

**CARACTERIZACIÓN DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN
MUJERES. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. CIUDAD HOSPITALARIA
"DR. ENRIQUE TEJERA". AGOSTO 2020-MAYO 2021**



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



**CARACTERIZACIÓN DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN
MUJERES. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. CIUDAD HOSPITALARIA
"DR. ENRIQUE TEJERA". AGOSTO 2020-MAYO 2021**

Autor: Elianny Andazora

Valencia, Julio de 2021



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



**CARACTERIZACIÓN DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN
MUJERES. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. CIUDAD HOSPITALARIA
"DR. ENRIQUE TEJERA". AGOSTO 2020- MAYO 2021**

**Trabajo especial de grado que se presenta para optar al título de
Especialista en Medicina Interna**

Autor: Elianny Andazora

Tutor: Ana Chacín

Valencia, Julio de 2021



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

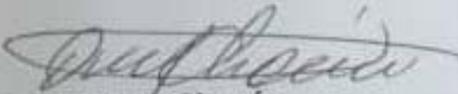
CARACTERIZACIÓN DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN MUJERES. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. CIUDAD HOSPITALARIA DR ENRIQUE TEJERA. AGOSTO 2020 MAYO 2021

Presentado para optar al grado de **Especialista en Medicina Interna** por el (la) aspirante:

ANDAZORA G., ELIANNY DEL C
C.I. V - 22206151

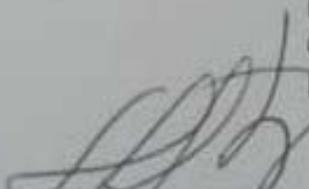
Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Ana M. Chacín C.I. 4031255, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **08/07/2022**


Prof. Ana M. Chacín
(Pdte)

C.I. 4031255

Fecha 08/07/2022

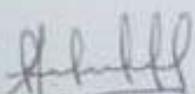

Prof. Haydeé Oliveros

C.I. 3025988

Fecha 08-07-22

TG-40-22




Prof. José L. Herrera

C.I. 9445.736

Fecha 08/07/2022

TG-CS: 40-22

ACTA DE CONSTITUCIÓN DE JURADO Y DE APROBACIÓN DEL TRABAJO

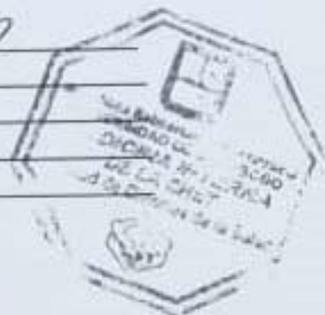
Quienes suscriben esta Acta, Jurados del Trabajo Especial de Grado titulado:

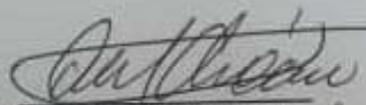
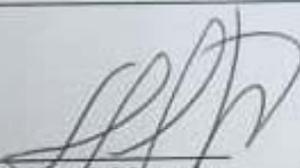
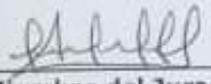
"CARACTERIZACIÓN DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN MUJERES. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. CIUDAD HOSPITALARIA DR ENRIQUE TEJERA. AGOSTO 2020 MAYO 2021" Presentado por el (la) ciudadano (a): **ANDAZORA G., ELIANNY DEL C** titular de la cédula de identidad N° **V-22206151**, Nos damos como constituidos durante el día de hoy: 01/07/2020 y convenimos en citar al alumno para la discusión de su Trabajo el día: 08/07/2020.

RESOLUCIÓN

Aprobado: X Fecha: 8/7/2020 Reprobado: _____ Fecha: _____.

Observación: Mención publicación



 Presidente del Jurado Nombre: <u>Caro Chocón</u> C.I. <u>4031255</u>	 Miembro del Jurado Nombre: <u>Alfonso Oliveros</u> C.I. <u>3025488</u>	 Miembro del Jurado Nombre: <u>José Herrera</u> C.I. <u>9445736</u>
--	--	--

Nota:

1. Esta Acta debe ser consignada en la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Ciencias de la Salud (Sede Carabobo), inmediatamente después de la constitución del Jurado y/o de tener un veredicto definitivo, debidamente firmada por los tres miembros, para agilizar los trámites correspondientes a la elaboración del Acta de Aprobación del Trabajo.
2. *En caso de que el Trabajo sea reprobado, se debe anexar un informe explicativo, firmado por los tres miembros del Jurado.

ÍNDICE

INDICE DE TABLAS.....	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
INTRODUCCIÓN.....	1
METODOLOGÍA.....	10
RESULTADOS.....	12
DISCUSIÓN.....	15
CONCLUSIONES.....	18
RECOMENDACIONES.....	19
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20
ANEXOS	
TABLAS	

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución según edad, nivel socioeconómico, comorbilidades y factores de riesgo, en mujeres con Síndrome Coronario Agudo ingresadas en el servicio de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, período agosto 2020 - mayo 2021

Tabla 2: Distribución según tipo de SCA, estratificación según score GRACE, pronóstico al egreso, reanudación de actividades diarias y seguimiento a los 30 días en mujeres con SCA ingresadas en el servicio de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, período agosto 2020 - mayo 2021 esto lo puedes eliminar, con tenerlo en la 1ra es suficiente

Tabla 3: Comparación entre el pronóstico al egreso y el seguimiento a los 30 días, en mujeres con SCA ingresadas en el servicio de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, período agosto 2020 - mayo 2021

Tabla 4: Asociación entre el tipo de SCA y la condición de fallecida a los 30 días, en mujeres con SCA ingresadas en el servicio de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, período agosto 2020 - mayo 2021.

Tabla 5: Asociación entre el tipo de SCA y los factores de riesgo, en mujeres con SCA ingresadas en el servicio de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, período agosto 2020 - mayo 2021.

