

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
“DR. AGOSTINHO NETO”
GUANTANAMO

**CARDIOPATIA ISQUEMICA.
ESTUDIO COMPARATIVO**

Dr. Pedro Rodríguez Peláez¹, Dr. Raúl Local Machado², Dr. Georbis Fournier Calzado², Dra. Neldis Reyes Legrá³, Dr. Luis Manuel Fernández Brooks⁴, Dr. Jesús González Marrero⁵, Dr. Alfredo Antonio Pardo Castro.⁶

RESUMEN

Se realiza un estudio comparativo y descriptivo con el objetivo de determinar la morbimortalidad por cardiopatía isquémica en ambos sexos, en el servicio de Cardiología del Hospital Provincial Docente “Dr. Agostinho Neto”, en el período comprendido desde enero de 2003 hasta septiembre de 2006. Se revisa la base de datos computarizada de dicho servicio. Se analizan datos de 907 pacientes, 471 mujeres y 436 hombres. Se determinan variables tales como: factores de riesgo asociados a esta enfermedad, letalidad y análisis de los resultados del tratamiento trombolítico. Se concluye que la mayor incidencia de la cardiopatía isquémica se encuentra en las féminas mayores de 60 años. La incidencia de la angina de pecho es mayor en las mujeres, mientras que en los hombres predomina el infarto. La mortalidad por infarto es similar en ambos sexos. El equiparamiento de las mortalidades de las mujeres pudiera explicarse por una avanzada edad al ingreso y una frecuencia mayor de diabetes mellitus. Las pacientes no trombolizadas son evidentemente menos beneficiadas que los hombres.

Palabras clave: ISQUEMIA MIOCARDICA/ epidemiología; ISQUEMIA MIOCARDICA/ mortalidad; MUJERES.

¹ *Master en Urgencias Médicas. Especialista de I Grado en Cardiología y Medicina General Integral. Instructor.*

² *Master en Urgencias Médicas. Especialista de I Grado en Cardiología. Instructor.*

³ *Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor.*

⁴ *Master en Urgencias Médicas. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructor.*

⁵ *Especialista de I Grado en Cardiología y Medicina General Integral. Instructor.*

⁶ *Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructor.*

INTRODUCCION

La cardiopatía isquémica es uno de los problemas de mayor envergadura que azota a la humanidad en el momento actual y constituye la principal causa de muerte en países desarrollados y en vías de desarrollo.¹

Las enfermedades cardiovasculares desde hace muchos años son las primeras causas de muerte en el país. Entre ellas, la cardiopatía isquémica es la responsable de más del 80 % de estos fallecimientos y, por sí sola, de casi el 25 % de nuestra tasa de mortalidad.²

La incidencia de aterosclerosis coronaria en las mujeres corresponde a la de los hombres de unos 10 a 15 años menos. Este fenómeno que hace pensar en la intervención de factores hormonales, por cuanto en el climaterio prematuro artificial se ha encontrado una mayor prevalencia de cardiopatía isquémica y en fechas recientes se han publicado algunos trabajos sobre frecuencias, aunque reducida, del infarto en mujeres jóvenes.

Ya en nuestra isla se investiga acerca de esta problemática, para lo cual se escogió la población de 25 a 64 años de un área de salud de cuyo estudio se derivaron algunas conclusiones relacionadas a condiciones de riesgos como importantes factores determinantes de la cardiopatía isquémica, independientemente de la edad.³

Muchos problemas comunes de salud pueden poner su sistema cardiovascular en riesgo.⁴

La cardiopatía isquémica en la mujer se presenta habitualmente en la posmenopausia y, por lo tanto, al menos una década más tarde que en el varón. A pesar de que la causa más importante de mortalidad en la mujer son las enfermedades cardiovasculares, un porcentaje importante de éstas desconoce esta realidad. En una encuesta realizada en Estados Unidos, una gran mayoría de mujeres de entre 25 y 44 años creía que el cáncer de mama era la principal causa de muerte entre ellas. En general, la sociedad considera que esta enfermedad es un problema de salud que afecta fundamentalmente a los varones.⁵

