

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESCUELA DE MEDICINA HUMANA**



**Características epidemiológicas y clínicas de la cardiopatía isquémica en  
mujeres, en un hospital de Chiclayo, 2019-2023**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**AUTOR**

**Anggy Shirley Ramos Becerra**

**ASESOR**

**Milagros Del Carmen Ochoa Medina**

<https://orcid.org/0000-0001-9918-9373>

**Chiclayo, 2025**

**Características epidemiológicas y clínicas de la cardiopatía  
isquémica en mujeres, en un hospital de Chiclayo, 2019-2023**

PRESENTADA POR

**Anggy Shirley Ramos Becerra**

A la Facultad de Medicina de la  
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo  
para optar el título de

**MÉDICO CIRUJANO**

APROBADA POR

Jesus Jacinto Custodio López  
PRESIDENTE

Luis Emanuel Fernández Otoyá  
SECRETARIO

Milagros Del Carmen Ochoa Medina  
VOCAL

## **Dedicatoria**

A mi madre Rocio, por su amor incondicional, por ser mi guía y mi mayor fuente de fortaleza. Gracias por tu sacrificio y por siempre creer en mí, incluso en los momentos más difíciles.

A mi hermano Anthony, por su confianza siempre en mis logros

A mis abuelas Dora y Erlinda, por sus enseñanzas, su sabiduría y su cariño.

A Paul, por su apoyo constante y su comprensión.

A mi abuelo Walter, por plantar en mí su amor por la medicina.

Y a mi fiel compañero de cuatro patas Buddy, por su compañía y su lealtad.

Gracias por estar siempre.

## **Agradecimientos**

A mi familia, por su amor incondicional, comprensión y apoyo perenne, a mi asesora por su paciencia y orientación y a mis docentes universitarios, por su dedicación y ser guía fundamental en mi formación profesional.

# Características epidemiológicas y clínicas de la cardiopatía isquémica en mujeres, en un hospital de Chiclayo, 2019-2023

## INFORME DE ORIGINALIDAD

9%

INDICE DE SIMILITUD

9%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="http://www.revcolcard.org">www.revcolcard.org</a> Fuente de Internet	1%
2	<a href="http://idoc.pub">idoc.pub</a> Fuente de Internet	1%
3	<a href="http://www.scielo.org.mx">www.scielo.org.mx</a> Fuente de Internet	1%
4	<a href="http://www.lagrannoticia.com">www.lagrannoticia.com</a> Fuente de Internet	1%
5	<a href="http://repositorio.ucv.edu.pe">repositorio.ucv.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="http://www.researchgate.net">www.researchgate.net</a> Fuente de Internet	<1%
7	Submitted to Universidad Dr. José Matías Delgado Trabajo del estudiante	<1%
8	M. Flores Hernán, C. Maicas Bellido, B. Santos González. "Manejo diagnóstico y terapéutico	<1%

## Índice

Resumen.....	6
Abstract.....	7
I. Introducción.....	8
II. Revisión de literatura.....	10
III. Materiales y métodos.....	16
IV. Resultados.....	18
V. Discusión.....	21
VI. Conclusiones.....	23
IX. Anexos:.....	30

## Resumen

**Objetivo:** Determinar las características clínicas y epidemiológicas de la cardiopatía isquémica en mujeres en el Hospital Regional Lambayeque entre marzo 2019 y marzo 2023. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo transversal y censal. El estudio incluyó un total de 70 historias clínicas recolectadas por muestreo censal que cumplieron con los criterios de inclusión donde se evidenciaban los factores de riesgo cardiovasculares, factores de riesgo únicos y las manifestaciones clínicas de las pacientes. **Resultados:** La mayoría de las pacientes tenía entre 60 y 70 años y presentaba factores de riesgo como hipertensión, sobrepeso y dislipidemia. Fue frecuente que algunas tuvieran infarto previo y ACV. Se observó una prevalencia notable de infarto sin elevación del ST. La presentación clínica fue variada, con síntomas típicos como disnea y otros atípicos, como molestias en el cuello y mandíbula, lo que resalta la importancia de un diagnóstico personalizado. **Conclusiones:** Se encontró que la mayoría de las pacientes afectadas se encontraban en el grupo de edad de 60 a 70 años y que los factores más relacionados con el riesgo de presentar un evento cardiovascular más frecuentes en las mujeres fueron la hipertensión arterial, el sobrepeso y la dislipidemia.

**Palabras clave:** Cardiopatía isquémica, Mujeres, Epidemiología, Características clínicas.

**Fuente:** DECS, BIREME

## Abstract

**Objective:** Determine the clinical characteristics of ischemic heart disease in women in the Lambayeque Regional Hospital between March 2019 and March 2023. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study, qualitative, and census. The study included a total of 80 medical records collected by census sampling, of which 70 met the inclusion criteria that included medical records where cardiovascular risk factors, unique risk factors, and the clinical manifestations of the patients were evident. **Results:** Most of the patients were between 60 and 70 years old and had risk factors such as hypertension, overweight, and dyslipidemia. It was common for some to have had a previous heart attack and stroke. A notable prevalence of non-ST elevation myocardial infarction was observed. The clinical presentation was varied, with typical symptoms such as disnea and other atypical ones, like discomfort in the neck and jaw, highlighting the importance of a personalized diagnosis. **Conclusions:** It was found that most of the affected patients were in the age group of 60 to 70 years, and the factors most related to the risk of having a cardiovascular event more frequently in women were hypertension, overweight, and dyslipidemia.

**Keywords:** Ischemic heart disease, Women, Epidemiology, Clinical characteristics.

**Source:** MESH, NLM

## I. Introducción

A nivel mundial, las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte mundial, con 17,9 millones de fallecimientos anuales, y más del 80% de estas muertes se deben a la cardiopatía coronaria y los accidentes cerebrovasculares. Aproximadamente una tercera parte de las muertes por ECV son prematuras, afectando a personas menores de 70 años. El 80% de las muertes por ECV ocurren en países subdesarrollados, afectando tanto a hombres como a mujeres.<sup>1,2</sup>

En las Américas las ECV representan la principal causa de mortalidad, ocasionando 2 millones de fallecimientos cada año, de los cuales más del 75% se registran en países de ingresos bajos y medios.<sup>3</sup> En el Perú, en 2020, el 41,1% de las personas mayores de 15 años presentó un riesgo cardiovascular muy alto, siendo este más prevalente en las mujeres, con un 60,1%, y en la población de 60 años o más.<sup>4</sup>

La cardiopatía isquémica es una afección del corazón que ocurre cuando el suministro de oxígeno al músculo cardíaco no satisface sus necesidades, generalmente debido al estrechamiento o bloqueo de las arterias coronarias por aterosclerosis. Esta enfermedad puede manifestarse de forma crónica y estable o aguda, como en el caso del síndrome coronario agudo, y también puede originarse por alteraciones en la microcirculación o un aumento en la demanda de oxígeno.<sup>5,6</sup>

