

**Al Director**

Es costumbre que los artículos que se publican en la *Revista* vayan encabezados por una cita que tenga un sentido con él. Esto es muy auspicioso porque demuestra la inquietud de los médicos por una amplitud cultural más allá de la medicina. Bien decía ese gran maestro de la medicina Carlos Jiménez Díaz: “*Quien sólo medicina lee, ni de medicina sabe.*”

Alfredo Buero encabeza su artículo de opinión “Pequeño ensayo sobre la muerte” (1) con la cita: “*La muerte es algo que no debemos temer porque mientras somos, la muerte no es y cuando la muerte es, nosotros no somos*”, que atribuye al poeta y filósofo español Antonio Machado.

En realidad, corresponde a Epicuro (341-270 a. C.), filósofo representante del hedonismo mitigado, que la escribió en *Carta a Meneceo*, donde expresa textualmente: “*El peor de los males, la muerte, no significa nada para nosotros, porque mientras vivimos no existe, y cuando está presente nosotros no existimos.*” Antonio Machado la pone en boca de un personaje ficticio, en realidad su *alter ego*, Juan de Mairena, en el libro que editó en 1936 titulado “Juan de Mairena. Sentencias, donaires, apuntes y recuerdos de un profesor apócrifo”.

Dr. Antonio F. De Rosa<sup>MTSAC</sup>

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Buero A. Pequeño ensayo sobre la muerte. *Rev Argent Cardiol* 2008;76:388-91.

---

**El profesionalismo médico y las prácticas con la industria que crean conflictos de interés**
**Al Director**

He leído con interés la Carta del Director sobre conflicto de interés publicada en el N° 5 del Volumen 76 de la *Revista* (1) y quisiera hacer algunos comentarios.

A veces, cuando queremos extrapolar a nuestro país tendencias que se originan en el mundo, caemos en el error de no tomar en cuenta las diferencias socioculturales y económicas. El aporte de las empresas está tan arraigado en nuestro sistema de salud que me resulta difícil imaginar un mundo libre de ellas.

Las empresas en nuestro medio sostienen económicamente servicios enteros, en particular los públicos, sustentan financieramente sociedades y promueven, por conveniencia propia, el progreso tecnológico y la investigación. En un sistema de salud deficitario y con mal manejo económico, las empresas actúan como financiadoras directas del sistema y su desaparición, a corto o a largo plazo, colapsaría el sistema.

¿Alguien imagina un congreso argentino de cardiología organizado puramente por el aporte de los socios de la SAC? ¿Alguien imagina esta *Revista* sin

publicidad? Lamentablemente, el financiamiento privado es tan necesario en la cardiología como en cualquier otra área y si bien estoy de acuerdo con que alguna vez se debería buscar una forma de regulación, los logros a los que podemos aspirar son modestos. Está en nosotros crear una conciencia colectiva y crítica que pueda manejar estos conflictos de interés sin que los conflictos de interés nos manejen a nosotros. Pero creo que tenemos que crear nuestras propias recomendaciones basadas en nuestra realidad y en nuestro sistema de salud, sin caer en la tentación de imitar las recomendaciones ajenas para sistemas ajenos. Alguna vez tendremos que comenzar con esta tarea y tal vez éste sea el momento; la crisis económica mundial traerá consigo una disminución de las inversiones y de esta manera nos veremos obligados a prescindir de algunas prestaciones que las empresas otorgan, pero creo que en la actualidad esto se parece más a una formulación teórica y a un deseo que a una real intención de consumir finalmente el hecho.

Dr. Darío Di Toro

Director del Consejo de Clínica SAC

*El Dr. Darío Di Toro declara que no tiene conflictos de intereses*

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Doval HC. El profesionalismo médico y las prácticas con la industria que crean conflictos de intereses. *Rev Argent Cardiol* 2008; 76:417-21.

**Respuesta del autor**

Agradezco el interés y los comentarios del Dr. Darío Di Toro, que me permiten completar algunas ideas.

Me resulta contradictorio que señale el error de extrapolar a nuestro país tendencias originadas en el mundo sin que se tomen en cuenta las diferencias socioculturales y económicas y que a continuación exprese que “*el aporte de las empresas está tan arraigado en nuestro sistema de salud que me resulta difícil imaginar un mundo libre de ellas*”, al ser estas empresas, como son, casi exclusivamente transnacionales, por lo cual trasplantan no sólo la cultura, sino también los intereses de sus países de origen.