A pesar de la importancia del problema de salud que supone la cardiopatía isquémica en la mujer, el conocimiento de las características específicas de la presentación clínica, el tratamiento y el pronóstico está poco estudiado,

debido en gran parte a la insuficiente presencia de mujeres en los ensayos clínicos. Se las suele excluir por estar en edad fértil.^{6,7}

Las mujeres premenopáusicas suelen presentar con mayor frecuencia síntomas atípicos que las posmenopáusicas, mientras que las mujeres de edad avanzada pueden referir disnea súbita y presentar menos dolor en los brazos y menor sudación profusa.⁸

En un estudio reciente se ha comprobado que las mujeres con una ecocardiografía con dobutamina positiva tienen un riesgo de muerte a los 5 años que es 10 veces superior que el de las mujeres con una prueba negativa.⁹

El estudio de la perfusión miocárdica con tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) utiliza una técnica nuclear que permite visualizar los defectos de perfusión global y regional, la función ventricular y los volúmenes ventriculares. No obstante, esta técnica tiene algunas limitaciones en mujeres debido a la atenuación de las mamas, que puede generar falsos positivos, y a los corazones de pequeño tamaño que con frecuencia tienen las mujeres. Sin embargo, estos problemas descritos con el Tl se pueden obviar utilizando ^{99m}Tc-sestamibi, que aumenta la calidad de la imagen.¹⁰

A pesar de los datos procedentes de estudios observacionales que indican que el tratamiento hormonal sustitutivo confiere un beneficio cardiovascular sustancial y de la mejora los diversos mecanismos (plausibles desde un punto de vista biológico) de protección coronaria conferida por los estrógenos, los resultados de los ensayos clínicos aleatorizados, bien diseñados y realizados sobre prevención primaria y secundaria con tratamiento hormonal han demostrado más riesgo que efecto protector cardiovascular.¹¹

La isquemia coronaria en las mujeres tiene algunas características diferentes de la de los varones en lo referente a la epidemiología, la fisiopatología, las manifestaciones clínicas, el pronóstico y la respuesta terapéutica. La aparición de la enfermedad es más tardía y se asocia con un número mayor de factores de riesgo coronario, en particular la hipertensión y la diabetes. Mientras que en los varones la isquemia coronaria es debida en la mayoría de los casos a lesiones arterioscleróticas obstructivas en las arterias coronarias epicárdicas, en las mujeres hay otros factores que también desempeñan un papel importante en la fisiopatología de la isquemia,

como las alteraciones en la autorregulación microvascular, la disfunción endotelial y el aumento del tono coronario epicardio. El proyecto WISE patrocinado por la NHLBI ha contribuido de forma sustancial al mejor conocimiento de la cardiopatía isquémica en la mujer.¹²

La coronariografía en las mujeres se da la doble paradoja de que, por una parte, se infrautiliza en algunos grupos de pacientes y situaciones clínicas en los que las guías de actuación clínica recomiendan su utilización, y por otra, tras su realización se documenta la ausencia de lesiones obstructivas significativas en un porcentaje significativamente mayor de mujeres que de varones en todos los grupos de edad.¹³

Hoy día, toda vez que en nuestro colectivo se ha ido abordando este interesante tema nos sentimos motivados por comparar la incidencia de esta enfermedad en ambos sexos.

METODO

Se realiza un estudio comparativo y descriptivo con el objetivo de determinar la morbilidad y mortalidad por cardiopatía isquémica en mujeres, atendidas en el servicio de Cardiología del Hospital Provincial Docente "Dr. Agostinho Neto", en el período comprendido desde enero de 2003 hasta septiembre de 2006.

El universo estuvo comprendido por 907 pacientes ingresadas en la sala de cardiología con el diagnóstico de cardiopatía isquémica, de las cuales se escogieron el total de mujeres afectadas por esta entidad (426 pacientes) en el período comprendido desde enero de 2003 hasta septiembre de 2006.

Los pacientes son divididos según sexo y correlacionados según la edad, se consideraron las principales formas de presentación de la cardiopatía isquémica durante los años señalados teniendo en cuenta los diagnósticos emitidos al egreso de las pacientes según criterios clínicos, electrocardiográficos, radiográficos, de laboratorio, de modo que quedaron clasificadas como:

- Angina de pecho
- Infarto agudo del miocardio
- Arritmias
- Insuficiencia cardíaca
- Paro cardíaco

Se analiza la letalidad por infarto y su correlación con el sexo. Se identifican los factores de riesgo y las condiciones que favorecen una mayor predisposición para la ocurrencia de enfermedades cardiovasculares y se describen, detalladamente, los casos incluidos y excluidos para tratamiento trombolítico por sexo, así como la mortalidad posttrombólisis.