En las mujeres, la cardiopatía isquémica (CI) presenta características adicionales, las cuales hacen que los síntomas sean menos típicos y difíciles de diagnosticar, ya que ellas presentan dolor en áreas no clásicas. Las diferencias anatómicas, clínicas y terapéuticas entre hombres y mujeres en la cardiopatía isquémica son notables. Anatómicamente, las mujeres tienen corazones más pequeños, lo que dificulta la detección de áreas con perfusión reducida en pruebas como la SPECT (Tomografía por Emisión de Fotón Único). Clínicamente, presentan una mayor prevalencia de enfermedad coronaria no obstructiva, disfunción microvascular vasoespasmos y disección de arterias coronarias, lo que complica el diagnóstico con métodos tradicionales como el ECG (Electrocardiograma) de esfuerzo, que tiene menor precisión en ellas. Terapéuticamente, las mujeres reciben menos intervenciones invasivas en el síndrome coronario agudo, a pesar de tener un

riesgo elevado, y los factores de riesgo como diabetes tipo 2 (DM2) y tabaquismo afectan más a las mujeres, lo que aumenta su vulnerabilidad a la CI.<sup>5-8</sup>

En 1990, la Dra. Bernardine Healy, quién fue la primera mujer en dirigir los institutos nacionales de salud de los EUA, propuso el término de “síndrome de Yentl” el cual se refiere a la desigualdad en la atención médica hacia las mujeres. Tradicionalmente, la medicina ha tenido un enfoque androcentrista, basado en estudios predominantemente masculinos, lo que ha llevado a la subestimación de los síntomas y a diagnósticos erróneos en las mujeres. Aunque la cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte en ambos sexos, las mujeres suelen presentar síntomas atípicos, como dolor no clásico o malestar general, que no se reconocen como signos de problemas cardíacos. Esto genera un retraso en su tratamiento, ya que a menudo se les diagnostica erróneamente con trastornos psicológicos o no coronarios. Además, factores como la depresión y el estrés emocional tienen un mayor impacto en las mujeres, aumentando su riesgo cardiovascular. La falta de investigaciones centradas en el género ha perpetuado estas desigualdades, resultando en un mayor número de complicaciones y mortalidad en mujeres que sufren infartos.<sup>9-11</sup> Los estudios revisados revelan que las mujeres experimentan retrasos en la atención médica y un manejo diferente de la enfermedad cardiovascular en comparación con los hombres. Estos retrasos, como el tiempo hasta el primer contacto médico y la realización de pruebas, se deben a prejuicios de género y la presentación atípica de los síntomas, que se asocian a veces con afecciones no cardíacas. Además, reciben menos intervenciones invasivas y terapéuticas que los hombres, lo que refleja una posible disparidad en el diagnóstico y tratamiento. Las mujeres suelen tener un perfil de mayor vulnerabilidad, con más comorbilidades, pero a menudo sus síntomas cardíacos no se diagnostican a tiempo. Estas desigualdades pueden tener consecuencias negativas para la salud cardiovascular de las mujeres, destacando la necesidad de una atención más equitativa.<sup>12</sup>

Las enfermedades cardiovasculares representan la principal causa de mortalidad a nivel mundial, tanto en hombres como en mujeres, y en el Perú constituye la primera causa de muerte con tasas más altas en las zonas urbanas y costeras, y significativamente más bajas en la región selva., considerándose un problema de salud pública,<sup>13,14</sup> sin embargo, las mujeres con síndrome coronario agudo son

las que reciben tratamiento más tardíamente que los hombres, debido a que los profesionales sanitarios las evalúan con el perfil clínico característico de los hombres, lo cual conlleva a la dificultad de que una mujer se considere población de riesgo y se reconozcan los síntomas de un infarto de miocardio, por consecuencia el abordaje diagnóstico y terapéutico deberían poder abarcar las diferencias clínicas entre ambos sexos, por lo que, tanto el tratamiento como el pronóstico serían diferentes.<sup>11</sup>

Este trabajo de investigación destaca la importancia de profundizar en el estudio de la cardiopatía isquémica en mujeres, una condición que sigue siendo mal entendida y subdiagnosticada en esta población. Aunque la muestra estudiada no haya sido amplia, los hallazgos son relevantes para comprender mejor cómo se presenta esta enfermedad en las mujeres, una población frecuentemente excluida de los estudios clínicos y epidemiológicos en cardiología. También pone en evidencia la necesidad de continuar explorando los factores que influyen en la manifestación de la cardiopatía isquémica en mujeres, ya que los síntomas tienden a ser diferentes y más sutiles en comparación con los hombres. Esto subraya la importancia de investigar a fondo cómo se presenta la enfermedad, qué factores de riesgo son más prevalentes y cómo se deben ajustar los enfoques de diagnóstico y tratamiento para ellas. Este tipo de investigación contribuye a llenar un vacío en el conocimiento sobre las particularidades de la enfermedad en mujeres y resalta la necesidad de más estudios que aborden esta brecha.

Por consiguiente, con la información disponible en la presente investigación, el objetivo general es determinar las características clínicas y epidemiológicas de la cardiopatía isquémica en mujeres en el Hospital Regional Lambayeque entre marzo 2019 y marzo 2023. Y los objetivos específicos son determinar las características epidemiológicas de la cardiopatía isquémica en mujeres en el Hospital Regional Lambayeque entre marzo 2019 y marzo 2023 y determinar las características clínicas de la cardiopatía isquémica en mujeres en el Hospital Regional Lambayeque entre marzo 2019 y marzo 2023.

## **II. Revisión de literatura**

La cardiopatía isquémica tiene marcadas diferencias debidas al sexo, entre ellas tenemos a: los factores de riesgo, la fisiopatología, el espectro clínico, el

diagnóstico y el tratamiento, las cuales nos permiten observar una diferencia en el manejo diagnóstico y terapéutico entre hombres y mujeres.<sup>11,12</sup>

## A. Antecedentes

### **Antecedentes internacionales**

**Baztán A., et al., en el 2023**, en Florida, menciona que realizaron un estudio entre 2015 y 2019, en el cual se identificaron características clínicas y epidemiológicas relevantes en mujeres diagnosticadas con síndrome coronario agudo (SCA), se mostró que el 49% de las participantes, con una edad promedio de 75 años, presentaron los síntomas típicos del SCA, como dolor torácico opresivo, alivio del dolor con nitroglicerina y dolor relacionado con el esfuerzo. Un 19% de las mujeres no presentó ninguno de estos síntomas clásicos, lo que sugiere una manifestación atípica de la enfermedad. Además, se registraron síntomas menos frecuentes, como debilidad y epigastralgia, en un pequeño porcentaje de las participantes.<sup>15</sup>

