

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES
DEL SEXO FEMENINO CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO.
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA” MAYO 2018-ABRIL
2019**



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR ENRIQUE TEJERA"



**CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES
DEL SEXO FEMENINO CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO.
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA" MAYO 2018-ABRIL
2019**

AUTOR: SULBARAN, MAYLIN

Valencia, Junio de 2018



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA INTERNA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR ENRIQUE TEJERA"



**CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES
DEL SEXO FEMENINO CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO.
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA" MAYO 2018-ABRIL
2019**

AUTOR: SULBARAN, MAYLIN

Tutor: ANA CHACÍN.

**TRABAJO ESPECIAL DE GRADO QUE SE PRESENTA COMO
REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA INTERNA**

Valencia, Junio de 2019.

ÍNDICE GENERAL

	Página
Índice de tablas.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vi
Introducción.....	1
Metodología.....	9
Resultados.....	11
Discusión.....	13
Conclusiones.....	16
Recomendaciones.....	17
Referencias Bibliográficas.....	18
Anexos.....	21

ÍNDICE DE TABLAS

Cuadro 1 Distribución según edad, menopausia y uso de terapia de reemplazo hormonal

Cuadro 2 Distribución según tabaquismo, alcoholismo y comorbilidades, en pacientes femeninas con SCA.

Cuadro 3 Distribución según presentación clínica, tipo de SCA, tipo de IMCEST y estratificación según la escala de Killip-Kimbal

Cuadro 4 Distribución según diagnóstico, tratamiento y complicaciones, en pacientes femeninas con SCA

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLOGICA DE PACIENTES
DEL SEXO FEMENINO CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO.
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA” MAYO 2018-ABRIL
2019**

AUTOR: SULBARAN, MAYLIN

Año: 2019

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la causa más frecuente de muerte en la mujer a nivel mundial. Se han demostrado peores resultados clínicos en las mujeres a pesar de ser más prevalente en hombres. **Objetivo:** Conocer las características clínico epidemiológicas de pacientes del sexo femenino con Síndrome Coronario Agudo que ingresan en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante el periodo Mayo 2018- Abril 2019. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional, de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 89 pacientes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: Diagnóstico de SCA y sexo femenino. **Resultados:** la incidencia de SCA en mujeres fue de 46,1%, con edad promedio de 63,55 años, 87,6% en la menopausia, ninguna recibió terapia de reemplazo hormonal. El 48,3% fueron fumadoras, predominó la asociación de hipertensión arterial y diabetes mellitus en 41,6%, el dolor torácico típico en 73%, el IMCEST fue el más frecuente en 41,6% y el anterior extenso se presentó en 25,8%. El diagnóstico se hizo en 46,1% mediante la combinación del electrocardiograma con las enzimas cardiacas, El 82% recibió tratamiento médico, el 77,5% no presentó complicaciones. **Conclusiones:** el SCA se presentó como una condición frecuente en las mujeres durante la sexta década de la vida, siendo los factores de riesgo cardiovascular más frecuentes el tabaquismo, la HTA y la diabetes. Predominó el IMCEST y Killip Kimball I, presentándose como dolor torácico típico en la mayoría de las pacientes. Un bajo porcentaje presentó complicaciones, la principal fue las arritmias.

Palabras clave: Mujeres, síndrome coronario agudo, menopausia, hipertensión arterial, diabetes, cardiovascular.

**CLINIC-EPIDEMIOLOGIC CHARACTERIZATION OF THE FEMALE
PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME. HOSPITAL CITY
"DR. ENRIQUE TEJERA" MAY 2018 - APRIL 2019**

Author: SULBARAN, MAYLIN

Year: 2019

ABSTRACT

Cardiovascular diseases (CVD) are the most frequent cause of death in women around the world. It has proved worse clinical outcomes in women despite being more prevalent in men. **Objective:** To know the clinical and epidemiological characteristics of the female patients with acute coronary syndrome admitted to the Hospital City "Dr. Enrique Tejera" during the period may 2018 – april 2019. **Materials and methods:** A descriptive type, observational, cross-sectional study was performed. The sample consisted of 89 patients who met the following inclusion criteria: diagnosis of acute coronary syndrome (ACS) and female sex. **Results:** The incidence of ACS in women was 46.1%, with average age of 63.55 years, 87.6% in menopause, none received hormonal replacement therapy. 48.3% were smokers, predominated the association of hypertension and diabetes mellitus on 41.6%, typical chest pain was 73%, the most frequent was the IMCEST at 41.6% and the extensive previous arose in 25.8%. The diagnosis was made by 46.1% through the combination of the electrocardiogram with cardiac enzymes, 82% received medical treatment, 77.5% had no complications. **Conclusions:** ACS arose as a common condition in women during the sixth decade of life, being the most frequent cardiovascular risk factors smoking, hypertension and diabetes. Predominated the IMCEST and Killip Kimball I, posing as typical chest pain in most patients. A low percentage presented complications, the main was the arrhythmias.

Key words: Women, acute coronary syndrome, menopause, hypertension, diabetes, cardiovascular

INTRODUCCIÓN

El síndrome coronario agudo (SCA) comprende un conjunto de entidades producidas por la erosión o rotura de una placa de ateroma, que determina la formación de un trombo intracoronario, causando reducción abrupta del flujo sanguíneo coronario lo cual produce isquemia aguda del miocardio¹⁻².

El SCA da lugar a tres diagnósticos principales: angina inestable (AI), infarto agudo de miocardio (IAM) o muerte súbita, según la cantidad y duración del trombo, la existencia de circulación colateral y la presencia de vasoespasmo en el momento de la rotura. El IAM es la situación en la que existe necrosis de las células del miocardio como consecuencia de una isquemia prolongada. La definición de IAM incluye distintas perspectivas relativas a las características clínicas, electrocardiográficas (ECG), bioquímicas y patológicas³⁻⁵.

El SCA se clasifica de acuerdo a los hallazgos electrocardiográficos en dos grupos: Con elevación del segmento ST (SCACEST) y sin elevación del segmento ST (SCASEST). Dependiendo de la elevación o no de marcadores de necrosis miocárdica se habla de IAM o de AI respectivamente. El más frecuente es el SCACEST, seguido del SCASEST y, después, la AI. De estos, el que requiere atención inmediata es el SCACEST, con la intención de restablecer la perfusión sanguínea del tejido infartado⁶⁻⁷.

