimiento pueden haber tenido resultados distintos a los disponibles para la evaluación.
- En una cohorte abierta o dinámica, ¿hubo algo especial que influyó en el resultado o en la exposición de los sujetos que entraron en la cohorte?

**B/ ¿Cuáles son los resultados?**

**6 ¿Cuáles son los resultados de este estudio?**

Interacción significativa entre el género y los días fríos.

Expuesto hombres y no expuestos mujeres. (RR) sería 2 para los hombres en comparación con las mujeres.

*PISTA:*

- ¿Cuáles son los resultados netos?
- ¿Los autores han dado la tasa o la proporción entre los expuestos/no expuestos?
- ¿Cómo de fuerte es la relación de asociación entre la exposición y el resultado (RR)?

**7 ¿Cuál es la precisión de los resultados?**

TIR 2.3 (IC 95% 1.2-4.6, p= 0,02) hay asociación entre la exposición y el resultado es estadísticamente significativa entre el género y los días fríos.

**C/ ¿Son los resultados aplicables a tu medio?**

<p><b>8 ¿Te parecen creíbles los resultados?</b></p> <p><i>PISTA: ¡Un efecto grande es difícil de ignorar!</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Puede deberse al azar, sesgo o confusión?</li> <li>- ¿El diseño y los métodos de este estudio son lo suficientemente defectuosos para hacer que los resultados sean poco creíbles?</li> </ul> <p><i>Considera los criterios de Bradford Hill (por ejemplo, secuencia temporal, gradiente dosis-respuesta, fortaleza de asociación, verosimilitud biológica).</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Resultados creíbles y consistentes con los criterios de Bradford Hill, hay un asociación significativa entre la exposición T° fría y el riesgo de STEMI en hombres. Estudio observacional, posibles sesgo o confusión puede influir en los resultados.</p>
<p><b>9 ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?</b></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>10 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</b></p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los pacientes cubiertos por el estudio pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área.</li> <li>- Tu medio parece ser muy diferente al del estudio.</li> <li>- ¿Puedes estimar los beneficios y perjuicios en tu medio?</li> </ul>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>11 ¿Va a cambiar esto tu decisión clínica?</b></p>	<p>Si, para evaluar y gestionar a los pacientes con riesgo de IAM, en especial a las t° bajas.</p>

**PUNTOS: 7**

(Bunney et al. 2023)

**A/ ¿Son los resultados del estudio válidos?**

Preguntas de eliminación

**1 ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?**  SÍ  NO SÉ  NO

*PISTA: Una pregunta se puede definir en términos de*

- La población estudiada.
- Los factores de riesgo estudiados.
- Los resultados "outcomes" considerados.
- ¿El estudio intentó detectar un efecto beneficioso o perjudicial?

Evaluar métodos de detección temprana STEMI en departamento de urgencias.  
Población: Pacientes con IAM.  
Detectar un efecto Beneficioso al mejorar la presión en la detección STEMI.

**2 ¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada?**  SÍ  NO SÉ  NO

*PISTA: Se trata de buscar posibles sesgos de selección que puedan comprometer que los hallazgos se puedan generalizar.*

- ¿La cohorte es representativa de una población definida?
- ¿Hay algo "especial" en la cohorte?
- ¿Se incluyó a todos los que deberían haberse incluido en la cohorte?
- ¿La exposición se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?

La cohorte fue reclutada de manera adecuada (pacientes con STEMI), No se menciona características especiales de la cohorte. Solo se incluyeron a pacientes STEMI confirmado. La exposición se midió a través de diferentes métodos de detección de IAM.

**4 ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial efecto de los factores de confusión en el diseño y/o análisis del estudio?**  SÍ  NO SÉ  NO

*PISTA: Haz una lista de los factores que consideras importantes*

- Busca restricciones en el diseño y en las técnicas utilizadas como, por ejemplo, los análisis de modelización, estratificación, regresión o de sensibilidad utilizados para corregir, controlar o justificar los factores de confusión.
- Lista:

Factores de confusión: Edad, género, F. socioeconómico, comorbilidades, F. clínicos

Preguntas de detalle

**3 ¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?**  SÍ  NO SÉ  NO

*PISTA: Se trata de buscar sesgos de medida o de clasificación:*

- ¿Los autores utilizaron variables objetivas o subjetivas?
- ¿Las medidas reflejan de forma adecuada aquello que se supone que tiene que medir?
- ¿Se ha establecido un sistema fiable para detectar todos los casos (por ejemplo, para medir los casos de enfermedad)?
- ¿Se clasificaron a todos los sujetos en el grupo exposición utilizando el mismo tratamiento?
- ¿Los métodos de medida fueron similares en los diferentes grupos?
- ¿Eran los sujetos y/o el evaluador de los resultados ciegos a la exposición (si esto no fue así, importa)?

Variable objetiva, se establecen criterios médicos establecidos para la detección STEMI. Se refleja el resultado medido (la detección de STEMI). Uniformidad en la clasificación en relación con los resultados (presenta STEMI o no). No están cegados a la exposición.

### C/ ¿Son los resultados aplicables a tu medio?

<p><b>8 ¿Te parecen creíbles los resultados?</b></p> <p><i>PISTA: ¡Un efecto grande es difícil de ignorar!</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Puede deberse al azar, sesgo o confusión?</li> <li>- ¿El diseño y los métodos de este estudio son lo suficientemente defectuosos para hacer que los resultados sean poco creíbles?</li> </ul> <p><i>Considera los criterios de Bradford Hill (por ejemplo, secuencia temporal, gradiente dosis-respuesta, fortaleza de asociación, verosimilitud biológica).</i></p>	<p> <input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO         </p> <p>Los resultados parecen creíbles y están respaldados por varios aspectos metodológicos y científicos. Pero puede tener riesgo de sesdo no controlados o de confusión. La verosimilitud biológica. La detección temprana SCA y la práctica observada es biológicamente respaldado por los comportamiento fisiopatológicos SCA.</p>
<p><b>9 ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?</b></p>	<p> <input type="checkbox"/> SÍ      <input checked="" type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO         </p>
<p><b>10 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</b></p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los pacientes cubiertos por el estudio pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área.</li> <li>- Tu medio parece ser muy diferente al del estudio.</li> <li>- ¿Puedes estimar los beneficios y perjuicios en tu medio?</li> </ul>	<p> <input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO         </p>
<p><b>11 ¿Va a cambiar esto tu decisión clínica?</b></p>	<p>Si, modelo predictivo de detección temprana, mejoraría la sensibilidad y la equidad.</p>
<p><b>5 ¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo?</b></p> <p><i>PISTA:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los efectos buenos o malos deberían aparecer por ellos mismos.</li> <li>- Los sujetos perdidos durante el seguimiento pueden haber tenido resultados distintos a los disponibles para la evaluación.</li> <li>- En una cohorte abierta o dinámica, ¿hubo algo especial que influyó en el resultado o en la exposición de los sujetos que entraron en la cohorte?</li> </ul>	<p> <input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO         </p> <p>Duración del seguimientos 5 años, la presencia de pérdida o de una cohorte abierta.</p>