Luego plantea, sin hechos fácticos y temerariamente según mi opinión, que sin los aportes de las empresas farmacéuticas prácticamente desaparecería nuestro sistema actual de salud, ya que textualmente dice: “*Las empresas en nuestro medio sostienen económicamente servicios enteros, en particular los públicos, ... En un sistema de salud deficitario y con mal manejo económico, las empresas actúan como financiadoras directas del sistema y su desaparición, a corto o a largo plazo, colapsaría el sistema.*”

Sin embargo, los datos concretos muestran lo contrario; por ejemplo, según una estimación del Banco Mundial, el porcentaje de la población argentina que

no llegaba a acceder al medicamento prescrito en junio de 2002 alcanzaba el 34,2% del total y era mucho peor el de ingresos más bajos, el 40%. Por ello, el Banco Mundial diseñó e impulsó y el gobierno implementó el plan “Remediar” para abastecer de medicamentos esenciales gratuitos a una población de 15 millones de personas que dependen preponderantemente del sector público y de las que el 70% se encuentra por debajo de la línea de indigencia.

Mientras que en 1960 el gasto en salud absorbía el 1,5% del gasto familiar, en pocas décadas aumentó seis veces y su incidencia pasó a ser del 9% en 1997. En el 20% más pobre, el 78% de ese gasto de salud se debió a la compra de medicamentos, sin tomar en cuenta la distorsión a que somete al sistema público el hecho de que un sector de los médicos, insuficientemente remunerados para la asistencia, encuentren un casi irresistible incentivo financiero para dedicar su tiempo de atención a incluir y seguir pacientes para la industria.

Por supuesto que se puede “imaginar” a esta *Revista* sin publicidad; la realidad es que es de acceso libre por Internet y la publicidad financia su publicación en papel, que sólo llega a los socios de la SAC. Y por supuesto que el aporte de los socios, el pago de la inscripción y otros subsidios que no sean de la industria farmacéutica también permitiría hacer otros congresos, quizás algo distintos, sin el sesgo de la invitación selectiva de conferencistas extranjeros que hace la industria, con la excusa de que selecciona expositores para sus cursos de (de)formación, dentro del mismo congreso.

Sigo reafirmando lo que expresé en la carta: “*Por su lado, como una de las partes del cuidado de la salud, la industria farmacéutica y de aparatos médicos promueve el bienestar de los pacientes por medio de su compromiso con la investigación y el desarrollo de productos... Sin embargo, la razón de ser de las compañías y su responsabilidad última es con sus accionistas, quienes esperan retornos razonables sobre sus inversiones.*”

*A su vez, los principios del profesionalismo médico, como hemos visto en la carta, colocan como su responsabilidad primaria el compromiso por el bienestar de sus pacientes y ese altruismo pone el interés de los pacientes primero y presupone una ausencia de toda otra influencia o sesgo en la toma de decisiones médicas.*

*Las dos responsabilidades son fundamentalmente incompatibles y pueden ser contradictorias. Aun cuando se pudiera evitar la confrontación de responsabilidades, aún quedaría presente la potencialidad y la percepción de los pacientes.”*

No me siento tan desalentado como parece estarlo el Dr. Di Toro cuando expresa: “*Alguna vez tendremos que comenzar con esta tarea y tal vez éste sea el momento, ... pero creo que en la actualidad esto se parece más a una formulación teórica y a un deseo que a una real intención de consumir finalmente el hecho.*” Y

digo esto porque las autoridades de la SAC encomendaron como tarea de este año al Comité de Bioética impulsar una declaración consensuada, dentro de la SAC y luego, en lo posible, con otras organizaciones médicas, de los principios del profesionalismo médico que deberían tenerse en cuenta en nuestro diario accionar.

**Dr. Hernán C. Doval**

### Al Director

He leído con gran deleite intelectual “Pequeño ensayo sobre la muerte” de Alfredo Buero, probablemente porque basa su desarrollo en los poetas y, personalmente, creo que el arte brinda una sabiduría más allá (o más acá...) de la ciencia. (1) Quizás también por la coincidencia de haber leído recientemente el ensayo de Ioana Heath “Ayudar a morir” (con un prefacio y doce tesis de John Berger), (2) cuya lectura me atrevo a recomendar.