A pesar de los avances en el diagnóstico y el tratamiento, el IAM sigue siendo un problema de salud pública importante en el mundo, debido al gran impacto de morbilidad y mortalidad que representa. Un tercio de la población mundial muere como consecuencia de enfermedad cardiovascular. Se estima que aproximadamente fallecen 7,3 millones de personas en el mundo por cardiopatía isquémica^{8,9}.

Aunque la tasa de mortalidad ha descendido en las últimas cuatro décadas en los países desarrollados, sigue siendo la causa de

aproximadamente un tercio de todas las muertes de sujetos de edad > 35 años. Se ha estimado que casi la mitad de los varones y un tercio de las mujeres de mediana edad en Estados Unidos sufrirán alguna manifestación de cardiopatía isquémica. Se estima que cada año la enfermedad cardiovascular (ECV) causa 4 millones de fallecimientos en Europa y 1,9 millones en Europa, la mayor parte por enfermedad coronaria, lo que supone un 47% de todas las muertes en Europa y el 40% de la Unión Europea¹⁰.

Según las altas hospitalarias en el 2004 en EE.UU., 1.565.000 correspondieron a SCA y de estas, 896.000 a IAM y 669.000 a AI. Para finales del 2007, unos 700.000 americanos sufrieron un nuevo evento coronario y cerca de 500.000 tuvieron uno recurrente, según datos del NHLBI (Instituto Nacional de Sangre, Corazón y Pulmón)⁴.

En Latinoamérica la ECV es la principal causa de muerte. Datos de la Organización Mundial de la Salud indican que en la región está en curso una epidemia de ECV, lo que se puede atribuir a periodos de exposición a factores de riesgo más largos, lo que resulta en mayor probabilidad de eventos adversos. La ECV ha llegado a ser la causa principal de muerte también en el mundo en desarrollo. Se estima que actualmente el 50% de todas las muertes en los países de alto ingreso y el 28% de las muertes en los países de bajo y mediano ingreso son el resultado de ECV¹¹.

En Venezuela, las ECV principalmente el IAM constituyen la primera causa de morbimortalidad, aproximadamente 20% de la mortalidad diagnosticada es consecuencia de las mismas; constituyendo así la primera causa de muerte en la población. Dentro de este tipo de enfermedades el IAM tiene la mayor incidencia con 12,87%. En el año 2010, produjo 18.752 muertes, 13,54% de la mortalidad total. Esto supone, en la población de 25-84 años, una tasa cruda de mortalidad anual por IAM de 144 x 100.000 habitantes y se traduce en una muerte por IAM cada 30 minutos. Estas cifras se han mantenido estables en las últimas cuatro décadas con una tendencia hacia un progresivo incremento en los últimos años ^{12,13}.

Con respecto a las mujeres, el SCA sigue siendo la segunda causa más frecuente. Se considera como una de las principales causas de muerte en mujeres en los países desarrollados. Así, en la Unión Europea ocurre una muerte por este motivo cada 6 minutos, mientras que en Estados Unidos de América (EUA), en cambio, fallece por esta causa una mujer cada minuto¹⁴.

Las ECV son la principal causa de mortalidad de las mujeres en los Estados Unidos y a nivel mundial. La enfermedad arterial coronaria (EAC) afecta a 6,6 millones de mujeres estadounidenses anualmente y sigue siendo la principal amenaza de morbilidad y mortalidad en ellas. Afecta más frecuentemente a mujeres añosas, postmenopáusicas. Sin embargo, las mujeres jóvenes (40 a 49 años) presentan peores perfiles de factores de riesgo, mayor mortalidad, mayores hospitalizaciones y tienen 2 veces más re hospitalizaciones. La prevalencia de IAM y muerte súbita son más altas en mujeres afrodescendientes que en todos los otros grupos raciales y étnicos de mujer. Las mujeres afrodescendientes y las hispanas tienen mayor comorbilidad: diabetes mellitus, Insuficiencia cardíaca y obesidad¹⁵.

La EAC tradicionalmente se ha considerado una enfermedad de los hombres, sin embargo no es así, a pesar de las impresionantes mejoras en la mortalidad cardiovascular de las mujeres en las últimas dos décadas, la cardiopatía isquémica sigue siendo poco estudiada, subdiagnosticada y subtratada en mujeres, es por ello que las mujeres con enfermedad coronaria tienen peor pronóstico que los hombres y se observa asimismo una utilización menor de métodos diagnósticos e intervenciones en ellas, la confirmación de esta evidencia nos insta a realizar esta investigación con la siguiente interrogante ¿Cuáles son las características clínico epidemiológicas de pacientes del sexo femenino con Síndrome Coronario Agudo que ingresan en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” 2017?.

Diferentes estudios revelan que la mortalidad cardiovascular es mayor en mujeres que en hombres con independencia de la edad. Sin embargo, la incidencia de IAM en mujeres es inferior a la de los varones en todos los grupos de edad, y se manifiesta en la mujer con unos años de

retraso respecto al hombre. Además, en las dos últimas décadas se ha observado una disminución en la mortalidad cardiovascular en mujeres, probablemente debido a los avances en terapias basadas en la evidencia y a un mayor conocimiento de la enfermedad cardíaca en el sexo femenino¹⁶⁻¹⁷.

Entre 2001 y 2003, se estudiaron 2.042 pacientes con un primer episodio de IAM en seis hospitales españoles. Se incluyó a 449 mujeres y 1.593 hombres con un primer IAM. Comparadas con los varones, las mujeres eran mayores y tenían más prevalencia de HTA y DM. Las mujeres tuvieron más IAM sin elevación del segmento ST o no clasificables. La mortalidad a los 28 días era similar en mujeres y hombres, pero se halló que éstos últimos tuvieron mayor mortalidad a los 7 años que las mujeres¹⁸.

En el 2011, Olivencia¹⁹ realizó un estudio observacional prospectivo en Granada sobre el SCA en la mujer donde las mismas tenían una edad media significativamente más elevada, eran 6,5 años mayores que los varones. Dentro de los factores de riesgo en mujeres predominaban la HTA y la DM, en los hombres predominaba el tabaquismo. Las mujeres presentaron más insuficiencia cardíaca de forma previa. En el grupo de IMCEST predominaban los hombres y en el de IMSEST las mujeres predominaron de forma significativa.