Criterios de inclusión:

1. Clínicos:
 - Dolor precordial típico con más de 30 minutos de duración.
2. Eléctricos:
 - Elevación del segmento ST por encima de 1-2 mm en dos o más derivaciones contiguas precordiales.
 - Elevación del segmento ST por encima de 1-2 mm en dos derivaciones contiguas de miembros.

Criterios de exclusión:

1. Absolutos:
 - Sangramiento interno activo.
 - Sospecha de disección aórtica.
 - Accidente vascular encefálico en los últimos seis meses.
 - Embarazo.
 - Úlcera en los últimos dos meses.
 - Neoplasia intracraneal.
2. Relativos:
 - Hipertensión arterial mayor de 180/100 mmHg controlada con tratamiento médico.
 - Insuficiencia renal o hepática significativa.
 - Abordaje venoso profundo.
 - Retinopatía hipertensiva.

RESULTADOS Y DISCUSION

La cardiopatía isquémica y sus consecuencias incluyen en la actualidad la gran mayoría de las afectaciones cardíacas en el adulto.

El mayor número de mujeres estudiadas tenían más de 70 años con un total de 179 (19.7 %), mientras que entre los hombres la cifra fue un poco más baja, 101 varones (23.1 %) (Tabla 1).

Estos resultados se corresponden con los obtenidos a nivel mundial³ y muestran claramente que en edades por debajo de los 60 años, la diferencia entre el sexo masculino y el femenino es significativa, con predominio del primero, y que esa desigualdad disminuye hasta igualarse y ser superado por las féminas después de la séptima década de la vida.

La edad es el factor que más se correlaciona con la incidencia de cardiopatía isquémica y que el sexo masculino representa una condición de riesgo reconocido universalmente.

La mayor supervivencia de las mujeres se halla relacionada con una menor incidencia de cardiopatía isquémica a igual edad. Diez años después de la menopausia, las diferencias desaparecen. Tres cuartas partes de las muertes por enfermedad cardiovascular en las féminas se producen luego de los 65 años. Se ha demostrado que los estrógenos ejercen una función protectora.¹⁴

Otros autores como Olivera¹⁵ han enseñado igualmente una mayor frecuencia de la cardiopatía isquémica en los hombres, de forma global.

En todos los estudios consultados¹⁶ se subraya un aumento progresivo de la afección con la edad y en el sexo femenino.

Existe un ligero predominio de la angina de pecho en el femenino (24.5 %) con respecto al masculino (18.5 %), primacía que se invirtió en el infarto agudo del miocardio (IAM), con el 233.2 % en el segundo y 19.0 % en el primero, pero sin llegar a ser la acostumbrada relación 2:1 que se plantea en la literatura universal (Tabla 2).

Las restantes enfermedades no se diferencian sustancialmente entre los hombres y mujeres en cuanto a su grado de aparición. Resultados similares obtuvo Vanden Hoogen en su estudio.⁷

Actualmente en los países industrializados, mientras que la población masculina ha venido experimentando un descenso de la incidencia de la enfermedad coronaria, la femenina presenta tasas cada vez más altas, particularmente en los grupos de 50 a 70 años. El tabaquismo y la incorporación de la mujer al ámbito competitivo son en parte responsables de este fenómeno.¹⁸

En nuestro estudio se encontró el fallecimiento de 42 integrantes de la serie (10.9 %) sin diferencias significativas con respecto al género: 5.7 %

pertenecían al femenino y 5.2 % al masculino (Tabla 3), puesto que sólo hubo un moderado incremento del número de defunciones en las mujeres.

Resultados similares obtuvo en su estudio Golostein.¹⁹ Sin embargo, en la casuística de Jones T²⁰, los hombres murieron en mayor proporción que las mujeres. De modo general, otros estudios²¹ y Céspedes Cabrera²² han encontrado una disminución de la letalidad por IAM sin diferencias significativas en cuanto al sexo.