Me permitiré resumir la personalidad de los autores y esa obra. Ioana Heath es una médica inglesa que trabajó en un suburbio pobre de Londres, presidió el Comité de Ética del Colegio Real de Médicos Generalistas y el del British Medical Journal. John Berger (1926- ), es un reconocido escritor inglés contemporáneo. Entre sus libros se destaca una de las obras más extraordinarias sobre la medicina, “Un hombre afortunado”. El bello libro de Heath se inicia con una frase del poeta sueco Sven Lindqvist (1932- ): “La sociedad, el arte, la cultura, toda la civilización humana no es sino evasión, un gran autoengaño colectivo cuya intención es hacernos olvidar que incesantemente caemos por el aire, que a cada instante estamos más cerca de la muerte”. (2) Dice Heath: “El médico tiene un importante papel en relación con la muerte” y cita a Berger: “El médico es el familiar de la muerte. Cuando llamamos a un médico, le pedimos que nos cure y que alivie nuestro sufrimiento, pero si no puede curarnos también le pedimos que sea testigo de nuestra muerte. El valor del testigo es que ya vio morir a muchos otros [...]. Es el intermediario viviente entre nosotros y los innumerables muertos. Está con nosotros y estuvo con ellos, y el consuelo difícil pero real que los muertos ofrecen por su intermedio es el de la fraternidad.”(2, 3)

Después de un magnífico desarrollo, Heath reafirma sus prioridades para con las personas que agonizan:

- “Siempre que sea posible, los pacientes deben morir en su casa o en otro lugar familiar y querido.
- Las personas no deben morir en soledad. Su cuidado debe estar a cargo de aquellos a quienes el moribundo conoce, preferentemente personas que lo quieran.
- Es esencial que haya una relación y una conversación constante entre el médico y el paciente terminal.

- La comunicación está mediada tanto por las palabras como por el contacto físico.
- En ocasiones es necesario sentir dolor a los efectos de sentirse vivo.
- La esperanza se relaciona con el futuro, pero existe en el presente y puede ser dirigida hacia pequeños placeres sensoriales: la música, el contacto físico, la visión de un rostro querido, la luz del sol.
- Revivir y volver a compartir recuerdos permite completar un relato de vida coherente.
- Debe hallarse el espacio para reconocer la resolución de una vida y la perspectiva de la liberación de un cuerpo que declina.
- La profundidad del tiempo es más importante que su duración." (2)

A modo de ejemplo, reproduzco la primera de las "doce tesis" de Berger: "Los muertos rodean a los vivos. Los vivos son el centro de los muertos. En ese centro están las dimensiones del tiempo y el espacio. Lo que rodea al centro es atemporal." (2)

Congratulo a Alfredo Buero por su brillante ensayo y a la *Revista Argentina de Cardiología* por acoger artículos de este carácter, que ayudan a pensar en cosas como las que menciona Iona Heath: "Morir es difícil. También es difícil ser médico: presenciar cada día la agonía y tomar conciencia una y otra vez de los límites de la ciencia." (2)

**Dr. Daniel José Piñeiro**<sup>MTSAC</sup>

Hospital de Clínicas "José de San Martín", UBA

## BIBLIOGRAFÍA

1. Buero A. Pequeño ensayo sobre la muerte. *Rev Argent Cardiol* 2008;76:388-91.
2. Heath I. Ayudar a morir. 1ª ed. Buenos Aires: Katz Editores; 2008.
3. Berger J. Un hombre afortunado. 1ª ed. Buenos Aires: Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara; 2008.

## Cirugía en pacientes con lesión del tronco de la arteria coronaria izquierda

### Al Director

En el número 6 de la *Revista Argentina de Cardiología* de 2008 se publica un estudio relevante del grupo de los Dres. Borracci y Rubio, en el que se comunican los resultados inmediatos y a 5 años de la cirugía de revascularización miocárdica (CRM) en 174 pacientes consecutivos con lesión del tronco de la coronaria izquierda (TCI) desde 2003 a 2007. (1) De por sí, el trabajo resulta interesante porque pone de manifiesto los buenos resultados de la CRM realizada por un equipo entrenado y con experiencia comprobada, en pacientes de alto riesgo, no sólo por la presencia de lesión del TCI, sino porque el 90% de ellos tenían lesiones asociadas de múltiples vasos.

La mortalidad a los 30 días fue similar a la esperada por el EUROSCORE y el seguimiento hasta cinco

años reveló una mortalidad cardiovascular equivalente a la población general de edad comparable. En las conclusiones del trabajo, los autores destacan que los resultados fueron consistentes con los comunicados en la bibliografía internacional.