Tabla 6: Asociación entre el tipo de SCA y la estratificación de riesgo según score GRACE, en mujeres con SCA ingresadas en el servicio de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, período agosto 2020 - mayo 2021.

RESUMEN

CARACTERIZACIÓN DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN MUJERES. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". AGOSTO 2020-MAYO 2021

Autor: Elianny D. Andazora G.

Año: 2021

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de mortalidad en la mujer. Asimismo, la cardiopatía isquémica suele presentarse en la posmenopausia, al desaparecer el efecto protector de los estrógenos, por lo que su aparición es aproximadamente una década más tarde que en los hombres. Su presentación inicial mayor frecuencia es la angina de pecho. **Objetivo General:** Caracterizar el Síndrome Coronario Agudo en mujeres que ingresaron a la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" en el período Agosto 2020- Mayo 2021. **Metodología:** Se realizó una investigación de tipo descriptiva, longitudinal y prospectiva. La población estuvo conformada por 67 mujeres que ingresaron con clínica, paraclínicos y electrocardiograma de Síndrome Coronario Agudo. **Resultados:** La edad tuvo un promedio de 66,84 años. Siendo el factor de riesgo más prevalente el tabaquismo, presente en el 40,3%. El IAMCEST fue el tipo de SCA más frecuente con 49,3%. El pronóstico al egreso fue bueno en 49,3%. De las 62 pacientes que sobrevivieron y fueron egresadas, 9,7% presentaron reinfarto o un ACV respectivamente, 8,1% y falleció 1,6%. **Conclusión:** La comorbilidad que prevaleció fue la hipertensión arterial sistémica, siendo el factor de riesgo más frecuente el tabaquismo. Menos del 10% de las pacientes egresadas presentó complicaciones en los primeros 30 días, con una mortalidad de 1,6%.

Palabras Clave: Síndrome Coronario Agudo, Escala de GRACE, Tabaquismo, Postmenopausia.

ABSTRACT

CHARACTERIZATION OF ACUTE CORONARY SYNDROME IN WOMEN. INTERNAL MEDICINE SERVICE. HOSPITAL CITY "DR. ENRIQUE TEJERA". AUGUST 2020-MAY 2021.

Author: Elianny D. Andazora G.

Year: 2021

Cardiovascular diseases are the leading cause of mortality in women. Likewise, ischemic heart disease usually occurs in postmenopause, when the protective effect of estrogens disappears, so its appearance is approximately a decade later than in men. Its most frequent initial presentation is angina pectoris. **General Objective:** To characterize the Acute Coronary Syndrome in women who entered the "Dr. Enrique Tejera "in the period August 2020-May 2021. **Methodology:** A descriptive, longitudinal and prospective investigation was carried out. The population consisted of 67 women who were admitted with clinical, paraclinical and electrocardiogram of Acute Coronary Syndrome. **Results:** Age had an average age of 66.84 years. Smoking was the most prevalent risk factor, present in 40.3%. STEMI was the most frequent type of ACS with 49.3%. The prognosis at discharge was good in 49,3%. Of the 62 patients who survived and were discharged, 9.7% had reinfarction or a stroke respectively, 8.1% and 1.6% died. **Conclusion:** The prevailing comorbidity was systemic arterial hypertension, being the Most frequent risk factor: smoking Less than 10% of the discharged patients presented complications in the first 30 days, with a mortality of 1.6%.

Key words: Acute Coronary Syndrome, GRACE scale, Smoking, Postmenopause

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de mortalidad en la mujer. Asimismo, la cardiopatía isquémica suele presentarse en la posmenopausia, al desaparecer el efecto protector de los estrógenos, por lo que su aparición es aproximadamente una década más tarde que en los hombres. En las mujeres, la presentación inicial de la cardiopatía isquémica es con mayor frecuencia la angina de pecho, mientras que en el hombre lo constituye el infarto agudo de miocardio y la muerte súbita.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), "Las Enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en todo el mundo. Para el año 2017, la cardiopatía isquémica y accidentes cerebrovasculares ocasionaron 15,2 millones de defunciones a nivel mundial y han sido las principales causas de mortalidad durante los últimos 15 años"¹.

Por otro lado, la American Heart Association (AHA) y American Stroke Association (ASA) para el año 2017, señala que una de cada 7 muertes en Estados Unidos ocurre a causa de cardiopatías isquémicas y fallecen más de 360.000 personas al año. Cada año, alrededor de 790.000 personas en Estados Unidos presenta un ataque cardíaco, de los cuales 114.000 personas fallecen².

De acuerdo con datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2016, el 30% de las muertes ocurridas en Venezuela ocurrieron por enfermedades cardíacas seguidas por el cáncer con 16%. Para el año 2019, la Sociedad Venezolana de Medicina Interna señala que la cardiopatía

isquémica es la enfermedad cardiovascular más frecuente, con un índice de mortalidad de 21,3% junto con la insuficiencia cardíaca³. En el mismo orden de ideas, cabe destacar que las manifestaciones clínicas de Infarto Agudo de Miocardio y Angina Inestable son similares a los hombres, debido a que el 70% de las mujeres refieren dolor torácico similar a los hombres. Con frecuencia, la indigestión, náuseas y emesis se presentan en mujeres de edad avanzada y diabéticas. Asimismo, suelen referir dolor interescapular y mandibular⁴. Las mujeres premenopáusicas a menudo presentan síntomas atípicos comparados con las mujeres posmenopáusicas, mientras que las mujeres de edad avanzada manifiestan frecuentemente disnea súbita, menor dolor en brazos y diaforesis profusa.