Por otro lado, González y colaboradores²⁰ realizaron un estudio descriptivo y transversal, en el periodo de 2009-2011 donde se caracterizó el IAM en mujeres. Según la presentación electrocardiográfica, prevaleció IMCEST, no trombolizado. La disfunción ventricular izquierda fue la complicación más frecuente. Predominaron como factores de riesgo asociados la HTA, la DM y las dislipidemias.

Se evaluaron las respuestas de la mujer frente a los síntomas de SCA y los factores asociados a la demora prehospitalaria, concluyendo que entre 40-60% tuvieron una demora superior a las seis horas luego de iniciar sintomatología. Se observó que el cuadro se inició mayormente en la vivienda y en la mañana. Menos de un tercio supo desde un inicio que se trataba de un IAM. El 18% ignoró los síntomas. El 26% primero telefoneó o

se desplazó en busca de familiares. Más de la mitad utilizaron medios propios para desplazarse buscando asistencia²¹⁻²².

En Argentina, Barros y colaboradores²³ realizaron un estudio con el objetivo de investigar las características clínicas del SCA, los tratamientos y la evolución a 2 años de seguimiento. Las mujeres presentaron mayor prevalencia de insuficiencia cardíaca e hipertensión. La proporción de signos de isquemia miocárdica en el electrocardiograma, así como la de enzimas miocárdicas en rango anormal fue similar para ambos géneros. A pesar de un riesgo clínico importante al menos equivalente en mujeres y hombres, las primeras recibieron con menos frecuencia intervenciones tales como cateterismos, angioplastias y cirugías de revascularización y, asimismo, fueron tratadas en menor proporción con antiagregantes plaquetarios y betabloqueantes. Pese a ello, el riesgo relativo ajustado de muerte y/o reinfarto a 6 meses no difirió entre géneros, atribuible fundamentalmente al efecto de la edad, que fue mayor en las mujeres.

En Venezuela, Tusa y colaboradores²⁴ realizaron un estudio retrospectivo, transversal, comparativo en el Hospital José María Vargas en el año 2015, cuyo objetivo era determinar si existen diferencias entre las variables epidemiológicas de acuerdo al género en la presentación clínica del SCA, concluyendo que el 36,5% de ellos fueron mujeres. La edad promedio para las mujeres fue de $64,74 \pm 11,40$ años y $59,70 \pm 12,11$ años para los hombres. Del total de pacientes, 43,8% ingresaron con IMCEST, 16,7% con IMSEST y 39,6% con AI. Se observó que los hombres presentaban SCA con mayor frecuencia (61,15% vs 38,9%). Por otra parte, los hombres fumaron en mayor proporción (78,7% vs 48,6%). Al comparar las diferencias en el tratamiento según el sexo, el clopidogrel se administró con mayor frecuencia en las mujeres (100% vs 88,5%) $p= 0,04$. Se realizó cateterismo cardíaco a 40 pacientes (41,66%); de los cuales 27 recibieron ICP (67,5%).

La enfermedad coronaria en la mujer es diferente que en el hombre. Esto es debido a que en la mujer las placas ateroscleróticas coronarias son más difusas y existe menos enfermedad coronaria obstructiva, siendo

más frecuente encontrar microangiopatía con isquemia microvascular. Por otra parte, en la mujer, es habitual que el mecanismo del SCA sea por erosiones en las placas ateromatosas coronarias, más que por fracturas de estas. Es debido a este mecanismo que las mujeres tienen con mayor frecuencia AI y con menor frecuencia infarto, dado que habitualmente la erosión de la placa no es obstructiva a diferencia de la fractura, que habitualmente implica obstrucción del vaso por el fenómeno trombótico asociado. La enfermedad coronaria microvascular, al comprometer pequeños vasos, no es visible en las coronariografías, habitualmente es difusa, con daño de la pared vascular y disfunción del endotelio con una respuesta vasodilatadora alterada y reducida²⁵.

La menopausia marca el inicio de una serie de cambios físicos, hormonales y reproductivos, que se asocian a un aumento en los factores de riesgo cardiovascular y de la incidencia de enfermedades isquémicas del corazón. Las alteraciones hormonales y metabólicas que se producen favorecen la inflamación, la disfunción del endotelio y el riesgo cardiovascular. Estos cambios, además incluyen aumento de peso y de la grasa intraabdominal, estilo de vida más sedentario, aumento de presión arterial, mayor resistencia insulínica y perfil lipídico más aterogénico, con aumento de triglicéridos, colesterol LDL, incremento de ApoB y reducción de HDL. También se produce un aumento del riesgo de trombosis por elevación de homocisteína, Lp(a), PAI-1 y fibrinógeno, todo lo cual explica en parte el aumento del riesgo cardiovascular de la mujer postmenopáusica²⁶.

La investigación evolutiva de sexo específico ha demostrado que aunque ambos sexos c

omparten factores de riesgo similares para enfermedad cardiovascular, la potencia de estos puede ser diferente. El estudio INTERHEART (Efecto de los factores de riesgo potencialmente modificables asociados con el infarto de miocardio en 52 países) sugieren que el 96% del riesgo atribuible poblacional de IAM en mujeres está relacionado con el tabaquismo, la hipertensión arterial (HTA), la diabetes,

la obesidad central, la dieta, la actividad física, el consumo de alcohol, los lípidos y los factores psicosociales, muchos de los cuales son modificables. El tabaquismo y la HTA son factores de riesgo de IAM más fuertes en mujeres que en varones. La depresión es más frecuente en mujeres que en varones en la población general y es un factor de riesgo importante de IAM o muerte cardíaca, aumentando el riesgo en el sexo femenino en al menos un 50%. Casi el 50% de las mujeres tienen una agrupación de ≥ 3 factores de riesgo metabólicos para la cardiopatía isquémica^{15,16}.

De igual forma, la presentación clínica es diferente en ambos sexos, se presenta sobre todo como angina de pecho en las mujeres, mientras que lo hace en forma de IAM o muerte súbita en los varones. Aunque la mayoría de pacientes presentan un dolor torácico típico, las mujeres a menudo presentan dolor torácico atípico y síntomas angina equivalentes como disnea, debilidad, fatiga e indigestión. Trayendo como consecuencia diagnósticos erróneos, revascularización tardía y mayores tasas de mortalidad por IAM. Además se ha demostrado que las mujeres presentan un mayor tiempo de demora entre el inicio de los síntomas y su llegada al hospital¹⁵.