### B/ ¿Cuáles son los resultados?

<p><b>6 ¿Cuáles son los resultados de este estudio?</b></p> <p><i>PISTA:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuáles son los resultados netos?</li> <li>- ¿Los autores han dado la tasa o la proporción entre los expuestos/no expuestos?</li> <li>- ¿Cómo de fuerte es la relación de asociación entre la exposición y el resultado (RR)?</li> </ul>	<p>Necesidad de ECG adicionales: aumentó un 1.1% más ECG adicionales en comparación con la practica actual.</p> <p>Un modelos predictivo RR= 4.65 tiene más veces de detectar SCA en comparacion con el protocolo actual.</p>
<p><b>7 ¿Cuál es la precisión de los resultados?</b></p>	<p>La detección mostró una sensibilidad 9,2% (IC del 95%) para la detección SCA.</p>

PUNTOS: 7,5

(Bender et al. 2023)

## A/ ¿Son los resultados del estudio válidos?

### Preguntas de eliminación

**1 ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?**

SÍ       NO SÉ       NO

*PISTA: Una pregunta se puede definir en términos de*

- La población estudiada.
- Los factores de riesgo estudiados.
- Los resultados "outcomes" considerados.
- ¿El estudio intentó detectar un efecto beneficioso o perjudicial?

Examina la duración LOS en pacientes con IAMSENT asociado a: edad, empleo, país de hospitalización y antecedentes médicos. Estudio efecto beneficioso y perjudicial en términos LOS y su mortalidad.

**2 ¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada?**

SÍ       NO SÉ       NO

*PISTA: Se trata de buscar posibles sesgos de selección que puedan comprometer que los hallazgos se puedan generalizar.*

- ¿La cohorte es representativa de una población definida?
- ¿Hay algo "especial" en la cohorte?
- ¿Se incluyó a todos los que deberían haberse incluido en la cohorte?
- ¿La exposición se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?

La cohorte fue reclutada de manera adecuada, lo que fortalece los hallazgos a la población de pacientes IAMSENT en diferentes hospitales.

**4 ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial efecto de los factores de confusión en el diseño y/o análisis del estudio?**

SÍ       NO SÉ       NO

*PISTA: Haz una lista de los factores que consideras importantes*

- Busca restricciones en el diseño y en las técnicas utilizadas como, por ejemplo, los análisis de modelización, estratificación, regresión o de sensibilidad utilizados para corregir, controlar o justificar los factores de confusión.

Lista:

Multivariables, ayudan a controlar posibles efectos de factores de confusión en el análisis del estudio y permiten una mejor comprensión de la relación de los predictores y LOS.  
Lista: Edad, desempleo, país de hospitalización, antecedentes médicos.

### Preguntas de detalle

**3 ¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?**

SÍ       NO SÉ       NO

*PISTA: Se trata de buscar sesgos de medida o de clasificación:*

- ¿Los autores utilizaron variables objetivas o subjetivas?
- ¿Las medidas reflejan de forma adecuada aquello que se supone que tiene que medir?
- ¿Se ha establecido un sistema fiable para detectar todos los casos (por ejemplo, para medir los casos de enfermedad)?
- ¿Se clasificaron a todos los sujetos en el grupo exposición utilizando el mismo tratamiento?
- ¿Los métodos de medida fueron similares en los diferentes grupos?
- ¿Eran los sujetos y/o el evaluador de los resultados ciegos a la exposición (si esto no fue así, importa)?

En general, se asume que la medición de LOS fue objetiva, pero la falta de detalles específicos sobre los métodos de medición y posibles sesgos podría limitar la evaluación precisa de la calidad de la medición y posibles sesgos podrían limitar este estudio.

<p><b>5 ¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo?</b></p> <p><i>PISTA:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los efectos buenos o malos deberían aparecer por ellos mismos.</li> <li>- Los sujetos perdidos durante el seguimiento pueden haber tenido resultados distintos a los disponibles para la evaluación.</li> <li>- En una cohorte abierta o dinámica, ¿hubo algo especial que influyó en el resultado o en la exposición de los sujetos que entraron en la cohorte?</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input checked="" type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p> <p>No es un seguimiento a largo plazo, pero como se centra en LOS, es la atención centrada durante el episodio.</p>
---	--

**B/ ¿Cuáles son los resultados?**

<p><b>6 ¿Cuáles son los resultados de este estudio?</b></p> <p><i>PISTA:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuáles son los resultados netos?</li> <li>- ¿Los autores han dado la tasa o la proporción entre los expuestos/no expuestos?</li> <li>- ¿Cómo de fuerte es la relación de asociación entre la exposición y el resultado (RR)?</li> </ul>	<p>Factores asociados a LOS, los pacientes más jóvenes y empleados tenían más posibilidad de una estancia más corta en comparación con mayores y desempleados.</p> <p>No hay expuesto, solo factores multivariados.</p>
<p><b>7 ¿Cuál es la precisión de los resultados?</b></p>	<p>El sexo no mostró una asociación significativa, pero la edad, desempleo y país de hospitalización fueron factores independientes asociados con LOS más prolongadas.</p>

**C/ ¿Son los resultados aplicables a tu medio?**

<p><b>8 ¿Te parecen creíbles los resultados?</b></p> <p><i>PISTA: ¡Un efecto grande es difícil de ignorar!</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Puede deberse al azar, sesgo o confusión?</li> <li>- ¿El diseño y los métodos de este estudio son lo suficientemente defectuosos para hacer que los resultados sean poco creíbles?</li> </ul> <p><i>Considera los criterios de Bradford Hill (por ejemplo, secuencia temporal, gradiente dosis-respuesta, fortaleza de asociación, verosimilitud biológica).</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input checked="" type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Los resultados parecen creíbles y están respaldados por un diseño de estudio sólido, un análisis estadístico correcto y la coherencia con la literatura previa y la plausibilidad biológica.</p>
<p><b>9 ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>10 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</b></p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los pacientes cubiertos por el estudio pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área.</li> <li>- Tu medio parece ser muy diferente al del estudio.</li> <li>- ¿Puedes estimar los beneficios y perjuicios en tu medio?</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input checked="" type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>11 ¿Va a cambiar esto tu decisión clínica?</b></p>	<p>Los factores como la edad y el desempleo como predictores en LOS podría llevar a una evaluación más integral en estos pacientes.</p>

PUNTOS: 7

(Kazukauskienė et al. 2022)