**Torre L., et al., en el 2024**, Cuba, realizaron un estudio entre 2016 y 2020, en el cual se analizaron los factores relacionados con las complicaciones cardiovasculares intrahospitalarias en pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA). La investigación incluyó a 836 pacientes, de los cuales el 42% fueron mujeres. La mediana de edad de las mujeres fue de 73 años y los factores de riesgo más comunes en las mujeres fueron la HTA y la DM2, con una prevalencia superior a la de los hombres. Los hombres, por su parte, presentaron mayor prevalencia de tabaquismo. También se identificó que la edad, los niveles elevados de creatinina y el diagnóstico de SCA con elevación del segmento ST (SCACEST) fueron factores que aumentaron el riesgo de complicaciones cardiovasculares intrahospitalarias, con un riesgo relativo significativo en el caso de las mujeres.<sup>16</sup>

**Gámez J., et al., en el 2016**, en España, en el SIRENA (Sistema de Registro de Enfermedad Arterial Coronaria en Mujeres), se analizó a 631 mujeres con cardiopatía isquémica estable con el objetivo de evaluar su perfil clínico, factores de riesgo y tratamiento. La edad promedio de las participantes fue de 68,5 años, y la prevalencia de factores de riesgo como hipertensión (77,7%), diabetes (40,7%) y dislipidemia (68%) fue alta. A pesar de que la

mayoría de las pacientes recibieron tratamiento médico adecuado, el control de estos factores de riesgo fue insuficiente, con un 30,7% de las pacientes con hipertensión no controlada y un 49,2% con mala regulación de la glucosa.<sup>17</sup>

### **Antecedentes Nacionales**

**Hurtado E., et al., en el 2019**, en Chiclayo, realizaron un estudio descriptivo transversal para determinar la frecuencia de factores de riesgo cardiovasculares en pacientes con Síndrome coronario agudo (SCA) en 100 pacientes, en el cual el 31% eran mujeres, con una edad promedio de 69.90 años. El 29.03% de ellas presentaron IAMCEST y el 70.97% IAMSEST. El 21.7% tenían hipertensión, de las cuales el 73.9% estaban controladas. La edad avanzada ( $\geq 65$  años) fue un factor de riesgo en el 78% de las mujeres. El 50% de las pacientes presentaban obesidad abdominal y el 50.5% eran sedentarias.<sup>18</sup>

**Zuni K., et al., en el 2019**, en Lima, estudiaron a 83 pacientes para determinar su riesgo cardiovascular y de acuerdo con los resultados proporcionados, el 53% de los encuestados eran mujeres, con una edad promedio de 54.5 años. En este grupo, el 39.8% eran adultas mayores. El IMC promedio fue de 25.8, y el ICC afectó principalmente a las mujeres (54%). El antecedente familiar más común fue el infarto agudo de miocardio (38.5%), y la enfermedad personal más prevalente fue la diabetes mellitus (65.6%). El 21.7% padecían hipertensión, con un 73.9% controladas, aunque el 34.8% presentaban HTA no controlada.<sup>19</sup>

## **B. Marco Teórico**

Los factores de riesgo cardiovascular tradicionales son similares en ambos géneros, y su prevalencia influye en el desarrollo de la aterosclerosis, que puede obstruir las arterias coronarias y causar isquemia miocárdica, infarto agudo de miocardio (IAM) y otros eventos cardiovasculares. Entre estos factores, el tabaquismo es especialmente relevante en mujeres menores de 50 años, ya que la nicotina desensibiliza los receptores endoteliales, lo que provoca inflamación crónica y aumenta el riesgo de síndromes coronarios agudos. Este riesgo es aún mayor en mujeres que toman anticonceptivos

orales, debido a su efecto procoagulante. Además, las mujeres presentan diferencias en la manifestación y el pronóstico de los MACE (eventos cardiovasculares), que incluyen infarto agudo de miocardio (IAM), accidente cerebrovascular (ACV), insuficiencia cardíaca, revascularización coronaria y muerte cardiovascular. En comparación con los hombres, las mujeres tienen mayor probabilidad de desarrollar insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada y una respuesta inflamatoria más intensa tras un evento isquémico, lo que puede influir en su recuperación y en la incidencia de complicaciones. Asimismo, presentan mayor riesgo de enfermedad microvascular coronaria, que puede pasar desapercibida en estudios angiográficos tradicionales, dificultando el diagnóstico y tratamiento oportuno.<sup>5,6,8,20,21</sup>

Aunque las mujeres jóvenes suelen tener perfiles lipídicos favorables, los niveles de colesterol aumentan después de la menopausia, a diferencia de los hombres, cuyos niveles permanecen estables. La lipoproteína VLDL (lipoproteínas de muy baja densidad) favorece la aterosclerosis, mientras que la HDL (lipoproteínas de alta densidad) protege contra ella. Los niveles elevados de triglicéridos y HDL aumentan el riesgo de enfermedades coronarias, mientras que la lipoproteína-A también está vinculada a un mayor riesgo de IAM.<sup>20</sup>

La hipertensión es una de las principales causas de enfermedades cardiovasculares, especialmente en mujeres que usan anticonceptivos orales, son obesas o están en la tercera edad. Este factor incrementa el riesgo de eventos como ACV e insuficiencia cardíaca. La diabetes tipo 2 (DM2) también presenta un mayor riesgo en mujeres, ya que el 75-80% de las pacientes con esta condición morirán de enfermedades cardiovasculares, y la mortalidad en mujeres diabéticas es hasta siete veces mayor que en los hombres.<sup>5,6,8,20</sup>

La obesidad, definida por un índice de masa corporal superior a 27,3, está estrechamente relacionada con niveles elevados de triglicéridos, colesterol LDL y presión arterial alta, lo que aumenta significativamente el riesgo cardiovascular.<sup>20</sup>

Los FRCV únicos de las mujeres incluyen varias condiciones que afectan su salud cardiovascular de manera particular. Entre ellos, tenemos la menopausia precoz, que implica la pérdida temprana de estrógenos, se asocia con un aumento del riesgo cardiovascular, ya que la disminución de esta hormona protege habitualmente el corazón. Además, la diabetes gestacional representa un factor de riesgo significativo, ya que las mujeres que la experimentan tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares en el futuro. Otra condición relevante es la hipertensión inducida por el embarazo, que puede generar un riesgo a largo plazo de hipertensión crónica y enfermedades del corazón. Las mujeres que padecen preeclampsia o eclampsia durante el embarazo también enfrentan un mayor riesgo cardiovascular, ya que estas complicaciones están relacionadas con el desarrollo de enfermedades del corazón en etapas posteriores de la vida. Adicionalmente, las enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico (LES) y la artritis reumatoide (AR) aumentan el riesgo debido a la inflamación crónica que estas patologías provocan en el cuerpo, lo que favorece el desarrollo de aterosclerosis. Por último, el síndrome de ovario poliquístico (SOP), que se caracteriza por una desregulación hormonal, también eleva el riesgo cardiovascular, ya que se asocia con alteraciones metabólicas y hormonales que afectan la salud del corazón.<sup>21,22</sup>