Así como en los últimos años se ha generado una amplia información de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica en la mujer, que abarca desde aspectos iniciales, como la presencia y las particularidades de los factores de riesgo, hasta los más avanzados métodos diagnósticos y terapéuticos en otros campos de la cardiología, aunque existen también claras diferencias, no se han estudiado en la misma profundidad. Disponemos de datos generales de estudios sobre insuficiencia cardíaca, arritmias, enfermedad valvular, miocardiopatías, entre otros, pero hasta la fecha no se han planteado registros dirigidos a estas patologías que nos permitan conocer si también hay características específicas de las mujeres que puedan influir en su evolución.

Por lo anteriormente mencionado y además de la representación marginal que ha tenido la mujer en la mayoría de los ensayos clínicos referentes a las enfermedades cardiovasculares, surge la necesidad de realizar esta investigación y plantear la problemática actual:

¿Cuáles son las características del Síndrome Coronario Agudo (SCA) en mujeres que ingresaron al servicio de Medicina Interna y Cardiología en la

Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante el período comprendido entre agosto 2020 y mayo 2021?

Dentro de los antecedentes de importancia, cabe destacar un estudio realizado por la Sociedad Española de Cardiología por Alonso J y Cols, sobre la influencia del género en las características, evolución, manejo y pronóstico del SCA en el año 2007. Aporta información de 48.369 pacientes de los cuales el 24,3% son mujeres. La mortalidad a 28 días fue alta en los pacientes con Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del ST (SCASEST) del 9%. Esta información de 48.369 pacientes de los cuales el 24,3% son mujeres. La mortalidad a 28 días fue alta en los pacientes con SCASEST, del 9%. Esta fue significativamente mayor en las mujeres alcanzando una tasa del 12% a los 28 días⁵.

Durante el año 2011, se analizó la presencia de indicios de diferencias por género en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los pacientes ingresados con SCA, en el Hospital San Cecilio, Granada, España por Peña L y Cols. Por lo cual ejecutan un estudio prospectivo de una cohorte de 396 pacientes que ingresaron a lo largo de un período de 18 meses en una unidad coronaria con el diagnóstico de SCA. Concluyeron que el género femenino fue un predictor independiente de mortalidad hospitalaria en pacientes con SCA⁶.

En el mismo orden de ideas, Del Pino y Cols, evaluaron las diferencias por sexo del Síndrome Coronario Sin Elevación del Segmento ST en la Unidad de Cuidados Coronarios en Cuba, donde realizaron un estudio retrospectivo, descriptivo de 495 pacientes ingresados. Concluyeron que el tabaquismo fue prevalente en mujeres. La angina inestable se presentó con una incidencia superior a lo reportado sin diferencias en relación al sexo. Los eventos clínicos mayores fueron escasos al mes y a los 180 días, sin diferencias entre hombres y mujeres⁷.

Para el año 2012, en Asturias, España, realizaron un estudio descriptivo transversal a través de la revisión de las historias clínicas ingresados por SCA, concluyendo que las mujeres con SCA presentan una media de edad superior a la de los hombres en 10 años y el dolor torácico es el síntoma principal en ambos sexos pero los hombres lo presentaron en mayor porcentaje. Asimismo, durante el ingreso las mujeres presentan más complicaciones con una mortalidad mayor⁸.

Por otro lado, en Colombia se hizo un análisis descriptivo retrospectivo entre 2013-2014, por Parra P y Campiño T, donde se describieron factores de riesgo cardiovascular, biomarcadores de isquemia, angiografía coronaria y mortalidad intrahospitalaria; concluyeron que el valor de troponina fue mayor en hombres. Las mujeres requirieron mayor implante de stent, sin embargo, en el género masculino la prevalencia de enfermedad multivaso con indicación de revascularización coronaria fue mayor⁹.

Para el año 2014, Padilla C. y Sáenz X¹⁰, presentan los resultados de la investigación acerca de la mujer frente a los síntomas de Síndrome Coronario Agudo basados en el modelo conceptual del manejo de los síntomas. Describe las acciones de respuesta de la mujer y el tiempo de duración para solicitar ayuda ante los síntomas que sugieren SCA. La investigación incluyó 80 mujeres hospitalizadas en dos instituciones de Bucaramanga (Colombia) con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo. Se encontró que el 43,8% de las mujeres demoraron más de seis horas para decidir ir al servicio de urgencias una vez iniciados los síntomas y el 18% ignoraron los síntomas.

Asimismo, en el Hospital de Navarra, Pamplona, Ferras M. y Cols, realizan un estudio acerca de las diferencias según sexo en el tratamiento y la evolución de los pacientes afectados de SCA. Se analizaron 35 variables de 130 usuarios que acudieron con patología coronaria aguda. Concluyeron que

los procesos coronarios siguen siendo una patología de predominio masculino pero de mayor gravedad en mujeres. Se observó un mayor retraso en la solicitud de atención sanitaria en las mujeres así como la presencia de alta voluntaria en ellas, lo que puede influir en la peor evolución de las mismas¹¹.

Mientras tanto, en el año 2015, se realizó una investigación por Borges Y. y Cols¹², acerca de la enfermedad arterial coronaria en la mujer en el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular en La Habana, Cuba. Cuyo objetivo fue determinar el comportamiento de la enfermedad arterial coronaria en la mujer por lo que realizaron un estudio observacional, descriptivo y transversal. Conformado por 532 pacientes, donde evidenciaron que el incremento de la edad se asocia a la afección de múltiples vasos en un 37,9% asociándose a la afección de tronco.

Por otro lado, se realizó en el año 2016, una investigación en el Hospital Universitario "Ascunce Domenech" de Camagüey, sobre el comportamiento clínico del SCA en la mujer, un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal. El universo estuvo constituido por 446 pacientes con una muestra de 212, concluyendo que las pacientes mayores de 70 años fue el grupo de edad mayormente afectado y el IAMSEST no Q y el Infarto Agudo de Miocardio Con Elevación del ST (IAMCEST) con onda Q las principales formas electrocardiográficas de presentación en las pacientes infartadas¹³.