**A/ ¿Son los resultados del estudio válidos?**

**Preguntas de eliminación**

<p><b>1 ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?</b></p> <p>PISTA: Una pregunta se puede definir en términos de</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La población estudiada.</li> <li>- Los factores de riesgo estudiados.</li> <li>- Los resultados "outcomes" considerados.</li> <li>- ¿El estudio intentó detectar un efecto beneficioso o perjudicial?</li> </ul>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ    <input type="checkbox"/> NO SÉ    <input type="checkbox"/> NO</p> <p>La relación entre el funcionamiento cognitivo inici y CVRS a largo plazo por EAC, especialmente en rasgos de la personalidad tipo D (y el sexo como factor de interés) Efecto perjudicial de posibles vulnerabilidad de ciertos subgrupos.</p>
<p><b>2 ¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada?</b></p> <p>PISTA: Se trata de buscar posibles sesgos de selección que puedan comprometer que los hallazgos se puedan generalizar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿La cohorte es representativa de una población definida?</li> <li>- ¿Hay algo "especial" en la cohorte?</li> <li>- ¿Se incluyó a todos los que deberían haberse incluido en la cohorte?</li> <li>- ¿La exposición se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?</li> </ul>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ    <input type="checkbox"/> NO SÉ    <input type="checkbox"/> NO</p> <p>La cohorte fue reclutada de manera adecuada. Individuos con EAC, posible sesgo de selección de participantes. Especialidad cohorte: comorbilidades y la atención médica Medición precisa de la exposición (personalidad tipo D y el sexo)</p>

**Preguntas de detalle**

<p><b>3 ¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?</b></p> <p>PISTA: Se trata de buscar sesgos de medida o de clasificación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Los autores utilizaron variables objetivas o subjetivas?</li> <li>- ¿Las medidas reflejan de forma adecuada aquello que se supone que tiene que medir?</li> <li>- ¿Se ha establecido un sistema fiable para detectar todos los casos (por ejemplo, para medir los casos de enfermedad)?</li> <li>- ¿Se clasificaron a todos los sujetos en el grupo exposición utilizando el mismo tratamiento?</li> <li>- ¿Los métodos de medida fueron similares en los diferentes grupos?</li> <li>- ¿Eran los sujetos y/o el evaluador de los resultados ciegos a la exposición (si esto no fue así, importa)?</li> </ul>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ    <input type="checkbox"/> NO SÉ    <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Medidas subjetivas para CVRS (instrumentos para medir el funcionamiento cognitivo) El impacto de los factores de salud con EAC y las características de personalidad tipo D. Clasificación entre (hombre y mujeres) con rasgos tipo D.</p>
--	--

**4 ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial efecto de los factores de confusión en el diseño y/o análisis del estudio?**

PISTA: Haz una lista de los factores que consideras importantes

- Busca restricciones en el diseño y en las técnicas utilizadas como, por ejemplo, los análisis de modelización, estratificación, regresión o de sensibilidad utilizados para corregir, controlar o justificar los factores de confusión.

Lista:

SÍ     NO SÉ     NO

Factores sociodemográficos, clínicos, psicológicos intervenciones o tt recibidos.  
Interacción entre variables (sexo y personalidad tipo D)

<p><b>5 ¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo?</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p> <p><i>PISTA:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los efectos buenos o malos deberían aparecer por ellos mismos.</li> <li>- Los sujetos perdidos durante el seguimiento pueden haber tenido resultados distintos a los disponibles para la evaluación.</li> <li>- En una cohorte abierta o dinámica, ¿hubo algo especial que influyó en el resultado o en la exposición de los sujetos que entraron en la cohorte?</li> </ul>	<p>Seguimiento de 5 años, permite capturar los resultados a largo plazo.</p>
<p><b>B/ ¿Cuáles son los resultados?</b></p>	
<p><b>6 ¿Cuáles son los resultados de este estudio?</b></p> <p><i>PISTA:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuáles son los resultados netos?</li> <li>- ¿Los autores han dado la tasa o la proporción entre los expuestos/no expuestos?</li> <li>- ¿Cómo de fuerte es la relación de asociación entre la exposición y el resultado (RR)?</li> </ul>	<p>Hombres con enfermedad de EAC y personalidad tipo D tiene mayor probabilidad de tener un deterioro del funcionamiento cognitivo y con la calidad de vida a largo plazo.</p> <p>Expuesto (sexo y característicos de personalidad tipo D) no expuestos.</p> <p>La relación entre la personalidad tipo D y EAC en ambos sexo en moderadamente fuerte RR:1.5 en hombres.</p>
<p><b>7 ¿Cuál es la precisión de los resultados?</b></p>	<p>Aumento significativo en riesgo de cad con características de personalidad tipo D en hombres.</p>

**C/ ¿Son los resultados aplicables a tu medio?**

<p><b>8 ¿Te parecen creíbles los resultados?</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p> <p><i>PISTA: ¡Un efecto grande es difícil de ignorar!</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Puede deberse al azar, sesgo o confusión?</li> <li>- ¿El diseño y los métodos de este estudio son lo suficientemente defectuosos para hacer que los resultados sean poco creíbles?</li> </ul> <p><i>Considera los criterios de Bradford Hill (por ejemplo, secuencia temporal, gradiente dosis-respuesta, fortaleza de asociación, verosimilitud biológica).</i></p>	<p>Los resultados parecen creíbles, se basa en un diseño de estudio prospectivo y ha tenido en cuenta factores de confusión potenciales, exposición y resultado (dosis-respuesta)</p>
<p><b>9 ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>	
<p><b>10 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</b></p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los pacientes cubiertos por el estudio pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área.</li> <li>- Tu medio parece ser muy diferente al del estudio.</li> <li>- ¿Puedes estimar los beneficios y perjuicios en tu medio?</li> </ul>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>11 ¿Va a cambiar esto tu decisión clínica?</b></p>	<p>Asociación significativa entre el funcionamiento cognitivo y la calidad de vida en pacientes con EAC. Funcionamiento: estrategias de intervención para mejorar la calidad de vida</p>

**PUNTOS: 8**

(Zambach et al. 2021)

## A/ ¿Son los resultados del estudio válidos?

### Preguntas de eliminación

1 ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?

PISTA: Una pregunta se puede definir en términos de

- La población estudiada.
- Los factores de riesgo estudiados.
- Los resultados "outcomes" considerados.
- ¿El estudio intentó detectar un efecto beneficioso o perjudicial?

SÍ     NO SÉ     NO

Investigar la asociación entre FRCV y eventos coronarios fatales y no fatales sobre una población específica.  
Población: Pacientes FRCV.  
Riesgo estudiados: Edad, sexo, tabaquismo, IMC, PA, colesterol, diabetes...  
Efecto perjudicial: FRCV y riesgo de eventos coronarios fatales vs no fatales.

2 ¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada?

PISTA: Se trata de buscar posibles sesgos de selección que puedan comprometer que los hallazgos se puedan generalizar.

- ¿La cohorte es representativa de una población definida?
- ¿Hay algo "especial" en la cohorte?
- ¿Se incluyó a todos los que deberían haberse incluido en la cohorte?
- ¿La exposición se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?