Si bien el estudio merece ser considerado con atención y constituye una contribución trascendente al conocimiento de los resultados de la CRM de estos pacientes en "el mundo real" de nuestro país, es evidente que el escaso número de pacientes, así como la pertenencia de los autores a un grupo experimentado de tres servicios de cirugía cardiovascular asociados, impide generalizar la excelencia de los resultados a nuestro medio como para formar la base conceptual y la evidencia requerida para extender el paradigma de adopción de conductas en este tipo de pacientes.

En otros términos, si bien los datos presentados demuestran la confiabilidad del grupo, no representan el estándar medio de calidad de resultados quirúrgicos en el tratamiento de estos pacientes en todo nuestro país, lo cual pone una vez más de manifiesto la necesidad de individualizar no sólo cada paciente, sino la experiencia del grupo tratante para la selección adecuada de la terapéutica de revascularización en cada caso.

Por otro lado, los autores señalan que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la mortalidad del grupo de pacientes operados en situación de urgencia frente a los operados en forma programada (8,3% versus 2,9%, OR: 3,05, IC 95%: 0,51-17,2; p = 0,156), ni en la incidencia de eventos combinados (muerte, infarto, ACV: 11,1% versus 7,2%, OR: 1,60, IC: 0,39-6,06; p = 0,492). Esto parece deberse a un error estadístico beta, es decir, vinculado a la falta de poder por el escaso número de pacientes y, por otro lado, de confirmarse la tendencia en un grupo más amplio, evidentemente las diferencias adquirirían significación estadística, lo que sugeriría un vínculo fisiopatológico más racional en el sentido de que los pacientes más graves suelen tener mayor morbimortalidad en los procedimientos invasivos de revascularización.

Finalmente, llama la atención que aunque las tres cuartas partes de los pacientes se definieron como anginas inestables, no presentaron mayor mortalidad ni eventos combinados que el grupo de pacientes más estables, lo cual justificaría que los autores aclararan qué definición se consideró para la angina inestable, qué clasificación de riesgo al ingreso y evolutiva tuvieron esos pacientes y cuál fue el tiempo promedio entre el comienzo del cuadro clínico y la CRM.

Más allá de las dudas planteadas que persiguen el objetivo de enriquecer los datos de la experiencia comunicada en el trabajo, deben estimularse las presentaciones de los diferentes grupos intervencionistas (endovasculares y quirúrgicos) que, con el rigor de análisis estadístico adecuado como el aplicado en este caso, ayuden al cardiólogo clínico a comprender la contribución de la revascularización para seleccionar el

tratamiento más adecuado en este grupo de pacientes de alto riesgo.

**Dr. Horacio Pomés Iparraguirre<sup>MTSAC</sup>**

## BIBLIOGRAFÍA

1. Borracci RA, Rubio M, Milani A, Barrero C, Mauro V, Fairman E y col. Resultados inmediatos y a los 5 años de pacientes portadores de lesión del tronco de la coronaria izquierda. *Rev Argent Cardiol* 2008;76:437-41.

## Respuesta de los autores

En respuesta a la carta del Dr. H. Pomés Iparraguirre, es importante destacar que también otros centros locales han comunicado una morbimortalidad similar en el tratamiento de las lesiones del tronco de la coronaria izquierda (TCI). (1) Es posible que en poco tiempo tengamos una visión más amplia de los resultados de este tipo de cirugía en todo el país, ya que se están analizando los resultados del Registro Nacional de Cirugía Cardíaca (CONAREC XVI), que incluye alrededor de 2.500 pacientes con cirugía coronaria y/o valvular en más de 30 centros nacionales. (2) Con respecto a la definición de angina inestable, en general correspondió al tipo de angina que se presentaba al ingreso en la UCO; sin embargo, la mayoría de los pacientes ya estaban estabilizados en el momento de la cirugía, a excepción de los casos definidos como “urgencia”, donde se aplicaría el criterio del EuroSCORE, o sea, angina de reposo que requiere nitratos IV hasta la entrada en quirófano. Sin duda, la falta de diferencia estadística entre los grupos operados de urgencia o programados se debe al poco poder de la muestra, hecho que fue destacado en el artículo original, al final del segundo párrafo de la Discusión, donde se aclara que la cirugía de urgencia del TCI podría incrementar dos veces la mortalidad operatoria. Agradecemos sinceramente la contribución del Dr. Pomés Iparraguirre.