Para el año 2017, Bello, L y Cols¹⁴ realizan un análisis acerca de los factores de riesgo y cardiopatías prevalentes en mujeres internadas en la división de medicina cardiovascular del Hospital de Clínicas en España, el cual consistió en un estudio descriptivo retrospectivo y de corte transversal, donde incluyó un total de 250 pacientes, de los cuales 63 correspondía al sexo femenino y concluyeron que 3 pacientes tuvieron enfermedad de 3 vasos, 1 sola tuvo coronarias normales, y 8 tenían lesiones de la arteria descendente anterior.

En otro orden de ideas, es importante señalar que existen diversos factores predisponentes a desarrollar con mayor frecuencia cardiopatía isquémica en la mujer, dentro de las cuales encontramos diferencias biológicas, debido a que la mujer suele presentar una frecuencia cardiaca entre 3 y 5 latidos por minuto más que el hombre, asimismo, las cavidades cardiacas de la mujer son de menor tamaño que la de ellos y sus arterias coronarias son más estrechas.

Además existen alteraciones electrocardiográficas en relación al aspecto hormonal, ya que generalmente la menopausia se propone como factor de riesgo de cardiopatías y tiene un efecto protector, sin embargo, el factor reproductivo y hormonal tienen un impacto a lo largo de toda la vida reproductiva, ya que existen patologías propias del periparto, ya que la incidencia de enfermedad coronaria en las mujeres premenopáusicas es mucho menor que en las mujeres postmenopáusicas de la misma edad¹⁵.

Sin embargo, esta incidencia se incrementa considerablemente después de los 50 años, lo que sugiere una relación directa entre la disminución de estrógenos endógenos y el desarrollo de la enfermedad coronaria. No obstante, algunos investigadores no están de acuerdo con esta explicación ya que señalan que el riesgo de cardiopatía isquémica se incrementa por efecto de la edad, no por efecto de la menopausia.

Los anticonceptivos hormonales orales producen diversos efectos que pudieran estar relacionados con un mayor riesgo para la enfermedad arterial coronaria en la mujer, ya que elevan los niveles de c-LDL, disminuyen los niveles de c-HDL, provocan alteraciones en la resistencia a la insulina, disminuyen la tolerancia a la glucosa, elevan los niveles de angiotensinógeno, tienen un efecto trombogénico importante y producen una elevación moderada de la presión arterial, aunque generalmente dentro de rangos normales¹⁶.

Asimismo, la Diabetes Mellitus es un potente predictor de riesgo cardiovascular en las mujeres e incrementa las posibilidades de presentar una enfermedad coronaria de 3-7 veces. Las mujeres mayores de 45 años tienen el doble de probabilidad que los hombres de sufrir DM¹⁷. La mortalidad entre las mujeres diabéticas que sufren un IAM es más alta que las no diabéticas.

Por lo anteriormente mencionado, surge la necesidad de realizar la presente investigación debido al papel de exclusión que el sexo femenino ha tenido en estudios acerca de patologías cardiovasculares, representando un problema de salud pública frecuente a nivel mundial y sobre todo causa frecuente de ingresos en la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera".

Objetivo general: Caracterizar el Síndrome Coronario Agudo en mujeres que ingresaron a la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" en el período Agosto 2020- Mayo 2021.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar a las pacientes según variables epidemiológicas: Edad, Graffar y comorbilidades.
2. Clasificar el tipo de SCA.
3. Determinar los factores de riesgo: Hipertensión arterial, diabetes, hiperlipidemia, nefropatía, terapia de remplazo hormonal y sobrepeso.
4. Comparar la condición de egreso y seguimiento 30 días posterior.
5. Relacionar el SCA con la evolución y factores de riesgo

MATERIALES Y METODOS

Se realizó una investigación de tipo descriptiva, longitudinal y prospectiva. La población estuvo conformada por todos los pacientes femeninos que ingresaron con clínica, paraclínicos y electrocardiograma de Síndrome Coronario Agudo en el servicio de Medicina Interna en la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" en el período comprendido entre agosto 2020 y mayo 2021.

La muestra fue no probabilística, intencional y con sujetos voluntarios, correspondió a las integrantes de la población que cumplieron con los criterios de inclusión: 1) ingresar bajo el diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo, 2) encontrarse hospitalizada en el servicio de la emergencia de adultos de la CHET, 3) contar con paraclínicos de ingreso necesarios para determinar el tipo de Síndrome Coronario Agudo, 4) sexo femenino, 5) manifestar la paciente o familiar el deseo de participación voluntaria a través de un Consentimiento Informado.

Previo consentimiento informado (Anexo A), cumpliendo las normas de las buenas prácticas clínicas establecidas por la Organización Mundial de la Salud para los trabajos de investigación en los seres humanos y la declaración de Helsinki, ratificada en la 59[°] Asamblea General de Corea 2008¹⁸.

En cuanto al método y técnicas de recolección de datos se realizó una entrevista a cada paciente o a su familiar dependiendo de las condiciones de conciencia, utilizando como instrumento una ficha de recolección de datos (Anexo B) elaborada en base a las variables de la investigación, como

identificación del paciente, edad, tipo de SCA a través del electrocardiograma de 12 derivaciones (modelo CARDIOCID BB), clínica y enzimas cardíacas (CK-MB, Troponinas T y Troponinas I cuantitativas), factores de riesgo: terapia hormonal y sobrepeso, condición de egreso y seguimiento 30 días posteriores.