SÍ     NO SÉ     NO

La cohorte fue reclutada de manera adecuada. 1º reclutó una población libre de EC y se realizó un seguimiento a lo largo del tiempo para detectar si tuvieron FRCV y eventos.

4 ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial efecto de los factores de confusión en el diseño y/o análisis del estudio?

PISTA: Haz una lista de los factores que consideras importantes

- Busca restricciones en el diseño y en las técnicas utilizadas como, por ejemplo, los análisis de modelización, estratificación, regresión o de sensibilidad utilizados para corregir, controlar o justificar los factores de confusión.

Lista:

SÍ     NO SÉ     NO

Enfoque de riesgo competitivos con un modelo multivariables para evaluar los eventos coronarios. Si tuvieron en cuenta el potencial de confusión.

### Preguntas de detalle

3 ¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?

SÍ     NO SÉ     NO

PISTA: Se trata de buscar sesgos de medida o de clasificación:

- ¿Los autores utilizaron variables objetivas o subjetivas?
- ¿Las medidas reflejan de forma adecuada aquello que se supone que tiene que medir?
- ¿Se ha establecido un sistema fiable para detectar todos los casos (por ejemplo, para medir los casos de enfermedad)?
- ¿Se clasificaron a todos los sujetos en el grupo exposición utilizando el mismo tratamiento?
- ¿Los métodos de medida fueron similares en los diferentes grupos?
- ¿Eran los sujetos y/o el evaluador de los resultados ciegos a la exposición (si esto no fue así, importa)?

Variables objetivas: Edad, sexo, tabaco, IMC, PA..  
medidores de FRCV  
Utilización: Registros médicos para ver la ocurrencia de eventos coronarios fatales y no fatales

<p><b>5 ¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo?</b></p> <p><i>PISTA:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los efectos buenos o malos deberían aparecer por ellos mismos.</li> <li>- Los sujetos perdidos durante el seguimiento pueden haber tenido resultados distintos a los disponibles para la evaluación.</li> <li>- En una cohorte abierta o dinámica, ¿hubo algo especial que influyó en el resultado o en la exposición de los sujetos que entraron en la cohorte?</li> </ul>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Si hubo periodo largo 30 años para capturar los eventos</p>
---	---

**B/ ¿Cuáles son los resultados?**

<p><b>6 ¿Cuáles son los resultados de este estudio?</b></p> <p><i>PISTA:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuáles son los resultados netos?</li> <li>- ¿Los autores han dado la tasa o la proporción entre los expuestos/no expuestos?</li> <li>- ¿Cómo de fuerte es la relación de asociación entre la exposición y el resultado (RR)?</li> </ul>	<p>FCRV mencionados pueden elevar los eventos fatales en comparación con los no fatales.</p> <p>Mayor RR eventos coronarios fatales que no fatales RR: 1.5 (IC 95% 1.3 a 1.8)          IMC aumentó 30% en eventos fatales RR: 1.3 IC 95% 1.1-1.5)          PA también a eventos coronarios fatales RR 1.4 (IC 95% 1.2-1.7)</p>
<p><b>7 ¿Cuál es la precisión de los resultados?</b></p>	<p>Importancia de considerar estos factores en los esfuerzos para reducir la mortalidad por enfermedad de las arterias coronarias.</p>

**C/ ¿Son los resultados aplicables a tu medio?**

<p><b>8 ¿Te parecen creíbles los resultados?</b></p> <p><i>PISTA: ¡Un efecto grande es difícil de ignorar!</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Puede deberse al azar, sesgo o confusión?</li> <li>- ¿El diseño y los métodos de este estudio son lo suficientemente defectuosos para hacer que los resultados sean poco creíbles?</li> </ul> <p><i>Considera los criterios de Bradford Hill (por ejemplo, secuencia temporal, gradiente dosis-respuesta, fortaleza de asociación, verosimilitud biológica).</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Resultados creíbles debido a la gran muestra y al seguimiento a largo plazo que reduce la posibilidad de resultados debidos al azar.          Análisis multivariado y uso de modelos específicos para evaluar FRCV minimizar el sesgo, FRCV y eventos fatales vs no fatales biológicamente aceptado.</p>
<p><b>9 ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?</b></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>10 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</b></p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los pacientes cubiertos por el estudio pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área.</li> <li>- Tu medio parece ser muy diferente al del estudio.</li> <li>- ¿Puedes estimar los beneficios y perjuicios en tu medio?</li> </ul>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>11 ¿Va a cambiar esto tu decisión clínica?</b></p>	<p>La importancia de ciertos frcv en la prevención de eventos coronarios, se podría buscar un control/gestión de estos FR para reducir el riesgo de eventos.</p>

**PUNTOS: 8**

(Wibring et al. 2022)

## A/ ¿Son los resultados del estudio válidos?

### Preguntas de eliminación

1 ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?

SÍ  NO SÉ  NO

PISTA: Una pregunta se puede definir en términos de

- La población estudiada.
- Los factores de riesgo estudiados.
- Los resultados "outcomes" considerados.
- ¿El estudio intentó detectar un efecto beneficioso o perjudicial?

Presentación de síntomas relacionados con la edad, sexo e historial médico previo en pacientes con DT  
Población: Pacientes con DT  
FR: (Edad, sexo SCA, diabetes...)  
Resultados evaluados: (Síntomas reportados)  
Efecto beneficioso de indicador de DT para la atención hospitalaria.

3 ¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?

SÍ  NO SÉ  NO

PISTA: Se trata de buscar sesgos de medida o de clasificación:

- ¿Los autores utilizaron variables objetivas o subjetivas?
- ¿Las medidas reflejan de forma adecuada aquello que se supone que tiene que medir?
- ¿Se ha establecido un sistema fiable para detectar todos los casos (por ejemplo, para medir los casos de enfermedad)?
- ¿Se clasificaron a todos los sujetos en el grupo exposición utilizando el mismo tratamiento?
- ¿Los métodos de medida fueron similares en los diferentes grupos?
- ¿Eran los sujetos y/o el evaluador de los resultados ciegos a la exposición (si esto no fue así, importa)?

Variables objetivas: Síntomas  
Recopilación de datos: En procesos estandarizados  
Validación de las medidas: Síntomas y características de los pacientes

2 ¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada?

SÍ  NO SÉ  NO

PISTA: Se trata de buscar posibles sesgos de selección que puedan comprometer que los hallazgos se puedan generalizar.

- ¿La cohorte es representativa de una población definida?
- ¿Hay algo "especial" en la cohorte?
- ¿Se incluyó a todos los que deberían haberse incluido en la cohorte?
- ¿La exposición se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?

La cohorte fue reclutada de manera adecuada. Representa a pacientes con DT, la especialidad de la cohorte es a pacientes con DT atendidos en SEM en una región durante un año. Reclutamiento amplio, pero no selectivo.

4 ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial efecto de los factores de confusión en el diseño y/o análisis del estudio?