En nuestro estudio, al analizar los factores de riesgo según sexo (Tabla 4) se obtuvo que la hipertensión arterial predominó en el femenino con respecto al masculino, 62.1 y 37.8 %, respectivamente.

Una estrecha relación entre hipertensión arterial y cardiopatía isquémica encontraron en su estudio Leyva Gómez H²³ y otros.

La prevalencia de hipertensión arterial obtenida en nuestro estudio concuerda con la de otros estudios epidemiológicos.²⁴ Un número considerable de hipertensos desconocía que lo era, lo cual también concuerda con otros estudios.

Laura Bregieiro²⁵ y muchos otros coinciden en que la hipertensión arterial es el principal factor de riesgo de la cardiopatía isquémica aún cuando se encuentra asociada a otros factores.

Numerosas investigaciones han permitido establecer evidentes asociaciones de mortalidad y morbilidad por afecciones cardiovasculares, aún con leves aumentos de las cifras tensionales. El hábito de fumar arrojó en nuestra serie los mismos resultados que en otros trabajos afines, dados por una mayor adicción al tabaquismo por parte de los varones (64.5 %) con relación a las féminas (35.4 %); a pesar de ello, consideremos que las cifras de fumadores debían ser más altas, lo cual atribuimos a la influencia de un subregistro estadístico.

Comparando nuestros resultados obtenidos con estudios similares en igual período de tiempo, se deja establecido que el hábito de fumar se ha incrementado en las mujeres más acentuadamente que en los hombres.

Es notable el incremento de la mortalidad y 3 a 5 veces el riesgo de cardiopatía isquémica en los hombres fumadores que en los que no lo son.²³

Estrecha relación encontraron otros autores²⁴ entre el hábito de fumar y las enfermedades cardiovasculares. Similares resultados obtuvieron Laura Bregieiro, Helio de Lima y Virginia Roberta en su estudio.²⁵

En relación con la diabetes mellitus, la situación se invirtió. Hubo predominio en las mujeres (69.5 %) sobre los hombres (30.4 %). Estudios epidemiológicos han constatado una mayor incidencia de diabetes mellitus en las mujeres lo que provoca incluso una mortalidad más elevada en asociación con la hipertensión arterial.

La obesidad tuvo mayor incidencia en el sexo femenino (71.8 %) con respecto al masculino (28.1 %). Por otra parte, la obesidad resultó menos común que la encontrada por otros autores.⁹ Sin embargo, otros autores coincidieron con nuestro estudio.²⁵

La importancia de la hipertrigliceridemia como factor predictivo de la gravedad y precocidad de la enfermedad coronaria aparece enfatizada en muchos estudios. En la mayoría se ha encontrado una estrecha relación entre cardiopatía isquémica e hiperlipidemia, sobre todo en mujeres obesas y en período postmenopáusico. Numerosos estudios recientes coinciden con esta afirmación.

La aplicación de los fibrinolíticos en el IAM se ha convertido en la opción terapéutica más evaluada en la historia de la medicina. Con los resultados obtenidos en múltiples ensayos clínicos y experimentales, se puede afirmar que los trombolíticos han demostrado ser beneficiosos para el tratamiento de esta enfermedad.

Es muy llamativo el hecho de que las féminas reciben menos tratamiento trombolítico que los varones. Además, las féminas no trombolizadas murieron más que los hombres (18.4 y 10.3 %, respectivamente) como se muestra en la Tabla 5. Esto pudiera deberse a que las féminas ingresan con mayor edad y en estadios más avanzados de su enfermedad cardiovascular.²⁴

En la literatura mundial se plantea que a pesar de haberse producido un gran adelanto con el tratamiento trombolítico, este avance ha beneficiado más al sexo masculino que al femenino²⁵, lo cual puede explicarse por lo ya argumentado en los párrafos anteriores.