A continuación, los datos fueron vaciados en una base de datos computarizada, utilizando el programa Excel, que posteriormente, se exportaron al programa PAST versión 3.17. Las variables cualitativas fueron analizadas por métodos porcentuales y se expresaron en frecuencias absolutas y relativas, para ser representadas en tablas; las cuantitativas se expresan en promedios y desviación estándar. El grado de asociación entre las variables cualitativas se determinó mediante el test no paramétrico Chi-cuadrado (χ^2). Se hicieron comparaciones de proporciones con la prueba Z; donde el valor de $P < 0,05$ se consideró estadísticamente significativa.

RESULTADOS

Se estudió una muestra de 67 mujeres con Síndrome Coronario Agudo, cuya edad tuvo un promedio de 66,84 años, desviación estándar de 10,52 años, mínima 43 años, máximo 93 años, siendo el grupo etario más frecuente el de 60 a 69 años con 37,3% (25 pacientes) seguido por el de 70 a 79 años con 34,3% (23 pacientes). 52,2% (35) pertenecientes al Graffar IV, 56,7% (38 mujeres) tenían como comorbilidad la hipertensión arterial sistémica seguida por la coexistencia de hipertensión y diabetes (25,4%, 17). El factor de riesgo más prevalente fue el tabaquismo, presente en 27 mujeres, es decir, 40,3% (Tabla 1).

El IAMCEST fue el tipo de SCA más frecuente con 49,3% (33 pacientes), seguido por el IAMSEST (37,3%, 25 mujeres). Según el score GRACE 53,7% (36) tuvieron riesgo alto y 37,3% (25) riesgo intermedio. El pronóstico al egreso fue bueno en 49,3% (33), malo en 43,3% (29) y 5 mujeres (7,5%) fallecieron. 73,1% (49 mujeres) lograron reanudar sus actividades diarias después del egreso, con predominio estadísticamente significativo ($Z = 5,18$; $P = 0,00$). De las 62 pacientes que sobrevivieron y fueron egresadas, 9,7% (6) presentaron reinfarto o un ACV respectivamente, 8,1% (5 mujeres) fallecieron, 1,6% (1) tuvo un sangrado y una paciente falleció, representando el mismo porcentaje. 69,4% (43 pacientes) no presentaron complicaciones a los 30 días, siendo $Z = 3,11$ y $P = 0,0009$ (Tabla 2). Esto quiere decir que fue estadísticamente significativo.

Las pacientes con SCA y buen pronóstico al egreso tuvieron 10% de eventos desfavorables de salud (ACV, 3 de 30) mientras que aquellas con mal pronóstico, presentaron 40,74% (11 de 27) de eventos desfavorables de

salud, predominantemente reinfarto, con diferencias estadísticamente significativas (Tabla 3: $Z = 2,38$; $P = 0,008$).

No existió asociación estadísticamente significativa entre el tipo de SCA y la condición de fallecida a los 30 días del egreso de la paciente (Tabla 4: $X^2 = 0,24$; $P = 0,97$).

No se detectó asociación estadísticamente significativa entre el tipo de SCA y los factores de riesgo presentes en las pacientes (Tabla 5: $X^2 = 6,72$; $P = 0,88$).

No existió asociación estadísticamente significativa entre el tipo de SCA y la estratificación de riesgo según score GRACE, aunque en las pacientes con riesgo alto hubo mayor frecuencia de SCA (Tabla 6: $X^2 = 12,45$; $P = 0,53$).

DISCUSION

En el presente trabajo la edad promedio fue 66,84 años, predominando en más de la mitad la hipertensión arterial sistémica como comorbilidad, siendo el tabaquismo el factor de riesgo más prevalente. Por lo cual, concuerda con el estudio realizado por Cruz¹⁹ en el año 2020, donde predominó la HTA, la diabetes mellitus y el tabaquismo con una incidencia mayoritaria en el grupo de edad comprendido entre los 60-79 años.

El IAMCEST fue el tipo de SCA más frecuente con 49,3% seguido por el IAMSEST, sin embargo, difiere del estudio realizado por Cruz¹⁹, donde demostró predominio del SCASEST en etapas posmenopáusicas.

Estos resultados se relacionan con los cambios hormonales que ocurren en la etapa posmenopáusica ocurridos en la mujer entre los 48 y 53 años, representando un 40 a 50% mayor riesgo de padecer enfermedad coronaria, originado por los cambios bioquímicos como la elevación de la glicemia, colesterol total, LDL y triglicéridos. Surgiendo también propensión a insuficiencia venosa y a la formación de trombos por el incremento del fibrinógeno y el PAI-I²⁰

El factor de riesgo más prevalente fue el tabaquismo, a diferencia del estudio realizado por Sagar²¹ en el año 2021 donde la diabetes y la resistencia a la insulina, además de la hipertensión, la obesidad y el tabaquismo, fueron los factores de riesgo más importantes para la aparición prematura de cardiopatía coronaria. Esto demuestra el rol del papel del tabaquismo como factor de riesgo para enfermedad coronaria, inclusive mujeres premenopáusicas fumadoras tienen más riesgo que postmenopáusicas no fumadoras.

El 9,7% de las pacientes que sobrevivieron y fueron egresadas presentaron reinfarto o un ACV respectivamente, y una paciente falleció. Mientras que el 69,4% no presentaron complicaciones a los 30 días. A diferencia de la investigación realizada por Cruz¹⁹ donde un 23% del total de mujeres estudiadas presentó al menos una complicación. Asimismo, Cruz¹⁹ concluye que la insuficiencia cardíaca congestiva, el shock cardiogénico y la angina postinfarto fueron las más prevalentes, con diferencias significativas de la ICC en el grupo del SCASEST y el shock cardiogénico fue significativamente mayor en el SCACEST.