Con respecto a la fisiopatología del IAM puede diferir entre ambos sexos. En el sexo masculino es más frecuente la ruptura de placa en el contexto de un IAM, mientras que en mujeres, la ruptura de placa representa aproximadamente el 55% de los IAM. La erosión de placa es más común en mujeres que en varones, sobre todo en mujeres jóvenes. La disección coronaria espontánea es una causa rara de IAM, que se observa con mayor frecuencia en mujeres y que debe sospecharse en cualquier mujer joven sin factores clásicos de riesgo cardiovascular que presenta un SCA^{15,16}.

La mortalidad en el primer año tras un IAM es mayor en mujeres que en varones. La incidencia de insuficiencia cardíaca y accidente cerebrovascular también es elevada en el sexo femenino. Esto puede deberse en parte al incremento de las tasas de incidencia de factores de riesgo como la diabetes, hipertensión, depresión e insuficiencia renal¹⁶.

En cuanto a la asistencia sanitaria prestada, se ha demostrado que las mujeres suelen estar menos diagnosticadas, se les realizan menos pruebas invasivas y son menos frecuentemente remitidas para un tratamiento adecuado durante un IAM en comparación con los hombres. Independientemente de la estrategia de tratamiento con terapia trombolítica o angioplastia, las mujeres presentan peores resultados que los hombres¹⁵.

Objetivo general:

Conocer las características clínico epidemiológicas de pacientes del sexo femenino con Síndrome Coronario Agudo que ingresan en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante el periodo Mayo 2018- Abril 2019,

Objetivos específicos:

1. Determinar la incidencia de SCA en la muestra estudiada.
2. Distribuir a las pacientes estudiados según edad, menopausia y uso de terapia de reemplazo hormonal.
3. Identificar los hábitos tabáquicos, alcoholismo y comorbilidades en las pacientes en estudio.
4. Describir la presentación clínica, tipo de SCA y estratificación según Killip-Kimball al momento del ingreso.
5. Conocer los métodos diagnóstico, terapéutica empleada y complicaciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo observacional, con diseño no experimental y transversal. La población del estudio estuvo constituida por 193 pacientes que ingresaron en la unidad de cuidados coronarios de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” con diagnóstico de síndrome coronario agudo durante el periodo Mayo 2018- Abril 2019.

La muestra fue no probabilística e intencional, representada por los 89 pacientes ingresados en la unidad de cuidados coronarios de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: Diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo y sexo femenino.

Cumpliendo con las normas de la Asociación Médica Mundial tratado sobre las buenas prácticas clínicas establecidas y ratificada en la asamblea general Fortaleza Brasil octubre 2013 y según el código de bioética y bioseguridad del Ministerio del Poder Popular para Ciencia, Tecnología e Industrias Intermedias. Se mantuvo la confidencialidad en la identificación de los participantes en el estudio y los datos obtenidos serán utilizados solo para fines científicos.

En cuanto al método y técnicas de recolección de datos se utilizó la observación no participante. Los datos fueron obtenidos a través de la revisión de historias clínicas, utilizando como instrumento una ficha de recolección de datos (Anexo A), contentiva de las variables estudiadas: Edad, la presencia o no de menopausia, uso de terapia de reemplazo hormonal, factores de riesgo cardiovasculares, que a su vez se subdividía en dos ítems: la presencia de hábitos como ingestión de alcohol, y tabáquicos calculándose el índice paquete- año a través de la siguiente fórmula ($\# \text{ Cigarrillos por día} \times (\text{años fumando}) / 20$) aprobada por la Sociedad Española de Patología Respiratoria²⁷, y Comorbilidades que incluían Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Sobrepeso, Obesidad, Enfermedad Renal Crónica (ERC), Chagas y Patología tiroidea.

La siguiente sección correspondía a la presentación clínica, tipo de presentación de IAM (IMSEST o IMCEST) dentro del cual se desglosa la ubicación del IMCEST según la localización de los cambios en el electrocardiograma (EKG): Anterior Extenso (V1-V6), Lateral bajo (V4-V6), Inferior (DII, DIII, aVF), Infero lateral (DII, DIII, aVF, V4-V6), Antero Lateral (V1-V6, DI, aVL), Infero-Posterior (DII, DIII, aVF, V7, V8), estratificación según Killip-Kimball, diagnóstico, terapéutica y complicaciones. La escala de Killip-Kimball permite clasificar las pacientes de acuerdo con el grado de afectación funcional que ha provocado el IAM en: ausencia de insuficiencia

cardiaca (I), insuficiencia cardiaca congestiva (II), edema agudo de pulmón (III) y shock cardiogénico (IV)²⁸.

Una vez obtenidos los datos de las variables, fueron sistematizados en una tabla maestra a partir de Microsoft® Excel, para luego ser analizados a través de las técnicas estadísticas descriptivas con el paquete estadístico PAST 3.17. A la edad, una vez comprobada su tendencia a la normalidad se le calculó media \pm desviación estándar, valor mínimo y máximo. Respecto al número de paquetes de cigarrillo consumidos por año se le calculó la mediana, percentiles 25 y 75, valor mínimo y máximo. Los resultados se presentan en cuadros de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Se realizaron comparaciones de proporciones con la prueba Z, adoptándose como nivel de significancia estadística P valores inferiores a 0,05 ($P < 0,05$).

RESULTADOS

Se estudió una muestra de 89 mujeres con SCA, la cual representó una incidencia del 46,1%, cuya edad promedio fue 63,55 años, desviación estándar 10,96 años, valor mínimo de 34 años y máximo 90 años, siendo el grupo etario más frecuente el de 60 a 69 años con 42,7% (38 pacientes) seguido por el de 50 a 59 años con 21,3% (19), encontrándose 87,6% (78 mujeres) en la menopausia, con predominio estadísticamente significativo ($Z=9,89$; $P=0,00$), ninguna recibe terapia de reemplazo hormonal (Cuadro 1).