**Dres. Raúl A. Borracci<sup>MTSAC</sup> y Miguel Rubio<sup>MTSAC</sup>,  
por los autores**

## BIBLIOGRAFÍA

1. Navia D. Revascularización de la enfermedad del tronco de la coronaria izquierda: cuando la evidencia empieza a poner orden en el mundo real. *Rev Argent Cardiol* 2008;76:424-6.  
2. Guardiani FM. Comunicación personal.

## Al Director

Me pareció muy interesante el artículo “Infarto agudo de miocardio en mujeres: características clínicas y evolución a corto y a largo plazo” publicado en el N° 6 del Volumen 76 de la *Revista Argentina de Cardiología*. En la última década se ha puesto atención en la bibliografía internacional sobre las diferencias observadas en cuanto a la fisiopatología, tratamiento

y evolución de los síndromes coronarios agudos en la mujer y resulta muy positivo que se pueda conocer la realidad de nuestro país en este sentido.

La Dra. Stella Macín y colaboradores, autores de esta publicación, muestran resultados globalmente concordantes con lo comunicado previamente por otros grupos: pacientes más añosas y con más comorbilidades que los hombres, mayor mortalidad intrahospitalaria, tiempos más prolongados hasta la reperfusión, una tasa muy superior de insuficiencia cardíaca como complicación de los eventos coronarios agudos y mayor incidencia de angina refractaria. Hallazgos similares arrojó la encuesta de infarto de la Sociedad Argentina de Cardiología, realizada en Unidades Coronarias de nuestro país.

Un aspecto que este grupo ha enfatizado, y creo que es importante, es el impacto de la disfunción renal como indicador pronóstico. Si bien está ampliamente difundido el concepto de riesgo adicional que implica la presencia de insuficiencia renal en los pacientes con cardiopatía isquémica, en este caso se puede ver que incrementos mínimos en los valores de uremia inducen peor evolución y, además, que la disfunción renal es más frecuente en la mujer que en el hombre, pero que con frecuencia se subdiagnostica, al tomar sólo como indicador el valor aislado de creatinina, en lugar de realizar el cálculo de depuración para tener una dimensión más precisa del problema.

La utilización de tratamientos de reperfusión, así como la realización de angioplastia no mostró diferencias entre sexos según los autores y esto sí difiere de los resultados en los grandes registros internacionales, pero considero que esos datos deben interpretarse con cuidado, ya que la muestra es muy pequeña y es probable que esto influya al respecto.

Algo que llama la atención es la inclusión de infartos con supradesnivel del segmento ST y sin él (no están aclarados los porcentajes de mujeres en cada uno de estos subgrupos). Son dos síndromes coronarios agudos que tienen fisiopatología, pronóstico y tratamientos diferentes, lo que hace que la muestra sea muy heterogénea, lo que quita peso a los resultados.

Más allá de estas limitaciones, encuentro muy positivo comenzar a conocer nuestra propia realidad sobre una patología altamente prevalente y con mortalidad elevada.

**Dra. Ana Salvati<sup>MTSAC</sup>**  
anasalvati@gmail.com

## BIBLIOGRAFÍA

- Akhter N, Milford-Beland S, Roe MT, Piana RN, Kao J, Shroff A. Gender differences among patients with acute coronary syndromes undergoing percutaneous coronary intervention in the American College of Cardiology-National Cardiovascular Data Registry (ACC-NCDR). *Am Heart J* 2009;157:141-8.  
- Heer T, Schiele R, Schneider S, Gitt AK, Wienbergen H, Gottwik M, et al. Gender differences in acute myocardial infarction in the era of reperfusion (the MITRA registry). *Am J Cardiol* 2002;89:511-7.

- Macín SM, Perna ER, Coronel L, Parra J, Barrios P, De la Rosa M y col. Infarto agudo de miocardio en mujeres: características clínicas y evolución a corto y a largo plazo. *Rev Argent Cardiol* 2008;76: 429-36.
- Santopinto JJ, Fox KA, Goldberg RJ, Budaj A, Piñero G, Avezum A, et al; GRACE Investigators. Creatinine clearance and adverse hospital outcomes in patients with acute coronary syndromes: findings from the global registry of acute coronary events (GRACE). *Heart* 2003;89:1003-8.
- Shaw LJ, Shaw RE, Merz CN, Brindis RG, Klein LW, Nallamothu B; American College of Cardiology-National Cardiovascular Data Registry Investigators. Impact of ethnicity and gender differences on angiographic coronary artery disease prevalence and in-hospital mortality in the American College of Cardiology-National Cardiovascular Data Registry. *Circulation* 2008;117:1787-801.