En las mujeres, la enfermedad coronaria no se limita solo a las estenosis ateroscleróticas en las arterias epicárdicas, sino que también involucra disfunción en la microcirculación coronaria, lo que puede causar isquemia miocárdica crónica, IAM y miocardiopatía inducida por estrés.<sup>5,6,8</sup>

En el 2014, la Asociación Americana del Corazón propuso un algoritmo clínico que evalúa dos patrones: la isquemia inducible por estenosis significativa y la isquemia miocárdica por disfunción vascular coronaria en enfermedad coronaria no obstructiva, destacando la importancia de clasificar el riesgo cardiovascular de las mujeres con placas no obstructivas como elevado.<sup>6</sup>

La menopausia y su relación con el riesgo cardiovascular es un tema complejo que involucra múltiples factores biológicos y hormonales. Durante la fase reproductiva, las mujeres gozan de cierta protección contra las

enfermedades cardiovasculares debido al efecto protector de las hormonas endógenas, que impactan diversos sistemas, como el cardiovascular, el metabólico y el nervioso. Sin embargo, con la llegada de la menopausia, la disminución de los estrógenos provoca alteraciones en la función vascular, el perfil lipídico y el metabolismo, aumentando el riesgo de enfermedades cardíacas. Además, factores como la menopausia precoz o la insuficiencia ovárica prematura incrementan significativamente este riesgo. Los estudios han demostrado que la terapia de reemplazo hormonal (TRH) puede tener efectos protectores si se administra en el momento adecuado, preferiblemente en mujeres menores de 60 años o dentro de los 10 primeros años después de la menopausia, lo que podría reducir la mortalidad cardiovascular y los eventos coronarios. Sin embargo, en mujeres mayores de 60 años o con más de 10 años de menopausia, la TRH podría tener efectos negativos, como el aumento del riesgo de trombosis o la progresión de placas ateroscleróticas. Esta dualidad en los efectos de la terapia hormonal ha generado controversia y continúa siendo un tema de debate en la medicina cardiovascular.<sup>23,24</sup>

En la presentación clínica, se ha evidenciado que las mujeres tienen menos probabilidades de presentar dolor precordial, pero tienden experimentar dolor en el cuello, mandíbula y omóplatos, palpitaciones, náuseas o vómitos, fatiga, disnea, mareos y síncope. También se ha reportado como síntoma frecuente el dolor torácico atípico que se caracteriza por un dolor agudo o punzante, a menudo descrito de manera diferente a la presión o el aplastamiento típicos del dolor precordial.<sup>25</sup> Estas manifestaciones inespecíficas son debido a que las enfermedades coronarias se desarrollan de 5 a 10 años más tarde en las mujeres que en los varones, siendo a esa edad menos específicos.<sup>8</sup>

La atención de la CI en mujeres debe ser personalizada según el riesgo y la edad, sin embargo, la evidencia muestra que las mujeres suelen retrasar la solicitud de asistencia sanitaria debido a factores socioculturales, como las responsabilidades familiares, y psicoemocionales, como el temor a ser una carga para sus familiares. Este retraso no se debe a una falta de conocimiento o incorrecta percepción de la enfermedad, sino a una actitud consciente influenciada por el contexto social. A su vez, los profesionales de la salud no siempre son conscientes de esta demora y tienden a tratar a las mujeres con

un enfoque menos agresivo, basándose en la creencia errónea de que ellas cuidan más de su salud que los hombres. Este sesgo genera una actuación médica menos invasiva en las mujeres, lo que puede afectar negativamente su recuperación y evolución. Además, persisten prejuicios como la idea de un mayor nivel emocional en las mujeres con CI, lo que refuerza las desigualdades de género en su tratamiento y afecta la eficacia de la atención médica.<sup>26,27</sup>

### III. Materiales y métodos

#### 1. Escenario

Hospital Regional Lambayeque, de nivel III-1 de complejidad.

#### 2. Diseño de estudio

Investigación descriptiva, transversal y censal.

#### 3. Población

- **Población diana:** Todas las historias clínicas de pacientes mujeres con diagnóstico de cardiopatía isquémica aguda que fueron hospitalizadas en el Hospital Regional Lambayeque, entre marzo del 2019- marzo del 2023.
- **Población accesible:** Historias clínicas de pacientes mujeres con diagnóstico de cardiopatía isquémica que fueron hospitalizadas en el Hospital Regional Lambayeque, entre marzo del 2019- marzo del 2023.
- **Población elegible:** Historias clínicas de pacientes mujeres con diagnóstico de cardiopatía isquémica que fueron hospitalizadas en el Hospital Regional Lambayeque, entre marzo del 2019- marzo del 2023 que cumplan con los criterios de inclusión, pero no los de exclusión.

#### 4. Criterios de inclusión

- Historias clínicas de las pacientes mujeres con diagnóstico de cardiopatía isquémica que contengan datos de factores de riesgo, resultados de ECG y manifestaciones clínicas que fueron hospitalizadas en el Hospital Regional Lambayeque, desde marzo del 2019 hasta marzo del 2023.

#### 5. Criterios de exclusión

- Historias clínicas de pacientes varones con o sin diagnóstico de Infarto agudo de miocardio.

- Historias clínicas de las pacientes mujeres con diagnóstico de cardiopatía isquémica aguda con historias clínicas incompletas o ilegibles.

## **6. Muestra y muestreo**

El presente estudio incluyó un total de 70 historias clínicas recolectadas mediante muestreo censal considerando a toda la población, correspondiente a las historias clínicas que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

## **7. Técnica de recolección de datos**

Tras la revisión, evaluación y aprobación del proyecto por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo y la dirección del hospital, la información se recopiló utilizando la ficha de recolección de datos, diseñada con base en las variables del estudio y los criterios mencionados.

## **8. Plan de procesamiento y análisis de datos**

Los datos registrados en la ficha fueron trasladados a una hoja de cálculo en Microsoft Excel para su posterior análisis estadístico.

La normalidad de la muestra se verificó mediante la prueba de Shapiro-Wilk, con la hipótesis nula de que la distribución era normal y la hipótesis alterna de que no lo era. Los datos recolectados se organizaron y procesaron empleando Microsoft Excel 2019. Como resultado, la muestra final constó de 70 historias clínicas que cumplían con los criterios de selección. Los datos recopilados fueron utilizados exclusivamente para los fines de la investigación y eliminados tras su conclusión.

## **9. Aspectos éticos**

Para dar comienzo a la recolección de la información, el proyecto fue evaluado y aceptado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Se obtuvo la información a partir de las historias clínicas teniendo en cuenta la ficha de recolección de datos (ANEXO 02). Los datos compilados fueron trasladados a una hoja de cálculo Excel para el análisis estadístico y solo la investigadora tuvo acceso a la base de datos, la cual fue eliminada tras el procesamiento de los datos.