Ferrer²² determinó que la mortalidad temprana por IAM ha disminuido en las tres últimas décadas, antes de la creación de las unidades de cuidados coronarios era de alrededor de un 30%, se ha encontrado letalidad intrahospitalaria entre 10 a 15% en los últimos años. La disminución de la mortalidad en los primeros 30 días es un beneficio que se ha logrado en los últimos años gracias al uso de la trombolisis como tratamiento precoz, se dice que este beneficio de la reducción de la mortalidad puede mantenerse hasta por 6 meses posterior al IM.

En este estudio no se detectó asociación estadísticamente significativa entre el tipo de SCA y los factores de riesgo presentes en las pacientes, a diferencia de trabajo realizado en el año 2019 por Reyes²² donde las complicaciones se presentaron según los factores de riesgo presentes: la obesidad y la diabetes mellitus.

CONCLUSIONES

La edad promedio se ubicó en la 6ta década de la vida, mientras que el Graffar IV fue el estrato socioeconómico predominante.

La comorbilidad que prevaleció fue la hipertensión arterial sistémica, seguido de la coexistencia entre la hipertensión arterial y diabetes mellitus, siendo el factor de riesgo más frecuente el tabaquismo.

El IAMCEST fue el tipo de SCA más frecuente seguido por el IAMSEST. Según el score GRACE la mayoría de los pacientes presentaron riesgo alto, sin embargo lograron reanudar sus actividades diarias después del egreso.

Asimismo, predominó la ausencia de complicaciones a los 30 días del seguimiento.

No existió asociación estadísticamente significativa entre el tipo de SCA y la condición de fallecida a los 30 días del egreso, así como en la relación del tipo de SCA y los factores de riesgo presentes en las pacientes.

Asimismo, no existió asociación estadísticamente significativa entre el tipo de SCA y la estratificación de riesgo según score GRACE, aunque en las pacientes con riesgo alto hubo mayor frecuencia de SCA.

RECOMENDACIONES

En vista de los resultados obtenidos en este estudio, se recomienda lo siguiente:

Realizar campañas preventivas y educativas para el reconocimiento precoz de los factores de riesgo en mujeres, especialmente en las postmenopáusicas.

Realizar el diagnóstico oportuno de esta patología, por lo cual resulta imperativo dentro del protocolo de estudios el abordaje adecuado al momento del ingreso, por lo cual incluye la realización de electrocardiograma de 12 derivaciones y enzimas cardíacas para establecer el tipo de SCA. Promover la aplicación de escala pronóstico, como la escala de GRACE al momento de ingresar al paciente, ya que representan una manera fiable y sencilla de conocer la evolución, así como establecer la conducta oportuna a seguir según los resultados obtenidos y de esta forma brindar una mejor atención de salud. Por último, estimular al personal de salud a incluirse dentro del marco de actualizaciones en el manejo de patologías cardiovasculares y preconizar el uso temprano de la trombolisis para disminuir la mortalidad temprana y complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Datos y cifras 2017 de enfermedades cardiovasculares. Ginebra Suiza. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. American Heart Association. Estadísticas de enfermedad cardíaca y de ataque cerebral 2017. Texas, USA. <https://professional.heart.org>
3. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 22017 Washington, USA. <https://www.paho.org>.
4. Heras M. Cardiopatía isquémica en la mujer: Presentación clínica, pruebas diagnósticas y tratamiento de los síndromes coronarios agudos. Servicio de Cardiología. Hospital Clínic. IDIBAPS. [Internet] 2016 [Consultado 22 febrero 2020];59 (4): 371-381. Disponible en <https://www.revespcardiol.org/en-cardiopatia-isquemica-mujer-presentacion-clinica-articulo-13087060>.
5. Alonso J, Bueno H, Bardají A. Influencia del sexo en la mortalidad y el manejo del síndrome coronario agudo en España. Rev Esp Cardiol [Internet] 2008 [Consultado 22 febrero 2020]; 8(4):8D-22D. Disponible en <https://www.revespcardiol.org>
6. Peña L. Síndrome Coronario Agudo en la mujer, diferencias de género. Granada, 2011. Med Clin [Internet] 2011; [Consultado 22 febrero 2020]; 137 (14):623-40. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-sindrome-coronario-agudo-mujer-diferencias-S002577531100830X>.
7. Del Pino E, Pérez J, Quiroz J. Diferencias por Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del Segmento ST en la Unidad de Cuidados Coronarios. Habana, Cuba. Rev Cubana Cardiol Cir Cardiov. [Internet] 2011 [Consultado 22 febrero 2020]; 17(4):304-10. Disponible en: <https://www.core.ac.uk/reader/286346050>
8. López T, Prieto E, De Dios R. Mujeres y hombres frente al Síndrome Coronario Agudo. Enfermería de Cardiología. [Internet] 2012 [Consultado 22 febrero 2020]; 57(3):33-9. Disponible en: <https://enfermeriaencardiologia.com>
9. Parra P. Diferencias angiológicas y epidemiológicas entre hombres y mujeres que desarrollan Síndrome Coronario Agudo. Revista Colombiana de Cardiología. [Internet] 2017 [Consultado 22 febrero 2020]; 24(5):436-41. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563317300852>.
10. Sáenz X, García C. Respuestas de la mujer frente a los síntomas de Síndrome Coronario Agudo basados en el Modelo Conceptual del Manejo