CONCLUSIONES

1. La angina de pecho es mayor en el sexo femenino mientras que el infarto lo es para el masculino.
2. La incidencia de cardiopatía isquémica se incrementó en las mujeres mayores de 50 años.
3. No encontramos diferencias significativas en la letalidad por infarto agudo del miocardio entre los dos sexos, a pesar del predominio masculino; sin embargo, las letalidades llegan a equipararse.
4. Dentro de los factores de riesgo asociados a la cardiopatía isquémica en el sexo femenino predominó la hipertensión arterial, el hábito de fumar y la obesidad. Esto más la mayor edad en el momento del ingreso pudiera explicar el equiparamiento de las mortalidades.
5. Las mujeres sin tratamiento trombolítico fallecen más que los hombres.

RECOMENDACIONES

1. Garantizar un mayor seguimiento en consulta de las pacientes menopáusicas y un mejor control y prevención de los factores de riesgo coronarios, con el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad por cardiopatía isquémica.
2. Incrementar la trombólisis en las mujeres, ya que ocupan un porcentaje elevado de los fallecidos excluidos, siendo las menos beneficiadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Anand SS, Xie CC, Mehta S, Franzosi MG, Joyner C, Chrolavicius S, *et al.* CURE Investigators. Differences in the management and prognosis of women and men who suffer from acute coronary syndromes. *J Am Coll Cardiol.* 2005; 46:1845-51.
2. Mata I, López-Bescós L, Heras M, Banegas JR, Marrugat J, Villar F, *et al.* Resultados y comentarios. En: *Cardiopatía isquémica en España. Análisis de la situación 2001.* Madrid : Ministerio de Sanidad y Consumo y Sociedad Española de Cardiología; 2001 .p.35.

3. Marrugat J, Elosúa R, Martí H. Epidemiología de la cardiopatía isquémica en España: Estimación del número de casos y de las tendencias entre 1997 y 2005. *Rev Esp Cardiol.* 2002; 55:337.
4. Bueno H, Bardají A, Fernández-Ortiz A, Marrugat J, Martí H, Heras M. Manejo del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST en España. Estudio DESCARTES (Descripción del Estado de los Síndromes Coronarios Agudos en un Registro Temporal Español). *Rev Esp Cardiol.* 2005; 58:244-52.
5. Talk T, Arun C. Combating cardiovascular disease in developing countries. *New World health.* 2001; 53.
6. Guadagnoli E, Beth Landrum M, Paterson EA, Martin T, Ryan T, Micnell BJ. Appropriateness of coronary angiography after myocardial infarction among medical beneficiaries. *The New Engl JM.* 2000; 343(20):1460-1.
7. Kesteloot H, Sans S, Kromhout D. Dynamics of cardiovascular and all-cause mortality in Western and Eastern Europe between 1970 and 2000. *Eur Heart J.* 2006; 27:107-13.
8. Methot J, Hamelin BA, Bogaty P, Arsenault M, Plante S, Poirier P. Does hormonal status influence the clinical presentation of acute coronary syndromes in women? *J Womens Health (Larchmt).* 2004.
9. Sweitzer NK, Douglas PS. Cardiovascular disease in women. En: Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Braunwald E, editores. *Braunwald's Heart Disease. A textbook of cardiovascular medicine.* Philadelphia: Elsevier Saunders; 2005.p.1951-64.
10. Shaw LJ, Vasey C, Sawada S, Rimmerman C, Marwick TH. Impact of gender on risk stratification by exercise and dobutamine stress echocardiography: long-term mortality in 4234 women and 6898 men. *Eur Heart J.* 2005; 26:447-56.
11. Cruz H, Cruz J. Infarto del miocardio. *Rev IMSS.* 2005; 32(6):507-11.
12. Ramos PO. Registro de infarto del miocardio. [TTR Cardiología] Hospital Provincial Saturnino Lora. Santiago de Cuba;1976.
13. Jenkins IS. Causes of higher in hospital mortality in women than in men after acute myocardial infarction. *The Am J of Cardiology.* 1994; 73(5):319- 22.
14. Burton ES. Infarto agudo del miocardio. 2003.
15. Hernández AC. Mortalidad por cardiopatía isquémica en Cuba. *Rev Cubana Card.* 2201; 13(1):8-9.
16. Olivera EA. [TTR Cardiología] Hospital Provincial Saturnino Lora. Santiago de Cuba 2000.
17. Serra MC. Infarto agudo del miocardio. Córdoba, Argentina 2001; 411:1224.