### Respuesta de los autores

Agradezco el interés mostrado en nuestro artículo "Infarto agudo de miocardio en mujeres: características clínicas y evolución a corto y a largo plazo" a la Dra. Ana Salvati, pionera en el tema mujer y enfermedad coronaria en la Sociedad Argentina de Cardiología. Sin bien en este trabajo se han confirmado datos comunicados en ensayos y registros previos, esta concordancia permite enfatizar la *mayor morbilidad en el sexo femenino*; sin embargo, la *mortalidad más elevada probablemente se justifique por la edad más avanzada en las mujeres*. (1)

Lo más relevante del artículo es la *inclusión de una población de pacientes latinos*, donde muchas veces las diferencias de razas hace que los hallazgos mencionados sean diferentes, tal como señalan Shaw y colaboradores, que mostraron una mortalidad mucho más alta en mujeres con síndrome coronario agudo latinas y blancas. (2)

Otro dato interesante, como lo muestra la Dra. Salvati, es la importancia del valor de la urea al ingreso, el cual incrementó el riesgo de muerte en más de cuatro veces. Este dato tan sencillo de medir en el momento de admisión aporta datos relevantes para estratificar pacientes de alto riesgo; no sólo deberían ser contemplados en los SCA sin ST como muestra el Registro GRACE, sino también en aquellos con elevación del segmento ST. (3) Un justificativo para la mayor disfunción renal en mujeres probablemente se deba a la inclusión del sesgo de selección de los ensayos clínicos que habitualmente admiten sólo pacien-

tes con función renal normal y reflejan entonces datos del mundo real.

Tal como comenta la Dra. Salvati, una debilidad de nuestro estudio fue incluir tanto pacientes con síndrome coronario agudo con supradesnivel del ST y sin él, y si bien esto hace que la población sea un tanto heterogénea y pequeña y quite peso a los resultados, este dato se incluyó dentro de las limitaciones del trabajo; registros previos (2, 4) ya han mostrado datos de poblaciones similares. La mayoría coinciden en que las mujeres reciben menos terapias como revascularización coronaria electiva con angioplastia, aspirina, agentes IIb-IIa, heparina, y estatinas y que esto podría contribuir a las diferencias en el sexo. (2, 5)

**Dra. Stella Maris Macín**

### BIBLIOGRAFÍA

1. Anderson RD, Pepine CJ. Gender differences in the treatment for acute myocardial infarction: bias or biology? *Circulation* 2007; 115(7):823-6.
2. Shaw L, Shaw RE, Bairey Merz CN, Brindis RG, Klein LW, Nallamothu B, Douglas PS, Krone RJ, McKay ChR, Block PC, Hewitt KR, Weintraub WS, Peterson ED; on behalf of the American College of Cardiology-National Cardiovascular Data Registry Investigators. Impact of Ethnicity and Gender Differences on Angiographic Coronary Artery Disease Prevalence and In-Hospital Mortality in the American College of Cardiology - National Cardiovascular Data Registry. *Circulation* 2008;117(14):1787-801.
3. Anavekar NS, McMurray JJ, Velazquez EJ, Solomon SD, Kober L, Rouleau JL, White HD, Nordlander R, Maggioni A, Dickstein K, Zelenkofske S, Leimberger JD, Califf RM, Pfeffer MA. Relation between renal dysfunction and cardiovascular outcomes after myocardial infarction. *N Engl J Med* 2004;351(13):1285-95.
4. Akhter N, Milford-Beland S, Roe MT, Piana RN, Kao J, Shroff A. Gender differences among patients with acute coronary syndromes undergoing percutaneous coronary intervention in the American College of Cardiology - National Cardiovascular Data Registry (ACC-NCDR). *Am Heart J* 2009;157(1):141-8.
5. Blomkalns AL, Chen AY, Hochman JS, Peterson ED, Trynosky K, Diercks DB, Brogan GX Jr, Boden WE, Roe MT, Ohman EM, Gibler WB, Newby LK; CRUSADE Investigators. Gender disparities in the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes: large-scale observations from the CRUSADE (Can Rapid Risk Stratification of Unstable Angina Patients Suppress Adverse Outcomes With Early Implementation of the American College of Cardiology/American Heart Association Guidelines) National Quality Improvement Initiative. *J Am Coll Cardiol* 2005;45(6):832-7.