SÍ  NO SÉ  NO

PISTA: Haz una lista de los factores que consideras importantes

- Busca restricciones en el diseño y en las técnicas utilizadas como, por ejemplo, los análisis de modelización, estratificación, regresión o de sensibilidad utilizados para corregir, controlar o justificar los factores de confusión.

Lista:

No se proporciona una información clara, pero Análisis de regresión, para controlar los efectos de los factores de confusión (observar las variables y resultados de interés)  
Estratificación: Edad, sexo.

<p><b>5 ¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo?</b></p> <p><i>PISTA:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Los efectos buenos o malos deberían aparecer por ellos mismos.</i></li> <li>- <i>Los sujetos perdidos durante el seguimiento pueden haber tenido resultados distintos a los disponibles para la evaluación.</i></li> <li>- <i>En una cohorte abierta o dinámica, ¿hubo algo especial que influyó en el resultado o en la exposición de los sujetos que entraron en la cohorte?</i></li> </ul>	<p> <input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input checked="" type="checkbox"/> NO         </p> <p>Hubo perdidas al seguimiento durante este estudio.</p>
--	--

**B/ ¿Cuáles son los resultados?**

<p><b>6 ¿Cuáles son los resultados de este estudio?</b></p> <p><i>PISTA:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>¿Cuáles son los resultados netos?</i></li> <li>- <i>¿Los autores han dado la tasa o la proporción entre los expuestos/no expuestos?</i></li> <li>- <i>¿Cómo de fuerte es la relación de asociación entre la exposición y el resultado (RR)?</i></li> </ul>	<p>Grupo de expuesto por sus FR, tienden a sufrir mas IAM que los no expuesto.</p>
<p><b>7 ¿Cuál es la precisión de los resultados?</b></p>	<p>Moderada, ya que se realizo en dos centros del servicio SEM de Suecia, pero podria ser afectada por posibles sesgos de selección.</p>

**C/ ¿Son los resultados aplicables a tu medio?**

<p><b>8 ¿Te parecen creíbles los resultados?</b></p> <p><i>PISTA: ¡Un efecto grande es difícil de ignorar!</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>¿Puede deberse al azar, sesgo o confusión?</i></li> <li>- <i>¿El diseño y los métodos de este estudio son lo suficientemente defectuosos para hacer que los resultados sean poco creíbles?</i></li> </ul> <p><i>Considera los criterios de Bradford Hill (por ejemplo, secuencia temporal, gradiente dosis-respuesta, fortaleza de asociación, verosimilitud biológica).</i></p>	<p> <input type="checkbox"/> SÍ      <input checked="" type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO         </p> <p>Posible sesgo de selección los resultado podrian tener una crebilidad más baja.</p>
<p><b>9 ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?</b></p>	<p> <input type="checkbox"/> SÍ      <input checked="" type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO         </p>
<p><b>10 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</b></p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Los pacientes cubiertos por el estudio pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área.</i></li> <li>- <i>Tu medio parece ser muy diferente al del estudio.</i></li> <li>- <i>¿Puedes estimar los beneficios y perjuicios en tu medio?</i></li> </ul>	<p> <input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO         </p>
<p><b>11 ¿Va a cambiar esto tu decisión clínica?</b></p>	<p>DT puede variar según la edad, sexo y el historial médico.</p>

**PUNTOS: 5**

(Pelletier et al. 2016)

**A/ ¿Son los resultados del estudio válidos?**

Preguntas de eliminación

**1 ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?**

SÍ       NO SÉ       NO

*PISTA: Una pregunta se puede definir en términos de*

- La población estudiada.
- Los factores de riesgo estudiados.
- Los resultados "outcomes" considerados.
- ¿El estudio intentó detectar un efecto beneficioso o perjudicial?

Asociaciones entre el género y el sexo con la recurrencia de SCA y MACE  
 Población estudiada: Paciente jóvenes.  
 FR estudiados: (género y edad)  
 Resultados considerados: (recurrencia SCA Y MACE)  
 Efecto perjudicial

**2 ¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada?**

SÍ       NO SÉ       NO

*PISTA: Se trata de buscar posibles sesgos de selección que puedan comprometer que los hallazgos se puedan generalizar.*

- ¿La cohorte es representativa de una población definida?
- ¿Hay algo "especial" en la cohorte?
- ¿Se incluyó a todos los que deberían haberse incluido en la cohorte?
- ¿La exposición se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?

La cohorte fue reclutada de manera adecuada.  
 Población objetivo (pacientes jóvenes con SCA)  
 Especiales de cohorte: grupo demográfico.  
 Exposición de interés (características relacionadas con el género y sexo)

**4 ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial efecto de los factores de confusión en el diseño y/o análisis del estudio?**

SÍ       NO SÉ       NO

*PISTA: Haz una lista de los factores que consideras importantes*

- Busca restricciones en el diseño y en las técnicas utilizadas como, por ejemplo, los análisis de modelización, estratificación, regresión o de sensibilidad utilizados para corregir, controlar o justificar los factores de confusión.

Lista:

Multivariable, para controlar los efectos de los factores de confusión en el análisis.  
 variables (género y eventos cardiovasculares)  
 Estratificación: Pacientes jóvenes con SCA.  
 Sensibilidad en criterios de exclusión e inclusión

Preguntas de detalle

**3 ¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?**

SÍ       NO SÉ       NO

*PISTA: Se trata de buscar sesgos de medida o de clasificación:*

- ¿Los autores utilizaron variables objetivas o subjetivas?
- ¿Las medidas reflejan de forma adecuada aquello que se supone que tiene que medir?
- ¿Se ha establecido un sistema fiable para detectar todos los casos (por ejemplo, para medir los casos de enfermedad)?
- ¿Se clasificaron a todos los sujetos en el grupo exposición utilizando el mismo tratamiento?
- ¿Los métodos de medida fueron similares en los diferentes grupos?
- ¿Eran los sujetos y/o el evaluador de los resultados ciegos a la exposición (si esto no fue así, importa)?

si, se midió adecuadamente.  
 Variables ojetivas: ( mediciones cuantitativas, resultados puebas médicas) y subjetivas (evalua la percepción clínica del paciente)  
 Medeciones adecuadas :MACE

<p><b>5 ¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo?</b></p> <p><i>PISTA:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los efectos buenos o malos deberían aparecer por ellos mismos.</li> <li>- Los sujetos perdidos durante el seguimiento pueden haber tenido resultados distintos a los disponibles para la evaluación.</li> <li>- En una cohorte abierta o dinámica, ¿hubo algo especial que influyó en el resultado o en la exposición de los sujetos que entraron en la cohorte?</li> </ul>	<p> <input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO         </p> <p>Seguimiento adecuado: Largo para captar eventos relevantes como recurrencia SCA o otros eventos como MACE. Si se evaluó pérdidas de seguimientos.</p>
---	---