- de los Síntomas. Bucaramanga, Colombia. Avances en Enfermería. [Internet] 2014 [Consultado 22 febrero 2020]; 32(1):102-13. Disponible en: 0.15446/av.enferm.v32n1.46068.
11. Ferras 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. Pamplona, España. An Sist Sanit Navar. [Internet] 2014 [Consultado 22 febrero 2020]; 37(2):249-55. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272014000200008>
 12. Borges Y, Nápoles I, Batista E, Hechavarría S, Guevara G, Borges Y. Enfermedad arterial coronaria en la mujer en el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Rev. Cuba. Cardiol. Cir. Cardiovasc. [Internet] 2015 [Consultado 22 febrero 2020]; 25(1):3-8. Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/563/7087>.
 13. Borges Y, Jardines G, Borges Y. Comportamiento clínico del síndrome coronario agudo en la Mujer. Rev. Cuba. Cardiol. Cir. Cardiovasc. [Internet] 2016 [Consultado 22 febrero 2020]; 22(2). Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/64>
 14. Bello L, Cáceres C, Gómez N. Factores de riesgo y cardiopatía prevalente en mujeres internadas en la división de medicina cardiovascular del Hospital de Clínicas. Asunción, Paraguay. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. [Internet] 2017 [Consultado 22 febrero 2020]; 15(2):45-55. Disponible en: <https://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/view/1228/1127>.
 15. Abadal L. Riesgo cardiovascular en la menopausia: mito, paradoja o realidad. Importancia de las observaciones clínicas frente a la interpretación de los datos estadísticos. Barcelona, España. Rev Esp Cardiol. [Internet] 1999 [Consultado 22 febrero 2020]; 52(7):463-66. Disponible en: <https://www.revespcardiolo.org/es-riesgo-cardiovascular-menopausia-mito-paradoja-articulo-X0300893299001274?redirect=true>
 16. Florez J, Sierra J. Anticonceptivos orales combinados y enfermedad cardiovascular. México. Perinatol. Reprod. [Internet] 2006 [Consultado 22 febrero 2020]; 20(4). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372006000200007
 17. García F, Pérez M, Molina J. El infarto de miocardio en el diabético: implicaciones clínicas, pronósticas y terapéuticas en la era trombolítico-intervencionista. Sevilla, España. Med intensiva. [Internet] 2001 [Consultado 22 febrero 2020]; 25(8):311-20. Disponible en:

- <https://medintensiva.org/es-el-infarto-miocardio-el-diabetico-articulo-13022848>.
18. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos Asamblea General. Seúl. Corea, Octubre de 2009. Disponible en <http://www.wma.net/ed?polices-post?declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
 19. Cruz L, Gato R, Ravelo R. Caracterización del síndrome coronario agudo en mujeres. CorSalud [Internet] 2020 [Consultado 22 julio 2021]; 12(4):372-382. Disponible en <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/917/1255>
 20. Puja K. Mehta, Courtney Bess, Suzette Elias-Smale. Influencia del género en las enfermedades cardiovasculares. European Heart Journal. [Internet] [Consultado 22 julio 2021]; 40(47): 3819–3826. Disponible en <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz784>
 21. Reyes L, Correa A, Toledo Y, Alonso N, Ramírez J, Garcés O. Enfoque clínico y epidemiológico del síndrome coronario agudo, una experiencia. Acta Méd Centro [Internet]. 2019 [Consultado 22 julio 2021]; 13(1): 71-79. Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/917>
 22. Ferrer I, Santana Cano AA, Valladares Carvajal F deJ. Sobrevida en el Infarto Agudo del Miocardio. <https://www.uninet.edu/cimc2001/comunicaciones/MIraola/MIraola1/index.html>)



ANEXO A

Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección de Postgrado
Programa de Especialización en Medicina Interna
Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera"



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio de la presente hago constar que autorizo al investigador a incluirme en el estudio titulado: **CARACTERIZACIÓN DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN MUJERES. SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". AGOSTO 2020-MAYO 2021** y he sido previamente informado de:

- Los beneficios y conocimientos que podrían aportar mi investigación.
- La explicación previa de los procedimientos que se emplearían en el estudio, tales como punción lumbar, electromiografía y velocidad de conducción de cuatro miembros.
- No recibir ningún beneficio económico por parte del investigador.

Por lo tanto **acepto** los procedimientos a aplicar, considerándolos inocuos para la salud y acepto los derechos de:

- Conocer los resultados que se obtengan.
- Respetar mi integridad física y moral.
- Retirarme en cualquier momento del estudio si tal es mi deseo.

Nombre del paciente _____

Edad _____ C.I: _____

Firma _____



ANEXO B

Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección de Postgrado
Programa de Especialización en Medicina Interna
Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera"



Nº de Ficha: _____

Edad: _____ Teléfono: _____ Graffar: _____

Comorbilidades: HAS: ___ Diabetes: ___ Patología tiroidea: ___

Nefropatía: ___ Hiperlipidemia: ___ Otras: ___

Factores de riesgo:

1.- Terapia de reemplazo hormonal Sí _____ NO _____

2.- Sobrepeso Sí _____ NO _____

3. Tabaquismo Sí _____ NO _____

Tipo de SCA: IAMCEST: ___ IAMSEST: ___ ANGINA INESTABLE: ___

Estratificación de Riesgo según score GRACE: _____

Pronóstico al Egreso: _____

Seguimiento a los 30 días:

Complicaciones: No: _____

Sí: _____ ¿Cuál?: Muerte CV: _____ Muerte No CV: _____

Reinfarto: _____ ACV: _____ Sangrado: _____

Reanudación de actividades diarias: Sí: _____ No: _____

Tabla 1

Distribución según edad, nivel socioeconómico, comorbilidades y factores de riesgo, en mujeres con Síndrome Coronario Agudo ingresadas en el servicio de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria " Dr. Enrique Tejera", período agosto 2020 - mayo 2021