48,3% (43 mujeres con SCA) admitieron ser fumadoras. En cuanto al número de paquetes de cigarrillo consumidos por año, el valor mínimo fue 1, el máximo 50, la mediana se ubicó en 10 paquetes, el percentil 25 en 5 paquetes y el percentil 75 en 15 paquetes. 31,5% (28 pacientes) fumaban entre 1 y 10 paquetes de cigarrillo/año. 2,2% refirió alcoholismo ocasional y 1,1% alcoholismo social. Las comorbilidades más frecuentes fueron: en primer lugar la asociación de hipertensión arterial y diabetes mellitus (41,6%, 37 pacientes), seguida por la HTA aislada (33,7%, 30 mujeres con SCA) y por la HTA asociada a sobrepeso (9%). La HTA estuvo presente como comorbilidad en el 84,3% (75) de las pacientes, con predominio estadísticamente significativo (Cuadro 2: $Z=8,99$; $P=0,00$).

73% (65 mujeres) tuvieron como presentación clínica un dolor torácico típico, con predominio estadísticamente significativo ($Z=6,00$; $P=0,00$), 41,6% (37 pacientes) tuvieron IMCEST, entre los cuales fueron más frecuentes el anterior extenso (25,8%, 23 mujeres con SCA) y el inferoposterior (10,1%, 9 pacientes). Según la estratificación de Killip-Kimball, 84,3% (75 pacientes) estaban en Grado I, con predominio estadísticamente significativo (Cuadro 3: $Z= 8,99$; $P = 0,00$), 9% en Grado II, 4,5% Grado III y 2,2% en Grado IV.

El diagnóstico de SCA se hizo en 46,1% (41) de las pacientes mediante la combinación del electrocardiograma con las enzimas cardíacas, en 29,2% (26) se realizó con el EKG, en 22,5% (20) solo con las enzimas cardíacas y en 2,2% (2) se hizo con el cateterismo. A 82% de los casos (73 mujeres) se le administró tratamiento médico y 18,0% recibió tratamiento médico y trombolisis, con predominio estadísticamente significativo del tratamiento médico (Cuadro 4: $Z = 8,39$; $P = 0,00$). Las complicaciones más frecuentes fueron las arritmias (13,5%, 12 mujeres), el Bloqueo AV (5,6%, 5 pacientes) y la pericarditis en 3,4% (3 personas). 77,5% de las pacientes no tuvieron ninguna complicación, teniendo dicho hallazgo relevancia estadística (Cuadro 4: $Z = 7,20$; $P = 0,00$).

DISCUSIÓN

Partiendo de que las ECV son la principal causa de mortalidad de las mujeres a nivel mundial, constituyendo un problema de salud pública en nuestro país, se hace imperioso conocer su incidencia y reconocer cualquier factor que pueda influir en su aparición y pronóstico. Así, se ha demostrado con el estudio realizado una alta incidencia de SCA en las mujeres, representada por 46,1% lo cual representa un poco menos de la

mitad de los pacientes ingresados, lo cual difiere con los hallazgos encontrados por Sabbag²⁹ de 24% y Ferraz³⁰ de 25%.

Según la distribución por edad, se encontró que el grupo etario más frecuente fue aquel que se encontraba en la sexta década, cuya edad promedio fue 63,55 años, a diferencia de lo encontrado en los estudios realizados por otros autores Worrall³¹ y Poll³² donde la edad más frecuente fue durante la séptima década de la vida. Dicho hallazgo es de gran importancia en vista de que es bien conocido que el SCA agudo se presenta en las mujeres con mayor edad, sin embargo en el presente estudio se demuestra que cada vez afecta a mujeres más jóvenes.

Se encontró que el 87,6% de las pacientes eran menopáusicas similar con el estudio realizado por Soman³³, donde también predominó este grupo de pacientes con 80%. Ninguna de las pacientes recibió terapia de reemplazo hormonal lo cual difiere con lo encontrado por Padilla³⁴ donde el 14% recibió dicha terapia. Los estudios han demostrado, como ya es bien conocido que después de la menopausia, las mujeres tienen un mayor riesgo de sufrir SCA. Los investigadores han vinculado este hecho a la disminución de los niveles de estrógeno, La AHA no aconseja el tratamiento de reemplazo hormonal para prevenir el riesgo de sufrir enfermedad coronaria³⁵.

Con respecto a los factores de riesgo cardiovasculares, el tabaquismo estuvo presente en el 48,3% de las pacientes, hallazgos que coinciden a los encontrados en el trabajo de Tusa²⁶. Las comorbilidades más frecuentes fueron la HTA asociada a la Diabetes, siendo la principal la HTA seguida de la Diabetes lo cual concuerda con otros estudios como los realizados por Olivencia y Gonzales²² y por Parra³⁶ en los cuales estas dos comorbilidades fueron las que predominaron. Este hecho nos permite conocer los factores de riesgo cardiovascular que están más frecuentemente asociados al SCA, sobre los cuales se deben inducir modificaciones respecto al estilo de vida con el fin de prevenir la aparición del SCA.

En cuanto a la presentación clínica, el dolor típico coronario fue el más frecuente representado por un 73%, a diferencia de lo encontrado por García³⁷ donde el 80% presentó dolor atípico. Se estableció que la modalidad de infarto agudo de miocardio más frecuente fue con elevación del segmento ST en 41,6%, distinto a los resultados obtenidos por Khesroh³⁸ donde predominó el SCASEST con 48,9%, y por Borges³⁹ en cual concluyó que la forma más frecuente fue el IMSEST en 31,6%. Llama la atención los resultados obtenidos, en vista que por la fisiopatología del SCA en las mujeres, lo más frecuente es que presenten dolor atípico coronario y SCASEST lo cual contrasta con esta investigación, por lo cual sería importante realizar estudios invasivos en estos pacientes con la finalidad de diagnosticar la etiología del SCA para evidenciar si es diferente a lo descrito en esta población.

En las pacientes que presentaron IMCEST, la localización más frecuente fue el anterior extenso seguido del inferoposterior, datos similares a la investigación de Borda-Velásquez⁴⁰ con un porcentaje del 62,2% el anterior, seguido de la cara inferior en un 37,7%. Según la estratificación de Killip-Kimball, 84,3% estaban en Grado I, en similitud a lo reportado por Padilla³⁴ en el cual el grado I fue el más frecuente, sin embargo en menor proporción dado por 69%.