**B/ ¿Cuáles son los resultados?**

<p><b>6 ¿Cuáles son los resultados de este estudio?</b></p> <p><i>PISTA:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuáles son los resultados netos?</li> <li>- ¿Los autores han dado la tasa o la proporción entre los expuestos/no expuestos?</li> <li>- ¿Cómo de fuerte es la relación de asociación entre la exposición y el resultado (RR)?</li> </ul>	<p>El riesgo de recurrencia de SCA y MACE puede influir en el sexo femenino.</p> <p>El sexo femenino tiene un RR mayor de sufrir un evento coronario recurrente 1.5 veces mayor que el sexo masculino.</p>
<p><b>7 ¿Cuál es la precisión de los resultados?</b></p>	<p>La precisión sería moderada, pero la asociación entre el género y MACE, esta relación no fue estadísticamente significativa.</p>

**C/ ¿Son los resultados aplicables a tu medio?**

<p><b>8 ¿Te parecen creíbles los resultados?</b></p> <p><i>PISTA: ¡Un efecto grande es difícil de ignorar!</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Puede deberse al azar, sesgo o confusión?</li> <li>- ¿El diseño y los métodos de este estudio son lo suficientemente defectuosos para hacer que los resultados sean poco creíbles?</li> </ul> <p><i>Considera los criterios de Bradford Hill (por ejemplo, secuencia temporal, gradiente dosis-respuesta, fortaleza de asociación, verosimilitud biológica).</i></p>	<p> <input type="checkbox"/> SÍ      <input checked="" type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO         </p> <p>Los resultados pueden ser creíbles, se basan en un estudio diseñado de múltiples variables para el análisis, pero el género y MACE no alcanzó estadística significativas en todos los casos.</p>
<p><b>9 ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?</b></p>	<p> <input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO         </p>
<p><b>10 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</b></p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los pacientes cubiertos por el estudio pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área.</li> <li>- Tu medio parece ser muy diferente al del estudio.</li> <li>- ¿Puedes estimar los beneficios y perjuicios en tu medio?</li> </ul>	<p> <input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO         </p>
<p><b>11 ¿Va a cambiar esto tu decisión clínica?</b></p>	<p>Podría ayudar a enfocar y buscar porque una parte del estudio el género femenino tenía mayor tasa de MACE.</p>

**PUNTOS: 7,5**

(Ezekowitz et al. 2020)

## A/ ¿Son los resultados del estudio válidos?

### Preguntas de eliminación

<p><b>1</b> ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?</p> <p><i>PISTA:</i> Una pregunta se puede definir en términos de</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La población estudiada.</li> <li>- Los factores de riesgo estudiados.</li> <li>- Los resultados "outcomes" considerados.</li> <li>- ¿El estudio intentó detectar un efecto beneficioso o perjudicial?</li> </ul>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ    <input type="checkbox"/> NO SÉ    <input type="checkbox"/> NO</p> <p>La relación entre el sexo de los pacientes que sufren IAM y los resultados clínicos, específicamente (mortalidad y IC)</p> <p>Población: Pacientes con IAM. FR estudiados: Características demográficas (sexo, edad, comorbilidades y hallazgos angiográficos) Efecto perjudicial en términos de pronóstico CV.</p>
<p><b>2</b> ¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada?</p> <p><i>PISTA:</i> Se trata de buscar posibles sesgos de selección que puedan comprometer que los hallazgos se puedan generalizar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿La cohorte es representativa de una población definida?</li> <li>- ¿Hay algo "especial" en la cohorte?</li> <li>- ¿Se incluyó a todos los que deberían haberse incluido en la cohorte?</li> <li>- ¿La exposición se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?</li> </ul>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ    <input type="checkbox"/> NO SÉ    <input type="checkbox"/> NO</p> <p>La cohorte fue reclutada de manera adecuada. (poblacional grande)</p> <p>Poblacion general con IAM en términos de características demográficas, comorbilidades y otros factores. Medición entre el sexo.</p>
<p><b>4</b> ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial efecto de los factores de confusión en el diseño y/o análisis del estudio?</p> <p><i>PISTA:</i> Haz una lista de los factores que consideras importantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Busca restricciones en el diseño y en las técnicas utilizadas como, por ejemplo, los análisis de modelización, estratificación, regresión o de sensibilidad utilizados para corregir, controlar o justificar los factores de confusión.</li> </ul> <p><i>Lista:</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ    <input type="checkbox"/> NO SÉ    <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Edad, comorbilidades, tt previos, facotres de estilo de vida y características de la angiografía. Técnica de ajuste por estos facotres en modelo de regrsión multivariable, la estratificación por riesgo de sensibilidad.</p>

### Preguntas de detalle

**3** ¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?

SÍ     NO SÉ     NO

*PISTA:* Se trata de buscar sesgos de medida o de clasificación:

- ¿Los autores utilizaron variables objetivas o subjetivas?
- ¿Las medidas reflejan de forma adecuada aquello que se supone que tiene que medir?
- ¿Se ha establecido un sistema fiable para detectar todos los casos (por ejemplo, para medir los casos de enfermedad)?
- ¿Se clasificaron a todos los sujetos en el grupo exposición utilizando el mismo tratamiento?
- ¿Los métodos de medida fueron similares en los diferentes grupos?
- ¿Eran los sujetos y/o el evaluador de los resultados ciegos a la exposición (si esto no fue así, importa)?

SI, sistema fiable de detección de casos, criterios de clasificación según el sexo. Utilización de mediciones adecuadas, el sexo minimiza los posibles sesgos de interpretación.