18. Vanden HP, Feskens JN, Magelkerke JD, Menotti A, Nissenen A. The relation between blood pressure and mortality due to coronary heart diseases among men in different parts of the world. *The New Engl JM*. 2000; 342(1):1.
19. Caudales PER, Acosta JJM, Palacios GA, Castillo GA, García BD. Prevalencia de hipertensión. *Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc*. 2001; 24(2):62-3.
20. Golostein JA, Dimetris D, Cindy L, Mark P, Mazen S, William W. Multiple complex coronary plaques. *The New Engl JM*. 2000; 343(13):915-6.
21. Jones T, Graig A. Blood pressure and death from coronary heart disease. *The New Engl JM*. 2000; 342(22):1675.
22. García MX, Kaski JC. Cardiopatía Isquémica: Marcadores de inflamación y riesgo cardiovascular: *Rev Cubana Medicina*. 2000; 36(2):120-1.
23. Céspedes CT, Sánchez SD. Algunos aspectos sobre el estrés oxidativo. *Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc*. 2000; 14(1):55-60.
24. Leyva GH, Ramírez RQ. Efectos de la rehabilitación cardíaca en pacientes isquémicos no sometidos a revascularización coronaria. *Arch Inst Cardiol Mex*. 2000; 70(6):552-60.
25. Paul R, Rifain N, Clearfield M, Downs JR, Stephen E, Miles S, *et al*. Measurement of C reactive protein for the targeting of statin therapy in the primary prevention of acute coronary events. *The New Engl JM*. 2001; 344(26):1959.
26. Bregieiro L, Helio de Lima F, Virginia RA. Identificacao dos factores de riesgo para doencas coronarianas em mulheres climatéricas. *Reprod Clim*. 2003; 14(4):190-4.

TABLA 1. GRUPO ETARIO Y SEXO.

GRUPO ETARIO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 40	9	1.9	16	3.6	25	5.5
40 - 49	57	12.1	69	15.8	126	27.9
50 - 59	114	24.2	134	30.7	248	54.9
60 - 69	112	23.7	116	26.6	228	50.3
70 y más	179	38.0	101	23.1	300	61.1
TOTAL	471	51.9	436	48.0	907	100

Fuente: Encuesta. $p < 0.01$

TABLA 2. FORMA CLINICA Y SEXO.

FORMAS CLINICAS	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Angina de pecho	223	24.5	168	18.6	391	43.1
Infarto	173	19.0	211	23.2	384	42.3
Arritmia	33	3.6	24	2.6	57	6.2
Insuficiencia cardíaca	31	3.4	25	2.7	56	6.1
Paro cardíaco	11	1.2	8	0.8	19	2.0
TOTAL	471	51.7	436	47.8	907	100

Fuente: Planilla de encuesta. $p < 0.05$

TABLA 3. LETALIDAD POR IAM Y SEXO.

LETALIDAD POR IAM	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Fallecidos	22	5.7	20	5.2	42	10.9

Fuente: Planilla de encuesta.

TABLA 4. FACTORES DE RIESGO DE LA CARDIOPATÍA ISQUEMICA Y SEXO.

FACTORES DE RIESGO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Hipertensión arterial	100	62.1	61	37.8	161	17.7
Hábito de fumar	17	35.4	31	64.5	48	5.2
Diabetes mellitus	80	69.5	35	30.4	115	12.6
Obesidad	51	71.8	20	28.1	71	7.8
Hipercolesterolemia	12	60.0	8	40.0	20	9.3
Otros	14	53.8	12	46.1	26	12.0
TOTAL	274	62.1	167	37.8	441	100

Fuente: Planilla de encuesta

TABLA 5. MORTALIDAD POSTROMBOLISIS Y SEXO.

TERAPEUTICA	SEXO	FALLECIDOS		VIVOS		TOTAL	
		No.	%	No.	%	No.	%
Trombólisis	Masculino	3	3.5	82	96.4	85	22.1
	Femenino	4	7.4	50	92.5	54	14.0
No trombólisis	Masculino	13	10.3	113	89.6	126	32.8
	Femenino	22	18.4	97	81.5	119	30.9
TOTAL		42	10.9	342	89.0	384	100

Fuente: Planilla de encuesta