Grupos etarios (años)	Frecuencia	Porcentaje
43 a 49	5	7,5
50 a 59	8	11,9
60 a 69	25	37,3
70 a 79	23	34,3
80 a 93	6	9,0
Nivel socioeconómico (Graffar)		
Graffar III	12	17,9
Graffar IV	35	52,2
Graffar V	20	29,9
Comorbilidades		
Hipertensión arterial sistémica	38	56,7
Hipertensión y diabetes	17	25,4
Ninguna	4	6,0
Diabetes	2	3,0
Hipertensión y nefropatía	2	3,0
Hipertensión y patología tiroidea	2	3,0
Hipertensión, diabetes y nefropatía	1	1,5
Hipertensión, diabetes e hiperlipidemia	1	1,5
Factores de riesgo		
Ninguno	29	43,3
Tabaquismo	27	40,3
Sobrepeso	6	9,0
Tabaquismo y sobrepeso	4	6,0
Tabaquismo, sobrepeso y terapia de reemplazo hormonal	1	1,5
Total	67	100,0

Fuente: Datos de la investigación (Andazora, 2021)

Tabla 2

Distribución según tipo de SCA, estratificación según score GRACE, pronóstico al egreso, reanudación de actividades diarias y seguimiento a los 30 días, en mujeres con SCA ingresadas en el servicio de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria “ Dr. Enrique Tejera”, período agosto 2020 - mayo 2021

Tipo de SCA	Frecuencia	Porcentaje
IAMCEST	33	49,3
IAMSEST	25	37,3
Angina inestable	8	11,9
No registrado	1	1,5
Estratificación de riesgo según GRACE		
Bajo	6	9,0
Intermedio	25	37,3
Alto	36	53,7
Pronóstico al egreso		
Bueno	33	49,3
Malo	29	43,3
Fallecido	5	7,5
Reanudación de sus actividades diarias		
Sí	49	73,1*
No	18	26,9
Total	67	100,0
Seguimiento a los 30 días (n = 62)		
Sin complicación	43	69,4**
Reinfarto	6	9,7
ACV	6	9,7
Fallecido	5	8,1
Sangrado	1	1,6
Muerte no cardiovascular	1	1,6
Total	62	100,0

Fuente: Datos de la investigación (Andazora, 2021)

* Z = 5,18; P = 0,00

** Z = 3,11 y P = 0,0009

Tabla 3

Comparación entre el pronóstico al egreso y el seguimiento a los 30 días, en mujeres con SCA ingresadas en el servicio de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria “ Dr. Enrique Tejera”, período agosto 2020 - mayo 2021

		Seguimiento a los 30 días						Total	
		Sin Reinfarto completo	ACV	Sangrado	Muerte no CV	Fallecida			
Pronóstico al egreso	Bueno	n	27	0	3	0	0	0	30
		%	90,0%	0,0%	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Fallecida	n	0	0	0	0	0	5	5
		%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Malo	n	16	6	3	1	1	0	27
		%	59,3%	22,2%	11,1%	3,7%	3,7%	0,0%	100,0%
Total	n	43	6	6	1	1	5	62	
	%	69,4%	9,7%	9,7%	1,6%	1,6%	8,1%	100,0%	

Fuente: Datos de la investigación (Andazora, 2021)

No se calcula el X^2 porque 16 casillas tienen frecuencia esperada <5
 Muerte no CV: Muerte no cardiovascular

Tabla 4

Asociación entre el tipo de SCA y la condición de fallecida a los 30 días, en mujeres con SCA ingresadas en el servicio de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria “ Dr. Enrique Tejera”, período agosto 2020 - mayo 2021

			Fallecidas al egreso o a los 30 días		Total
			No	Sí	
Tipo de SCA	IAMCEST	n	28	5	33
		%	84,8%	15,2%	100,0%
	IAMSEST	n	21	4	25
		%	84,0%	16,0%	100,0%
	Angina inestable	n	7	1	8
		%	87,5%	12,5%	100,0%
	No registrado	n	1	0	1
		%	100,0%	0,0%	100,0%
Total		n	57	10	67
		%	85,1%	14,9%	100,0%

Fuente: Datos de la investigación (Andazora, 2021)

$$X^2 = 0,24; P = 0,97$$

Tabla 5

Asociación entre el tipo de SCA y los factores de riesgo, en mujeres con SCA ingresadas en el servicio de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria “ Dr. Enrique Tejera”, período agosto 2020 - mayo 2021

		Factores de Riesgo					Total	
		Ning uno	Tabaquismo	Sobrepeso	Tabaquismo no sobrepeso	Tabaquismo, sobrepeso y TRH		
Tipo de SCA	IAMCEST	n	14	11	5	2	1	33
		%	42,4 %	33,3%	15,2%	6,1%	3,0%	100,0 %
	IAMSEST	n	11	11	1	2	0	25
		%	44,0 %	44,0%	4,0%	8,0%	0,0%	100,0 %
	Angina inestable	n	4	4	0	0	0	8
		%	50,0 %	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0 %
	No registrado	n	0	1	0	0	0	1
		%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0 %
	Total	n	29	27	6	4	1	67
		%	43,3 %	40,3%	9,0%	6,0%	1,5%	100,0 %

Fuente: Datos de la investigación (Andazora, 2021)

$X^2 = 6,72$; $P = 0,88$

TRH: Terapia de reemplazo hormonal

Tabla 6

Asociación entre el tipo de SCA y la estratificación de riesgo según score GRACE, en mujeres con SCA ingresadas en el servicio de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria “ Dr. Enrique Tejera”, período agosto 2020 - mayo 2021

			Estratificación de riesgo según GRACE			Total
			Bajo	Intermedio	Alto	
Tipo de SCA	IAMCEST	n	3	10	20	33
		%	9,1%	30,3%	60,6%	100,0%
	IAMSEST	n	2	11	12	25
		%	8,0%	44,0%	48,0%	100,0%
	Angina inestable	n	0	4	4	8
		%	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
	No registrado	n	1	0	0	1
		%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Total	n	6	25	36	67
		%	9,0%	37,3%	53,7%	100,0%

Fuente: Datos de la investigación (Andazora, 2021)

$X^2 = 12,45$; $P = 0,53$

TRH: Terapia de reemplazo hormonal