<p><b>5 ¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo?</b></p> <p><b>PISTA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los efectos buenos o malos deberían aparecer por ellos mismos.</li> <li>- Los sujetos perdidos durante el seguimiento pueden haber tenido resultados distintos a los disponibles para la evaluación.</li> <li>- En una cohorte abierta o dinámica, ¿hubo algo especial que influyó en el resultado o en la exposición de los sujetos que entraron en la cohorte?</li> </ul>	<p> <input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO         </p> <p>El seguimiento fue largo y completo</p>
<p><b>B/ ¿Cuáles son los resultados?</b></p>	
<p><b>6 ¿Cuáles son los resultados de este estudio?</b></p> <p><b>PISTA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuáles son los resultados netos?</li> <li>- ¿Los autores han dado la tasa o la proporción entre los expuestos/no expuestos?</li> <li>- ¿Cómo de fuerte es la relación de asociación entre la exposición y el resultado (RR)?</li> </ul>	<p>Mayor mortalidad y riesgo de IC en mujeres después de IAM en comparación con los casos, sobretudo en STEMI  Mortalidad hospitalaria: M 9.4% y H 4.5% con NSTEMI  TOTAL: 4.7% M y 2.9% H (Tasa mortalidad hospitalaria)  Mujeres más RR: 1.42 (IC 95% 1.24-1.64) de mayor mortalidad por STEMI en comparación que los hombres.</p>
<p><b>7 ¿Cuál es la precisión de los resultados?</b></p>	<p>Se utilizó una cohorte poblacional grande con pacientes IAM y se realizó ajustes multivariables para controlar factor de confusión, son precisos.</p>
<p><b>C/ ¿Son los resultados aplicables a tu medio?</b></p>	
<p><b>8 ¿Te parecen creíbles los resultados?</b></p> <p><b>PISTA:</b> ¡Un efecto grande es difícil de ignorar!</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Puede deberse al azar, sesgo o confusión?</li> <li>- ¿El diseño y los métodos de este estudio son lo suficientemente defectuosos para hacer que los resultados sean poco creíbles?</li> </ul> <p>Considera los criterios de Bradford Hill (por ejemplo, secuencia temporal, gradiente dosis-respuesta, fortaleza de asociación, verosimilitud biológica).</p>	<p> <input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO         </p> <p>Son creíbles, por cohorte poblacional, hazasgos a largo tiempo asociación entre el sexo y el desarrollo de muerte o IC</p>
<p><b>9 ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?</b></p>	<p> <input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO         </p>
<p><b>10 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</b></p> <p><b>PISTA:</b> Considera si</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los pacientes cubiertos por el estudio pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área.</li> <li>- Tu medio parece ser muy diferente al del estudio.</li> <li>- ¿Puedes estimar los beneficios y perjuicios en tu medio?</li> </ul>	<p> <input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO         </p>
<p><b>11 ¿Va a cambiar esto tu decisión clínica?</b></p>	<p>Información valiosa sobre las disparidades de géneros, control y manejo más adecuado.</p>

**PUNTOS: 8**

(Roe et al. 2016)

**A/ ¿Son los resultados del estudio válidos?**

Preguntas de eliminación

**1** ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?

SÍ       NO SÉ       NO

PISTA: Una pregunta se puede definir en términos de

- La población estudiada.
- Los factores de riesgo estudiados.
- Los resultados "outcomes" considerados.
- ¿El estudio intentó detectar un efecto beneficioso o perjudicial?

Evaluar la probabilidad de que los pacientes indígenas reciban atención terapéutica en dos hospitales.  
Población estudiada : Pacientes indígenas que acuden a hospitales  
Resultados considerados: atención intervencionista y terapéutica.  
FR: edad, sexo, comorbilidad y decisiones clínicas.

**2** ¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada?

SÍ       NO SÉ       NO

PISTA: Se trata de buscar posibles sesgos de selección que puedan comprometer que los hallazgos se puedan generalizar.

- ¿La cohorte es representativa de una población definida?
- ¿Hay algo "especial" en la cohorte?
- ¿Se incluyó a todos los que deberían haberse incluido en la cohorte?
- ¿La exposición se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?

La cohorte fue reclutada de manera adecuada. Se realizó un revisión retrospectiva de los casos de los pacientes ingresados  
Pacientes indígenas, la exposición se realizó de manera precisa, ya que se evaluaron características clínicas y demográficas.

**4** ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial efecto de los factores de confusión en el diseño y/o análisis del estudio?

SÍ       NO SÉ       NO

PISTA: Haz una lista de los factores que consideras importantes

- Busca restricciones en el diseño y en las técnicas utilizadas como, por ejemplo, los análisis de modelización, estratificación, regresión o de sensibilidad utilizados para corregir, controlar o justificar los factores de confusión.

Lista:

Factores de confusión: edad, sexo, puntuación de propensión, comorbilidad y revascularización

Preguntas de detalle

**3** ¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?

SÍ       NO SÉ       NO

PISTA: Se trata de buscar sesgos de medida o de clasificación:

- ¿Los autores utilizaron variables objetivas o subjetivas?
- ¿Las medidas reflejan de forma adecuada aquello que se supone que tiene que medir?
- ¿Se ha establecido un sistema fiable para detectar todos los casos (por ejemplo, para medir los casos de enfermedad)?
- ¿Se clasificaron a todos los sujetos en el grupo exposición utilizando el mismo tratamiento?
- ¿Los métodos de medida fueron similares en los diferentes grupos?
- ¿Eran los sujetos y/o el evaluador de los resultados ciegos a la exposición (si esto no fue así, importa)?

Se realizó variables objetivas: angiografía y adm tto, para medir la atención intervencionista y terapéutica  
Posibles errores en la documentación de la atención recibida

**5 ¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo?**

SÍ       NO SÉ       NO

PISTA:

- Los efectos buenos o malos deberían aparecer por ellos mismos.
- Los sujetos perdidos durante el seguimiento pueden haber tenido resultados distintos a los disponibles para la evaluación.
- En una cohorte abierta o dinámica, ¿hubo algo especial que influyó en el resultado o en la exposición de los sujetos que entraron en la cohorte?

Retrospectivo, se observaron efectos positivos como negativos, pérdidas de seguimientos

**B/ ¿Cuáles son los resultados?**

**6 ¿Cuáles son los resultados de este estudio?**

Los pacientes indígenas tenían un 54% más de probabilidades de recibir una angiografía en comparación con los no indígenas. Expuesto (indígenas) no expuesto (no indígenas)

PISTA:

- ¿Cuáles son los resultados netos?
- ¿Los autores han dado la tasa o la proporción entre los expuestos/no expuestos?
- ¿Cómo de fuerte es la relación de asociación entre la exposición y el resultado (RR)?

RR : 1.54 indica una asociación moderadamente fuerte entre la identidad indígenas y la probabilidad de recibir el tto específico.

**7 ¿Cuál es la precisión de los resultados?**

Tamaño moderado de la muestras y la magnitud de las diferencias observadas el estudio tiene una precisión razonable.

**C/ ¿Son los resultados aplicables a tu medio?**

**8 ¿Te parecen creíbles los resultados?**

SÍ       NO SÉ       NO

PISTA: ¡Un efecto grande es difícil de ignorar!

- ¿Puede deberse al azar, sesgo o confusión?
- ¿El diseño y los métodos de este estudio son lo suficientemente defectuosos para hacer que los resultados sean poco creíbles?

Considera los criterios de Bradford Hill (por ejemplo, secuencia temporal, gradiente dosis-respuesta, fortaleza de asociación, verosimilitud biológica).

Análisis detallado de una muestras considerables y se ha ajustado a factores de confusión. La relación entre la exposición y RR en coherente con la lógica biológica

**9 ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?**

SÍ       NO SÉ       NO

**10 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?**

SÍ       NO SÉ       NO

PISTA: Considera si

- Los pacientes cubiertos por el estudio pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área.
- Tu medio parece ser muy diferente al del estudio.
- ¿Puedes estimar los beneficios y perjuicios en tu medio?

**11 ¿Va a cambiar esto tu decisión clínica?**

En la atención médica entre diferentes grupos demográficos.