El diagnóstico de SCA se hizo en 46,1% de las pacientes mediante la combinación del electrocardiograma con las enzimas cardíacas, en 29,2% con el EKG, en 22,5% solo con las enzimas cardíacas y en 2,2% se hizo con el cateterismo lo cual difiere a lo reportado por Barros²⁵ quien reporta que el 86,8% presentó cambios en el EKG, 42,8% elevación de enzimas cardíacas y 40,8% se le realizó coronariografía sustituyendo el cateterismo. Dichos hallazgos son de importancia ya que se evidencia que en la muestra en estudio se realiza en un bajo porcentaje los métodos diagnósticos invasivos que nos permiten ubicar con exactitud la lesión anatómica, la cantidad de vasos afectados y la severidad para realizar el tratamiento y manejo adecuado.

Con respecto al tratamiento, al 82% se le administró tratamiento médico y 18,0% recibió tratamiento médico + trombolisis, lo cual no coincide con lo reportado por Ferraz en el cual el 90% recibió tratamiento médico y 68% trombolisis. Las complicaciones más frecuentes fueron las arritmias 13,5%, seguidas por el Bloqueo AV en 5,6%, sin embargo el 77,5% de las pacientes no tuvieron ninguna complicación, lo cual no coincide con el estudio de Poll³² que reportó que el 70,6% presentó complicaciones siendo las más frecuentes las arritmias seguidas de la insuficiencia cardiaca.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados de la investigación se concluye que el SCA se presentó como una condición frecuente en las mujeres, con mayor frecuencia durante la sexta década de la vida, cuya edad promedio fue

63,55 años, la mayoría de las pacientes se encontraba en la menopausia, de las cuales ninguna recibía terapia de reemplazo hormonal.

Con respecto a los factores de riesgo cardiovasculares, el hábito que prevaleció fue el tabaquismo; y la hipertensión arterial en asociación a la Diabetes las comorbilidades más frecuente. Un poco menos de tres tercios de las pacientes presentó dolor típico coronario, siendo el tipo de SCA más frecuente el IMCEST, del cual predominó el anterior extenso. La mayoría de los pacientes se estratificaron como Killip-Kimball I.

Finalmente el método diagnóstico más utilizado fue la combinación del electrocardiograma con las enzimas cardíacas, casi la totalidad de las pacientes recibió tratamiento médico. Aunque un gran porcentaje no presentó complicaciones, se evidenció que la más frecuente fue las arritmias cardíacas.

RECOMENDACIONES

Realizar programas educativos dirigidos a las mujeres sobre las enfermedades cardiovasculares, con el fin de que reconozcan los síntomas, factores de riesgo y medidas que se deben tomar al presentar los mismos.

Organizar programas de prevención que contribuyan a disminuir el consumo de tabaco y alcohol; además, fomentar la actividad física,

alimentación adecuada y tratamiento oportuno de las comorbilidades más comunes (Hipertensión arterial y diabetes mellitus) con el propósito de actuar en las primeras fases del *continuum* cardiovascular.

Mejorar el umbral de detección y alerta en el equipo de salud, que permita el diagnóstico y tratamiento oportuno de SCA en las mujeres.

Invertir en la realización de estudios diagnósticos invasivos como angiografía y cateterismo en aquellas pacientes con indicación de dichos estudios, con el fin de suministrar el tratamiento adecuado.

Y por último, continuar con ésta línea de investigación, ampliando la muestra en nuevos estudios, considerando a éste como base, con el fin de determinar si existe o no significancia estadística en aquellas variables que no pudieron ser demostradas en la presente investigación, pero que sí mantienen relevancia clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández S. Fisiopatología de los síndromes coronarios agudos. Archivo de Cardiología de México. 2007; 77(4):219-24. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/135248173/SINDROME-CORONARIO>
2. Fajuri A. Síndrome coronario agudo. Boletín escuela de medicina Pontificia Universidad Católica de Chile 2008; 33(1):31-6. Disponible en: <http://publicacionesmedicina.uc.cl/Boletin/20081/SindromeCoronario.pdf>
3. Antman EM, Hand M. 2008 update: ACC/AHA guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Management of Acute Myocardial Infarction). J.Am CollCardiol 2008; 51(2):210-47. Disponible

en:

[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/cardiologia/protocolo de sind coronario agudo.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/cardiologia/protocolo_de_sind_coronario_agudo.pdf)

4. Cassiani C, Cabrera A. Síndromes coronarios agudos: epidemiología y diagnóstico. Salud Uninorte. 2009; 25(1):118-34. Disponible en:<http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v25n1/v25n1a11.pdf>
5. Civeira M, Del Nogal S, Álvarez R, Ferrero Z, Montón R. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. Med Intensiva. 2010; 34(1):22-45. Disponible en:<http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v34n1/consenso.pdf>
6. Sociedad Europea de Cardiología. Guía de práctica clínica para el manejo del síndrome coronario agudo en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. RevEspCardiol. 2012; 65(2):173.e1-e55. Disponible en:http://www.revespcardiol.org/contenidos/static/avance_guias/Guia2_012_3.pdf
7. Sociedad Europea de Cardiología. Guía de práctica clínica de manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación persistente del segmento ST. RevEspCardiol. 2017; 70:1082.e1-e61. Disponible en:<http://www.revespcardiol.org/es/comentarios-guia-esc-2017sobre/articulo/90461837/>
8. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Enfermedades Cardiovasculares. Disponible en:http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=172:enfermedades-cardiovasculares&catid=66
9. Gómez LA. Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global. Biomédica 2011; 31(4):469-73.
10. Ferreira I. Epidemiología de la enfermedad coronaria. RevEspCardiol. 2014; 67(2):139-44. Disponible en:<http://www.revespcardiol.org/es/epidemiologia-enfermedad-coronaria/articulo/90267578/>
11. Hernández E. Epidemiología del síndrome coronario agudo y la insuficiencia cardiaca en Latinoamérica. RevEspCardiol. 2011; 64(2):34-43. Disponible en:<http://www.revespcardiol.org/es/epidemiologia-del-sindrome-coronario-agudo/articulo/90024977/>
12. Villegas JL, Pérez S. Síndrome Coronario Agudo. Revista Electrónica PortalesMédicos.com Septiembre 2010. Disponible en:<https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2468/1/Sindrome-Coronario-Agudo>
13. Huerta B. Epidemiología de los síndromes coronarios agudos (SICA). Archivos de Cardiología de México 2007; 77(4):214-8. Disponible en:<http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2007/acs074ao.pdf>
14. Núñez T, Finizola B. Informe sobre la situación de la salud cardiovascular en la República Bolivariana de Venezuela plan estratégico de la Sociedad Venezolana de Cardiología. 2014-2015. Disponible en:

- http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/41097/4/Informe_Situacion_Salud_Cardivascular_Venezuela.pdf
15. Paniagua M. Infarto agudo de miocardio en las mujeres. Sociedad Interamericana de Cardiología. Disponible en: <http://www.siacardio.com/editoriales/sindrome-coronario-agudos/infarto-agudo-del-miocardio-en-las-mujeres>
 16. Graham G. Acute Coronary Syndromes in Women: Recent Treatment Trends and Outcomes. Clin Med Insights Cardiol. 2016; 10(1): 1–10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4747299/>
 17. Nazzari C, Alonso F. Las mujeres jóvenes en Chile tienen elevado riesgo de muerte intrahospitalaria por infarto de miocardio. RevEspCardiol. 2013; 66(2):104-9. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/las-mujeres-jovenes-chile-tienen/articulo/90185386/>
 18. García C, Molina L, Subirana I, Sala J, Bruguera J, Arós F, et al. Diferencias en función del sexo en las características clínicas, tratamiento y mortalidad a 28 días y 7 años de un primer infarto agudo de miocardio. Estudio RESCATE II. RevEspCardiol. 2014; 67(1):28-35. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/883/1/lquise%20Contreras%20Eddy%20Guillermo_2017.pdf
 19. Olivencia L. Síndrome coronario agudo en la mujer. Diferencias de género [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada, Facultad de Medicina; 2011.
 20. González Z, Pardo L, Sánchez I, Blanco Y, Martínez D. Caracterización del infarto agudo del miocardio en mujeres atendidas en el Hospital Ernesto Guevara. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2014; 39(8).
 21. Bolívar J, Martínez R, Mateo I, Torres JM, Pascual N, Rosell F, et al. Actuación de los pacientes ante un síndrome coronario agudo: diferencias desde una perspectiva de género. Emergencias 2013; 25:23-30.
 22. Padilla C, Sáenz X. Respuestas de la mujer frente a los síntomas de Síndrome Coronario Agudo basados en el Modelo Conceptual del Manejo de los Síntomas. Av.Enferm. 2014; 32(1):102-13. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n1/v32n1a11.pdf>
 23. Barros M, Fusaro L, Coria N, Durontomtsac E, Beck E, Bozovich G. Las mujeres con síndromes coronarios agudos reciben menos intervenciones en la fase aguda que los hombres en una población argentina. Revista Argentina de Cardiología 2013; 81(4):316-21. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/rac/v81n4/v81n4a07.pdf>
 24. Tusa A. Características epidemiológicas del Síndrome Coronario Agudo de acuerdo al género. Trabajo Especial de Grado. Diciembre 2016. Disponible en: http://saber.ucv.ve/bitstream/123456789/16607/1/T026800017221-0-1.Tusa_Angel_y_Aruquipa_Rosario_finalpublicacion-000.pdf
 25. Kunstmann S, Gainza D. Enfermedad cardiovascular en la mujer: fisiopatología, presentación clínica, factores de riesgo, terapia hormonal y pruebas diagnósticas. Rev. Med. Clin. CONDES - 2015; 26(2):127-32.

- Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0716864015000334/1-s2.0-S0716864015000334-main.pdf?tid=5ea8d26a-16a2-11e8-8ea4-00000aacb35e&acdnat=1519174914_2cf85ec2875483a16b28c459f9704c51
26. Solís J. Cardiopatía Isquémica. Trabajo especial de grado. Ecuador 2016. Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/19785/2/Caso%20Clinico.pdf>
 27. Hernández J, Cuñado A, González J. Conocimiento del índice total de paquetes/año como medida del hábito de fumar por parte de los clínicos de un servicio de medicina interna. MedClin (Barc) [Internet] 2003 [consultado Mayo 2016] 121(9):356-9. Disponible en: file:///C:/Users/suario/Downloads/S0025775303739505_S300_es.pdf
 28. UN Khot, G Jia, DJ Moliterno, AM Lincoff, MB. Khot A. Prognostic importance of physical examination for heart failure in non ST-elevation acute coronary syndromes. The Enduring Value of Killip Classification. JAMA 2003;290:2174-2181.
 29. Sabbag A, ShlomiMatetzky M, Gottlieb S, Fefer P, Kohanov O, Atar S, et al. Recent Temporal Trends in the Presentation, Management, and Outcome of Women Hospitalized with Acute Coronary Syndromes. Am. J. Med. 2015; 128(4):380-388. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002934314010262#>
 30. Ferraz M, Belzunegui T, Marín B, Martínez O, Jiménez X. Diferencias según sexo en el tratamiento y la evolución de los pacientes afectados de síndrome coronario agudo. Anales Sis San Navarra 2015: 37(2):249-255. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v37n2/original_breve3.pdf
 31. Worrall L, McEvedy S, Wilson A, Aziz M. Gender Differences in Presentation, Coronary Intervention, and Outcomes of 28,985 Acute Coronary Syndrome Patients in Victoria, Australia. Women's Health Issues 2016; 26(1): 14-20. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S104938671500136X>
 32. Poll J, Rueda N, Poll A, Linares M. Caracterización clinicoepidemiológica de pacientes con síndrome coronario agudo según sexo. MEDISAN 2017; 21(10):3003-3010. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2017/mds1710b.pdf>
 33. Soman B, Rahaman A, Rajan R, Vijayaraghavan G. Risk factor profile and disease pattern in premenopausal and postmenopausal Indian women presenting with acute coronary syndrome. J Clin Prev Cardiol 2016; 5(3): 78-83. Disponible en: http://www.jcpconline.org/citation.asp?issn=2250-3528;year=2016;volume=5;issue=3;spage=78;epage=83;aulast=Soman;aid=JClinPrevCardiol_2016_5_3_78_191098
 34. Padilla C, Saenz X. Respuestas de la mujer frente a los síntomas de Síndrome Coronario Agudo basados en el Modelo Conceptual del