#### IV. Resultados

Se evaluaron las características clínicas y epidemiológicas de la cardiopatía isquémica en mujeres atendidas en el Hospital Regional Lambayeque entre marzo de 2019 y marzo de 2023. Acerca de las características epidemiológicas encontramos que cerca de la mitad de las pacientes que padecía de cardiopatía isquémica tenía entre 60 y 70 años (49%), mientras que las mujeres entre 43 y 60 años representaron el 40% de la muestra. (Tabla 01)

**Tabla 1. Mujeres con diagnóstico de cardiopatía isquémica aguda según grupo etario, del Hospital Regional Lambayeque durante marzo 2019-marzo 2023**

<b>Variable</b>	<b>N = 70</b>
Edad (Intervalos)	
<60	28 (40%)
>70	8 (11%)
60-70	34 (49%)
Mediana (rango intercuartílico)	63 (55, 68)

Entre los factores de riesgo cardiovascular tradicionales, encontramos que los más frecuentes fueron la hipertensión arterial (81%), sobrepeso (80%) y dislipidemia (80%). Se observó que las pacientes que tienen entre 60 y 70 años, el 88% tenía dislipidemia, mientras que, las que tenían entre 43 y 60 años, solamente el 79% tenía esta condición.

Con respecto a los factores únicos de riesgo, la prevalencia de terapia hormonal (7.1%), síndrome de ovario poliquístico (7.1%) y antecedentes de menopausia precoz (4.3%) en mujeres con cardiopatía isquémica sugiere una leve influencia de los factores hormonales en su salud cardiovascular. La diabetes gestacional (4.3%) y la preeclampsia (2.9%) fueron reportadas en un porcentaje menor de las pacientes.

**Tabla 2. Factores de riesgo tradicionales y únicos en mujeres con diagnóstico de cardiopatía isquémica aguda, en el Hospital Regional Lambayeque durante marzo 2019- marzo 2023**

<b>Variabales</b>	<b>N = 70</b>
<b>Factores de riesgo cardiovascular</b>	
<b>Tradicionales</b>	
Hipertensión Arterial	57 (81%)
Dislipidemia	56 (80%)
Sobrepeso	56 (80%)
Enfermedad Renal Crónica (ERC)	8 (11%)
Diabetes Mellitus	6 (8.6%)
Tabaquismo	4 (5.7%)
<b>Factores de riesgo único</b>	
Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP)	5 (7.1%)
Terapia hormonal	5 (7.1%)
Menopausia precoz	3 (4.3%)
Diabetes Gestacional	3 (4.3%)
Preeclampsia	2 (2.9%)
Menarquia precoz	1 (1.4%)

En cuanto a la frecuencia de los eventos cardiovasculares mayores (MACE) previos en los pacientes, el infarto agudo de miocardio y el accidente cerebrovascular fueron los eventos más comunes, con una frecuencia del 7.1% en ambos casos (5 pacientes cada uno). Le siguieron la enfermedad coronaria estable y el Stent coronario previo, con una frecuencia del 5.7% (4 pacientes cada uno). La cirugía coronaria previa se presentó en un 4.3% de los pacientes (3 personas), y la falla cardíaca crónica fue el evento menos frecuente, con solo un 1.4% de los pacientes (1 persona). Estos resultados indican que los infartos agudos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares fueron los MACE más prevalentes entre los participantes del estudio. (Tabla 3)

**Tabla 3. Eventos cardiovasculares mayores (MACE) en mujeres con diagnóstico de cardiopatía isquémica aguda, en el Hospital Regional Lambayeque durante marzo 2019- marzo 2023.**

<b>Variable</b>	<b>N = 70</b>
-----------------	---------------

**MACE**

Infarto agudo de miocardio previo	5 (7.1%)
Accidente cerebrovascular (ACV)	5 (7.1%)
Enfermedad coronaria estable	4 (5.7%)
Falla cardíaca crónica	4 (5.7%)
Cirugía coronaria previa	3 (4.3%)
Stent coronario previo	1 (1.4%)

En cuanto a los hallazgos en el electrocardiograma, se observó que un 77.1% de las mujeres presentó un infarto sin elevación del ST, lo que resalta una forma más común y menos dramática de presentación de la cardiopatía isquémica en mujeres en comparación con el infarto con elevación del ST (22.9%). Esto es relevante porque el infarto sin elevación del ST puede ser más difícil de identificar inicialmente, lo que podría llevar a un retraso en el diagnóstico. Las mujeres con infarto sin elevación del ST generalmente tienen un peor pronóstico a largo plazo debido a que la isquemia miocárdica puede ser menos evidente en los exámenes iniciales.

La presentación clínica de las pacientes en este estudio muestra una gran variedad de síntomas, la mayoría presentó disnea (40%), un 30% de las pacientes experimentaron dolor precordial y un 36% molestias en el cuello, mandíbula, hombros o la parte superior del vientre, síntomas menos específicos y, por lo tanto, más difíciles de identificar como indicativo de enfermedad coronaria. Otros síntomas importantes fueron los de aturdimiento o mareos (23%) y el síncope (14%). El dolor atípico fue reportado solo en el 2.9% de las pacientes. Finalmente, los síntomas de acidez estomacal (21%) en varias pacientes también deben ser resaltados.

**Tabla 4. Presentación clínica en mujeres con diagnóstico de cardiopatía isquémica aguda, en el Hospital Regional Lambayeque durante marzo 2019-marzo 2023**

<b>Variables</b>	<b>N = 70</b>
<b>Clasificación del IAM</b>	
Sin elevación del ST	54 (77.1%)

Con elevación del ST	16 (22.9%)
<b>Síntomas de Inicio</b>	
Disnea	28 (40%)
Dolor precordial	21 (30%)
Síncope	10 (14%)
Paro cardíaco	5 (7.1%)
Dolor atípico	2 (2.9%)
<b>Manifestaciones inespecíficas</b>	
Molestias en el cuello, la mandíbula, los hombros o la parte superior del vientre	25 (36%)
Aturdimiento o mareos	16 (23%)
Acidez estomacal	15 (21%)

## V. Discusión

Los resultados obtenidos en relación con la edad coinciden con los de un estudio realizado en España, donde se observó un incremento en la tasa de cardiopatía isquémica en mujeres a partir de los 60 años. En dicho estudio, la edad media para la aparición del evento coronario fue de 70,5 años.<sup>28</sup>

La hipertensión y la dislipidemia se presentan como los factores de riesgo cardiovascular con mayor morbilidad atribuida en las mujeres de este estudio, coincidiendo con los hallazgos de una investigación realizada en un hospital de España, donde se identificó que las mujeres que sufrieron un evento coronario presentaron una mayor prevalencia de hipertensión arterial y con niveles de colesterol total fueron más elevados en comparación con los varones, el 90,9% de la población femenina sufría de hipertensión y 92,3% presentaba dislipidemia.<sup>28</sup> En un estudio realizado en un hospital de Cuba se el 76.5% de las pacientes presentaron hipertensión arterial considerándose como el mayor predictor de enfermedad coronaria. La enfermedad renal crónica (ERC), que afectó al 11% de las pacientes, es otro factor frecuente en la patogénesis de la cardiopatía isquémica. La comorbilidad entre enfermedades renales y cardiovasculares es bien conocida, ya que ambas condiciones están estrechamente relacionadas, y la presencia de ERC puede agravar la insuficiencia cardíaca y otras complicaciones asociadas con la isquemia miocárdica.<sup>29</sup>