PUNTOS: 7,5

(Dawson et al. 2023)

Preguntas de detalle

**A/ ¿Son los resultados del estudio válidos?**

Preguntas de eliminación

**1** ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?

SÍ  NO SÉ  NO

PISTA: Una pregunta se puede definir en términos de

- La población estudiada.
- Los factores de riesgo estudiados.
- Los resultados "outcomes" considerados.
- ¿El estudio intentó detectar un efecto beneficioso o perjudicial?

Examinar las diferencias de sexo en atención DT. Pacientes atendidos SEM con DT en Victoria, Australia.  
FR: atención y transporte, adm tto, pruebas diag, mortalidad a largo o corto plazo.  
Efecto perjudicial, buscar las disparidades de género en la atención cardiovascular.

**2** ¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada?

SÍ  NO SÉ  NO

PISTA: Se trata de buscar posibles sesgos de selección que puedan comprometer que los hallazgos se puedan generalizar.

- ¿La cohorte es representativa de una población definida?
- ¿Hay algo "especial" en la cohorte?
- ¿Se incluyó a todos los que deberían haberse incluido en la cohorte?
- ¿La exposición se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?

La cohorte fue reclutada de manera adecuada. Pacientes atendidos en SEM por DT en una región. Criterio de exclusión específico (edad adulta). DT es una medida precisa, ya que fueron evaluados y atendidos por SEM, lo que minimiza los sesgos de la medición de la exposición

**4** ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial efecto de los factores de confusión en el diseño y/o análisis del estudio?

SÍ  NO SÉ  NO

PISTA: Haz una lista de los factores que consideras importantes

- Busca restricciones en el diseño y en las técnicas utilizadas como, por ejemplo, los análisis de modelización, estratificación, regresión o de sensibilidad utilizados para corregir, controlar o justificar los factores de confusión.

Lista:

Multivariables (edad, sexo, comorbilidad)  
Estratificación por (edad y sexo)  
Ajuste por región.

**3** ¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?

SÍ  NO SÉ  NO

PISTA: Se trata de buscar sesgos de medida o de clasificación:

- ¿Los autores utilizaron variables objetivas o subjetivas?
- ¿Las medidas reflejan de forma adecuada aquello que se supone que tiene que medir?
- ¿Se ha establecido un sistema fiable para detectar todos los casos (por ejemplo, para medir los casos de enfermedad)?
- ¿Se clasificaron a todos los sujetos en el grupo exposición utilizando el mismo tratamiento?
- ¿Los métodos de medida fueron similares en los diferentes grupos?
- ¿Eran los sujetos y/o el evaluador de los resultados ciegos a la exposición (si esto no fue así, importa)?

Datos objetivos (registros médicos y datos administrativos) sistema fiable al vincular ambos datos, se aplican protocolos de tto a pacientes con DT. El sesgo por los datos se ha minimizado.

<p><b>5 ¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo?</b></p> <p><i>PISTA:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los efectos buenos o malos deberían aparecer por ellos mismos.</li> <li>- Los sujetos perdidos durante el seguimiento pueden haber tenido resultados distintos a los disponibles para la evaluación.</li> <li>- En una cohorte abierta o dinámica, ¿hubo algo especial que influyó en el resultado o en la exposición de los sujetos que entraron en la cohorte?</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input checked="" type="checkbox"/> NO</p> <p>No se proporciona información sobre la duración ; ya que se informa de un período de tiempo de interés, desde el contacto con los SEM por DT.</p>
---	---

**B/ ¿Cuáles son los resultados?**

<p><b>6 ¿Cuáles son los resultados de este estudio?</b></p> <p><i>PISTA:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuáles son los resultados netos?</li> <li>- ¿Los autores han dado la tasa o la proporción entre los expuestos/no expuestos?</li> <li>- ¿Cómo de fuerte es la relación de asociación entre la exposición y el resultado (RR)?</li> </ul>	<p>Mujeres más tasa de incidencia por DT y tenían menos probabilidad de recibir atención conforme las guías y someterse a angiografía.</p> <p>Expuesto DT: mujeres 50.3% y hombres 49.7%</p> <p>El RR: de recibir una atención óptima para las mujeres en comparación con los hombre sería alto un rango entre (1.5 a 2.0)</p>
<p><b>7 ¿Cuál es la precisión de los resultados?</b></p>	<p>Disparidad de género en la atención DT, en mujeres y menos posibilidades de recibir atención guiada por protocolos y mayor tasa de mortalidad en IAMCEST</p>

**C/ ¿Son los resultados aplicables a tu medio?**

<p><b>8 ¿Te parecen creíbles los resultados?</b></p> <p><i>PISTA: ¡Un efecto grande es difícil de ignorar!</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Puede deberse al azar, sesgo o confusión?</li> <li>- ¿El diseño y los métodos de este estudio son lo suficientemente defectuosos para hacer que los resultados sean poco creíbles?</li> </ul> <p><i>Considera los criterios de Bradford Hill (por ejemplo, secuencia temporal, gradiente dosis-respuesta, fortaleza de asociación, verosimilitud biológica).</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Los resultados parecen creíbles por la cantidad de datos analizados y la metodología utilizada para vincular los registros de los SEM con datos hospitalarios.</p>
<p><b>9 ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?</b></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>10 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</b></p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los pacientes cubiertos por el estudio pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área.</li> <li>- Tu medio parece ser muy diferente al del estudio.</li> <li>- ¿Puedes estimar los beneficios y perjuicios en tu medio?</li> </ul>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>11 ¿Va a cambiar esto tu decisión clínica?</b></p>	<p>Conocer y abordar las disparidades de género en la atención cardiovascular.</p>

**PUNTOS: 7**

Anexo 9: Clasificación según la revista, el número de estudios, el factor de impacto de *Scientific Journal Rankings* (SJR) y la disciplina.

REVISTAS	NÚMERO TOTAL	FACTOR DE IMPACTO (SJR)	CUARTILES	DISCIPLINA
<i>Journal of the American Heart Association</i>	2	2,08	Q1	Medicina
<i>Circulation: Cardiovascular Interventions</i>	1	2,3	Q1	Medicina
<i>Medical Decision making</i>	1	1,26	Q1	Medicina
<i>Clinical Research in Cardiology</i>	1	1,46	Q1	Medicina
<i>European heart journal</i>	1	1,2	Q1	Medicina
<i>Eurointervención</i>	1	1,62	Q1	Medicina
<i>International Journal of Cardiology</i>	1	3,5	Q1	Medicina
<i>Heart lung and circulation</i>	1	0,72	Q2	Medicina
<i>The American College of Cardiology</i>	4	8,34	Q1	Medicina
<i>The american journal of emergency medicine</i>	1	2,88	Q1	Medicina
<i>MDPI</i>	1	1,81	Q1	Medicina
<i>Circulation</i>	1	7,8	Q1	Medicina
<i>BMJ open</i>	1	1,06	Q1	Medicina
<i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i>	1	2,85	Q1	Enfermería
<i>Open Heart</i>	1	0,82	Q2	Medicina

(Fuente: Elaboración propia)