- Manejo de los Síntomas. Av. enferm. 2014; 32(1):102-13. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n1/v32n1a11.pdf>
35. Arteaga E. Menopausia y riesgo cardiovascular. Rev Med Chile 2016; 144 (1):1375-6. Disponible: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v144n11/art01.pdf>
36. Parra P, Buitrago N, Carvajal R, Wagner K, Viáfara J, Calle A, et al. Diferencias angiográficas y epidemiológicas entre hombres y mujeres que desarrollan síndrome coronario agudo. Rev Colomb Cardiol. 2017;24(5):436-441. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563317300852>
37. García L, Cáceres C, Gómez N, Paniagua M, Lovera O, Centurion O. Factores de riesgo y cardiopatías prevalentes en mujeres internadas en la división de medicina cardiovascular del Hospital de Clínicas. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2017; 15(2):45-55. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v15n2/1812-9528-iics-15-02-00045.pdf>
38. Khesroh A, Roumi F, Al-Zakwani I, Attur S, Rashed W, Zubaid M. Gender Differences among Patients with Acute Coronary Syndrome in the Middle East. Heart Views. 2017; 18(3):77–82. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5686932/#idm140446234851616title>
39. Borges Y, Jardines G, Borges Y. Comportamiento clínico del síndrome coronario agudo en la Mujer. Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc 2016; 22(2):83-8. Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/640>
40. Borda L, Razzeto L, Rey J, Medina F, Mormontoy W. Estrategias de reperfusión usadas en pacientes con síndrome coronario agudo con elevación persistente del segmento ST en un Hospital General. Rev Med Hered 2015; 26(1):35-41. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v26n1/a07v26n1.pdf>

Cuadro 1

Distribución según edad, menopausia y uso de terapia de reemplazo hormonal, en pacientes femeninas con SCA Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" Mayo 2018- Abril 2019

Grupos etarios (años)	Frecuencia	Porcentaje
34 a 49	9	10,1
50 a 59	19	21,3
60 a 69	38	42,7
70 a 79	16	18,0
80 a 90	7	7,9
Menopausia		
Sí	78	87,6*
No	11	12,4
Terapia de reemplazo hormonal		
No	89	100,0
Sí	0	0,0
Total	89	100,0

Fuente: Datos de la investigación

*Z = 9,89; P = 0,00

Cuadro 2

Distribución según tabaquismo, alcoholismo y comorbilidades, en pacientes femeninas con SCA. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Mayo 2018-
Abril 2019

Tabaquismo	Frecuencia	Porcentaje
No	46	51,7
Sí	43	48,3
Paquetes de cigarrillo/año		
1 a 10	28	31,5
11 a 20	11	12,4
21 a 30	2	2,2
31 a 40	1	1,1
41 a 50	1	1,1
No fumadores	46	51,7
Alcoholismo		
Ninguno	86	96,6
Ocasional	2	2,2
Social	1	1,1
Comorbilidades		
HTA, Diabetes	37	41,6
HTA	30	33,7
HTA, sobrepeso	8	9,0
Dislipidemias	4	4,5
Obesidad	2	2,2
Diabetes	2	2,2
Tiroides	2	2,2
HTA, obesidad	2	2,2
ERC	1	1,1
Chagas	1	1,1
Total	89	100,0

Fuente: Datos de la investigación

Cuadro 3

Distribución según presentación clínica, tipo de SCA, tipo de IMCEST y estratificación según la escala de Killip-Kimbal, en pacientes femeninas con SCA Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante Mayo 2018- Abril 2019

Presentación clínica	Frecuencia	Porcentaje
Dolor torácico típico	65	73,0*
Dolor torácico atípico	23	25,8
Equivalente anginoso	1	1,1
Tipo de SCA		
IMCEST	37	41,6
Angina Inestable	31	34,8
IMSEST	21	23,6
Tipo de IMCEST		
Anterior extenso	23	25,8
Inferoposterior	9	10,1
Anterolateral	4	4,5
Inferolateral	1	1,1
Sin IMCEST	52	58,4
Estratificación según Killip-Kimball		
Grado I (Sin insuficiencia cardíaca)	75	84,3**
Grado II (Insuficiencia cardíaca congestiva)	8	9,0
Grado III (Edema agudo de pulmón)	4	4,5
Grado IV (Shock cardiogénico)	2	2,2
Total	89	100,0

Fuente: Datos de la investigación

*Z = 6,00; P = 0,00

**Z = 8,99; P = 0,00

Cuadro 4

Distribución según diagnóstico, tratamiento y complicaciones, en pacientes femeninas con SCA. Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" Mayo 2018-
Abril 2019

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
EKG + enzimas	41	46,1
EKG	26	29,2
Enzimas cardiacas	20	22,5
Cateterismo	2	2,2
Tratamiento		
Médico	73	82,0*
Médico y Trombolisis	16	18,0
Complicaciones		
Ninguna	69	77,5**
Arritmias	12	13,5
Bloqueo AV	5	5,6
Pericarditis	3	3,4
Total	89	100,0

Fuente: Datos de la investigación

*Z = 8,39; P = 0,00

**Z = 7,20; P = 0,00

(ANEXO A)

FICHA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Numero historia: Edad_____

Menopausia: Sí ___ No___

Terapia de reemplazo hormonal: Sí ___ No___

Factores de riesgo Cardiovascular

1. Hábitos

Tabaquismo: Sí ___ No___ Paquetes/años _____

Alcoholismo: Ocasional_____ Social_____ Hasta la embriaguez_____

2. Comorbilidades

Sobrepeso_____ Obesidad _____ HTA _____ Diabetes_____
Dislipidemias _____ Tiroides_____ ERC _____ Chagas_____

Presentación Clínica

Dolor torácico típico_____ Dolor torácico atípico_____ Equivalente
anginoso_____

Tipo síndrome coronario:

- **Angina Inestable**_____
- **IMCEST:** Anterior extenso___ Lateral
bajo___ Inferior___ Inferolateral___ Anterolateral___ Inferoposterior___
- **IMSEST**_____

Killip-Kimball: I ___ II ___ III ___ IV _____

Diagnóstico

EKG_____ Enzimas cardiacas_____ EKG + enzimas _____

Cateterismo_____

Tratamiento Trombolisis_____ Médico_____

Complicaciones

Arritmias_____ Bloqueo AV_____ Rotura del Miocardio_____ Pericarditis_____