Aunque el porcentaje de incidencia de terapia hormonal, menopausia precoz y síndrome de ovario poliquístico no es elevado, la ausencia de estos datos en la historia clínica puede representar una limitación en la evaluación integral del riesgo cardiovascular en mujeres con cardiopatía isquémica. La pérdida de estrógenos en la menopausia es un factor de riesgo bien establecido para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, lo que resalta la importancia de monitorear a las mujeres que atraviesan esta fase de la vida. El SOP está asociado con resistencia a la insulina y dislipidemias, y está vinculado con un mayor riesgo de aterosclerosis y otras patologías cardiovasculares, por lo que su presencia en estas mujeres podría haber contribuido a su riesgo cardiovascular. La diabetes gestacional y la preeclampsia, aunque reportadas en un porcentaje menor de pacientes, son factores de riesgo reconocidos para el desarrollo posterior de enfermedades cardiovasculares en mujeres. Esto pone de relieve la importancia de un seguimiento estrecho en mujeres con estos antecedentes.<sup>26,27</sup>

En México, se realizó un estudio en 135 pacientes de un hospital que presentaron dolor torácico, se observó que el 36.2% de las mujeres presentaron MACE, lo que representa una menor incidencia en comparación con los hombres, cuyo porcentaje fue del 55.8%. Entre los MACE más comunes en las mujeres, se destacó el IMA. En este estudio los MACE más frecuentes fueron el IMA y el ACV, coincidiendo en parte con estudios previos realizados en poblaciones mixtas, aunque con una mayor prevalencia en los hombres. En dichos estudios, los MACE fueron más comunes en los hombres, con un 55.8% de incidencia frente al 36.2% en las mujeres, lo que sugiere una mayor vulnerabilidad cardiovascular en los hombres comparado con las mujeres en el contexto general.<sup>30</sup>

En este estudio la disnea fue el síntoma más común (40%), seguida por molestias en cuello, mandíbula, hombros o parte superior del vientre (36%) y dolor precordial (30%). Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar la disnea y las molestias en la parte superior del cuerpo como síntomas potencialmente relevantes de enfermedad coronaria en mujeres, incluso en ausencia de dolor torácico. Otros síntomas relevantes incluyeron aturdimiento o mareos y síncope. La baja frecuencia de dolor atípico podría explicarse por la dificultad en su

definición y reconocimiento. Un metaanálisis reciente de 27 estudios con más de un millón de pacientes con diagnóstico de SCA destacó que las mujeres tienen un 30% menos de probabilidades de experimentar dolor torácico tipo opresivo, el cual es a menudo el síntoma principal que lleva a las personas a buscar atención médica. El estudio revela que las mujeres son más propensas a experimentar una variedad de síntomas que a menudo se consideran "atípicos" o "inespecíficos". Estos incluyen dolor entre los omóplatos, dolor de cuello, palpitaciones, dolor de mandíbula, náuseas o vómitos, fatiga, dificultad para respirar, mareos o aturdimiento y síncope. La probabilidad de experimentar estos síntomas es variable, pero en general, las mujeres tienen entre 1,24 y 2,15 veces más probabilidades de presentar estos síntomas en comparación con los hombres.<sup>25</sup>

El perfil clínico y epidemiológico de las mujeres con cardiopatía isquémica en este estudio subraya la complejidad de la enfermedad en este grupo de pacientes. La presencia de factores de riesgo como la enfermedad renal crónica, el síndrome de ovario poliquístico y antecedentes reproductivos, como la menopausia precoz, resalta la necesidad de un enfoque multidisciplinario en el diagnóstico y tratamiento de estas mujeres. La presentación clínica, que incluye síntomas típicos como la disnea y atípicos como molestias en el cuello y la mandíbula, debe ser cuidadosamente evaluada para evitar diagnósticos erróneos o tardíos.

La variedad de síntomas y la prevalencia de formas de presentación como el infarto sin elevación del ST resaltan la importancia de realizar un diagnóstico exhaustivo, utilizando no solo el ECG, sino también otros estudios complementarios para detectar la cardiopatía isquémica en sus diversas manifestaciones. El enfoque clínico debe ser personalizado, teniendo en cuenta los factores de riesgo y las características individuales de cada paciente.

## **VI. Conclusiones**

- Los resultados obtenidos muestran que la edad es un factor clave en la prevalencia de la cardiopatía isquémica, lo que destaca la importancia de la edad como un factor determinante para el diagnóstico y la prevención de la enfermedad, especialmente en mujeres mayores de 60 años.

- Los resultados de este estudio muestran que las características clínicas de la cardiopatía isquémica en mujeres están fuertemente asociadas a factores de riesgo cardiovascular tradicionales como la hipertensión arterial, el sobrepeso y la dislipidemia, que fueron los más comunes en las pacientes de este estudio. Respecto a los eventos adversos cardiovasculares, se observó que varias pacientes ya habían experimentado infarto agudo de miocardio previo. En cuanto a los factores de riesgo únicos, si bien la terapia hormonal y el síndrome de ovario poliquístico no tuvieron un impacto significativo, fueron los más frecuentes dentro de este grupo. La presentación clínica de las pacientes mostró una variedad de síntomas, entre los que se destacaron la disnea y el dolor torácico atípico. También se observó una mayor frecuencia de infartos sin elevación del segmento ST.

## **VII. Recomendaciones**

Es fundamental implementar programas de prevención específicos para esta franja etaria. Estos programas deben incluir evaluaciones periódicas de factores de riesgo como hipertensión arterial, dislipidemia y diabetes, así como la promoción de hábitos saludables. Además, las campañas de concientización deben centrarse en el reconocimiento temprano de los síntomas atípicos de la cardiopatía isquémica, como disnea y molestias en el cuello, mandíbula o parte superior del abdomen, para mejorar la detección temprana y reducir la mortalidad. Se recomienda un enfoque multidisciplinario que involucre a cardiólogos, endocrinólogos, nefrólogos y otros especialistas para el manejo de esta enfermedad. Este enfoque debe incluir la medición y control estrictos de la presión arterial y los lípidos, así como el tratamiento oportuno de comorbilidades como la diabetes mellitus y la enfermedad renal crónica.

Por último, se recomienda mejorar el registro de los antecedentes patológicos en la historia clínica de las mujeres con cardiopatía isquémica, incorporando de manera sistemática factores de riesgo únicos, como antecedentes gineco-obstétricos, uso de terapia hormonal y presencia de condiciones como el síndrome de ovario poliquístico. Esto permitiría una evaluación más integral del riesgo cardiovascular y facilitaría un diagnóstico más preciso. Además, es fundamental

capacitar al personal de salud sobre las particularidades de la cardiopatía isquémica en mujeres y fomentar el uso de técnicas diagnósticas avanzadas para optimizar la detección y el manejo de la enfermedad en este grupo de pacientes.

## VIII. Referencias Bibliográficas

1. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, Deo R, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2017 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation* [Internet]. 2017 Mar 7;135(10). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5408160/>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades cardiovasculares [Internet]. [www.who.int](http://www.who.int). Disponible en: [https://www.who.int/es/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1)
3. Organización Panamericana de la Salud. Las enfermedades del corazón siguen siendo la principal causa de muerte en las Américas - OPS/OMS. [Internet]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/29-9-2021-enfermedades-corazon-siguen-siendo-principal-causa-muerte-americas>
4. INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. [inei.gob.pe](http://inei.gob.pe). 2020 [citado 2022 Abril 24]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-399-de-peruanos-de-15-y-mas-anos-de-edad-tiene-al-menos-una-comorbilidad-12903/#:~:text=El%20riesgo%20cardiovascular%20muy%20alto>
5. Alcalá López JE, Maicas Bellido C, Hernández Simón P, Rodríguez Padial L. Cardiopatía isquémica: concepto, clasificación, epidemiología, factores de riesgo, pronóstico y prevención. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado* [Internet]. 1 de junio de 2017 [citado 2022 Abril 24];12(36):2145-52. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541217301567>
6. Jaramillo-Jaramillo M, Zambrano-Chaves JM. Diagnóstico y tratamiento de la cardiopatía isquémica en mujeres. *Rev Colomb Cardiol*. 2018;25:84–90.
7. Acevedo M, Varleta P. Exámenes diagnósticos cardiovasculares: ¿diferencias de género en su interpretación? *Rev Colom Cardiol*. 2018;25(Sup11):66-72.

8. Flores, M. F., Bellido, C. M., & González, B. S. (2017). Manejo diagnóstico y terapéutico de la cardiopatía isquémica en situaciones especiales. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(36), 2198–2203.
9. Ariza Andraca Raúl. La visión de género en medicina: el caso de las mujeres. *Acta méd. Grupo Ángeles [revista en Internet]*. 2016 Dic [citado 2022 Abril 24]; 14( 4 ): 193-195. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-72032016000400193&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032016000400193&lng=es).
10. Meza Rodríguez AB. El sesgo de sexo en la práctica de la medicina: la isquemia coronaria aguda en mujeres. *\*La Gaceta INSP\**. 2024;8(1):8. [citado el 30 de Abril de 2024] Disponible en: <https://gaceta.insp.mx/wp-content/uploads/2024/05/Gaceta-INSP-PAG-ANO8-NO1.pdf#page=8>.
11. Ariza Andraca Raúl. La visión de género en medicina: el caso de las mujeres. *Acta méd. Grupo Ángeles [revista en Internet]*. 2016 Dic [citado 2022 Abril 24]; 14( 4 ): 193-195. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-72032016000400193&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032016000400193&lng=es).
12. Sánchez Tomás ÁM. Sesgos de género en la enfermedad cardiovascular: revisión de la situación en España. Gascón Catalán A, director. Facultad de Ciencias de la Salud. 2021-2022. Repositorio de la Universidad de Zaragoza; 2022. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/112696/files/TAZ-TFG-2022-553.pdf>
13. Ministerio de Salud del Perú. Enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en nuestro país [Internet]. 2023 [citado 2025 Feb 14]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1030798-enfermedades-cardiovasculares-son-la-primera-causa-de-muerte-en-nuestro-pais>
14. Vázquez J, García V. Mortalidad por enfermedades isquémicas cardíacas en el Perú entre 2005 y 2017 [Tesis de Licenciatura]. Repositorio Institucional – Universidad Científica del Sur. 2020.
15. Baztán-Hornillos Ainhoa, Valls-Salmerón Marta, Durán-Jiménez Carmen, Besa-Castellà Marta, Aguilar-Margalejo Anna, Motos-Bescós Meritxell. Evaluación de las características de la clínica típica del síndrome coronario agudo en mujeres del Área Básica de Salud de Florida Sud, Florida Nord y Pubilla Cases

- de 2015 a 2019. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2023 [citado 2025 Feb 14]; 16(2): 82-87. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2023000200004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2023000200004&lng=es). E pub 18-Sep-2023. <https://dx.doi.org/10.55783/rcmf.160204>.
16. Torre-Fonseca Luis M. de la, Barreda-Pérez Ana M., López-Ferrero Leonardo H., Echevarría-Sifontes Lila A., Pompa-Carranza Susana G., Peix-González Amalia T.. Factores relacionados con complicaciones cardiovasculares intrahospitalarias en el género femenino. Rev. Colomb. Cardiol. [Internet]. Junio de 2024 [consultado el 15 de febrero de 2025]; 31(3): 162-168. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-56332024000300162&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332024000300162&lng=en). Publicación electrónica el 29 de julio de 2024. <https://doi.org/10.24875/rccar.2300008>.
17. Gámez JM, Ripoll T, Barrios V, Anguita M, Pedreira M, Madariaga I, en representación de los investigadores del estudio SIRENA. Perfil clínico de la mujer con cardiopatía isquémica estable en España. Estudio SIRENA. Rev Clin Esp. 2016;216(1):1-7.
18. Zuni-Chavez KX, More-Sandoval BE, Fernández-Vargas CD, García-Fuentes BB, Ruiz-Olano JM, Pérez-Rodríguez VK. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes hospitalizados en un hospital de Lima. Rev. Fac. I Med. Hum. 2019;19(4):570-575. DOI: <http://dx.doi.org/10.25176/RFMH.v19i4.2343>
19. Hurtado Noblecilla Emmanuel, Bartra Aguinaga Angie, Osada Lij Jorge, León Jiménez Franco, Ochoa Medina Milagros. Frecuencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con síndrome isquémico coronario agudo, Chiclayo. Rev Med Hered [Internet]. 2019 Oct [citado 2025 Feb 16]; 30(4): 224-231. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2019000400003&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2019000400003&lng=es). <http://dx.doi.org/10.20453/rmh.v30i4.3657>.
20. Batista BJ. Factores que predisponen a un síndrome coronario agudo en la mujer [tesis]. Buenos Aires: Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Abierta Interamericana; 2021. Disponible en: <https://dspaceapi.uai.edu.ar/server/api/core/bitstreams/806f23c0-f8ef-4884-a308-467ed4837c1b/content>

21. Piedra Ugarte K, Leiva Segura TY, Mora Garro RA. Cardiopatía isquémica, un enfoque en la población femenina. *Rev Méd Sinergia*. 2023 Jul;8(7):e1078. doi: 10.31434/rms.v8i7.1078.
22. Arocha Rodulfo JI. Prevención primaria de enfermedad cardiovascular en la mujer. *MedEcs* [Internet]. 2022 Jul 6 [citado 2025 Feb 14]. Disponible en: <https://medecs.com.ar/prevencion-primaria-de-enfermedad-cardiovascular-en-la-mujer/>
23. Mieres JH, Gulati M, Bairey Merz N, Berman DS, Gerber TC, Hayes SN, et al. Role of Noninvasive Testing in the Clinical Evaluation of Women With Suspected Ischemic Heart Disease. *Circulation*. 2014. 22;130(4):350–79.
24. Ferraz M, Marín B, Belzunegui T. Factores relacionados a las desigualdades de género observadas en el tratamiento de la cardiopatía isquémica en los servicios de urgencias. *Revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*. 2016; 68(1):54-59
25. Van Oosterhout, REM, de Boer, AR, Maas, AHEM, Rutten, FH, Bots, ML y Peters, SAE (2020). Diferencias de género en la presentación de síntomas en síndromes coronarios agudos: una revisión sistemática y un metanálisis. *Journal of the American Heart Association*, 9(9). doi:10.1161/jaha.119.014733
26. El Khoudary, SR, Aggarwal, B., Beckie, TM, Hodis, HN, Johnson, AE, Langer, RD, et al. Transición a la menopausia y riesgo de enfermedad cardiovascular: implicaciones para el momento de la prevención temprana: una declaración científica de la Asociación Estadounidense del Corazón. *Circulation*. 2020; 42(25): e506-e532.
27. Declaración de posición sobre terapia hormonal del panel asesor de la NAMS de 2017. Declaración de posición sobre terapia hormonal de 2017 de la Sociedad Norteamericana de Menopausia. *Menopausia*. 2018; 25: 1362-87.
28. Mendoza Alarcón M Ángel, Tejero Mas M, Morales-Gabardino JA, Buitrago-Ramírez F. Prevalencia y grado de control de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con cardiopatía isquémica adscritos a un centro de salud urbano: e202102040. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 16 de febrero de 2021; 95:6 páginas. Disponible en: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/628>

29. D, Enrique VSJ, Rodríguez BS, et al. Intervencionismo coronario percutáneo en mujeres con cardiopatía isquémica. Hospital "Hermanos Ameijeiras". Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc. 2021;27 (2):.
30. Lázaro Rodríguez HL. Correlación de las escalas HEART y EDACS como predictores de los eventos adversos cardiovasculares mayores (MACE) en el servicio de Urgencias en el HGZ 46, IMSS [Tesis]. Enero 2024 [citado 2025 Feb 17]. Disponible en: <https://ri.ujat.mx/handle/200.500.12107/4579>

## IX. Anexos:

## Anexo 01: Operacionalización de variables

VAR IABL E INDE PEN DIEN TE: CAR DIOP ATÍA ISQU ÉMICA EN MUJ ERES	COVARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES		INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
	CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS		Conjunto de datos y factores que caracteriza a un individuo con una determinada patología la edad, los factores de riesgo que posea, manifestaciones clínicas y la severidad de la mismas.	Epidemiológicas	Edad	Años cumplidos	Cualitativa	
Clínicas				Factores de riesgo cardiovascular Tradicionales	-Dislipidemia -Sobrepeso u Obesidad -Diabetes Mellitus -HTA -Tabaquismo -Enfermedad renal crónica	Cualitativa	Nominal	
				Eventos adversos cardiovasculares Mayores (MACE)	-Enfermedad coronaria estable -IAM previo -ACV -Falla cardíaca crónica -Stent coronario previo -Cirugía coronaria previa	Cualitativa	Nominal	
				Factores de riesgo único	-Menopausia precoz -Terapia Hormonal -Menarquia precoz -SOP	Cualitativa	Nominal	

					-Diabetes gestacional -Preeclampsia			
				Síntomas de inicio del IAM	-Dolor precordial -Dolor torácico atípico -Disnea -Síncope -Paro cardíaco	Cualitativa	Nominal	
				Clasificación del ECG	-IAM con elevación de segmento ST -IAM sin elevación de segmento ST	Cualitativa	Nominal	
				Manifestaciones inespecíficas	-Molestias en el cuello, la mandíbula, los hombros o la parte superior del vientre -Aturdimiento o mareos -Acidez estomacal	Cualitativa	Nominal	

**Anexo 02: Ficha de recolección de datos**

**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LA  
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN MUJERES, EN UN HOSPITAL DE  
CHICLAYO - MARZO DEL 2019 A MARZO DEL 2023”**

Ficha N°: \_\_\_\_\_

**I. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

✓ **Edad:** \_\_\_\_\_

**II. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

- |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>✓ <b>Factores de riesgo cardiovascular</b></p> <p><b>Tradicional:</b> ( )</p> <p>a. Dislipidemia ( )</p> <p>b. Sobrepeso ( )</p> <p>c. Obesidad ( )</p> <p>d. Diabetes Mellitus ( )</p> <p>e. HTA ( )</p> <p>f. Tabaquismo ( )</p>         | <p><b>Eventos Cardiovasculares (MACE):</b></p> <p>a. Enfermedad renal crónica ( )</p> <p>b. Enfermedad coronaria estable ( )</p> <p>c. IAM previo ( )</p> <p>d. ACV ( )</p> <p>e. Falla cardíaca crónica ( )</p> <p>f. Stent coronario previo ( )</p> | <p><b>Adversos Mayores</b> ( )</p> <p>( )</p> <p>( )</p> <p>( )</p> <p>( )</p> <p>( )</p> <p>( )</p> |
| <p>✓ <b>Factores de riesgo únicos:</b></p> <p>a. Menopausia precoz ( )</p> <p>b. Terapia Hormonal ( )</p> <p>c. Menarquia precoz ( )</p> <p>d. SOP ( )</p> <p>e. Diabetes gestacional ( )</p> <p>f. Preeclampsia ( )</p>                      | <p>✓ <b>Síntomas de inicio:</b></p> <p>a. Dolor precordial ( )</p> <p>b. Dolor torácico atípico ( )</p> <p>c. Disnea ( )</p> <p>d. Síncope ( )</p> <p>e. Paro cardíaco ( )</p>                                                                        |                                                                                                      |
| <p>✓ <b>Clasificación del IAM:</b></p> <p>a. IAM con elevación de segmento ST ( )</p> <p>b. IAM sin elevación del segmento ST ( )</p>                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                      |
| <p>✓ <b>Manifestaciones inespecíficas:</b></p> <p>a. Molestias en el cuello, la mandíbula, los hombros o la parte superior del vientre ( )</p> <p>b. Falta de aire ( )</p> <p>c. Aturdimiento o mareos ( )</p> <p>d. Acidez estomacal ( )</p> |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                      |