

Infarto agudo del miocardio, su diferencia entre sexos en la tercera edad

Acute myocardial infarction, its difference between sexes in the third age

Bárbara Yushymitt González Casaña

Licenciada en Enfermería. Profesora Instructora de Bioquímica. Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet". Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Güines, Habana, Cuba.

RESUMEN

OBJETIVO: analizar la influencia del sexo en el tratamiento con Estreptoquinasa Recombinante y la evolución del Infarto Agudo del Miocardio (IMA) en la tercera edad.

MÉTODOS: se realizó un estudio observacional, analítico, longitudinal, retrospectivo en 239 pacientes de 60 años y más, atendidos por infarto agudo del miocardio en la sala de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet" del municipio Güines, en el período comprendido desde enero de 2002 hasta diciembre de 2006 y que presentaron supradesnivel del segmento ST mayor de 1mm en una o más derivaciones estándar, o más de 2 mm en dos o más derivaciones precordiales continuas.

RESULTADOS: El sexo femenino se relacionó con las edades comprendidas entre 60 y 89 años, Clase Killip II y III, infartos de cara anterior, reperfusión lograda, arritmias y edema agudo del pulmón. El sexo masculino con la edad de 90 años y más, clase Killip I y IV, IMA posterior, angina, extensión del IMA y *shock*. El sexo femenino desarrolló Clase Killip II y III entre 60 y 89 años, IMA anterior extenso entre 60 y 69 años, se trombolizó entre 70 y 89 años y logró mas reperfusión en todas las edades. El sexo masculino presentó IMA de cara posterior y fue más trombolizado entre 60 y 69 años, complicándose con *shock*, extensión del IMA y angina post IMA más frecuentemente que el femenino en todas las edades.

CONCLUSIONES: la mortalidad se relacionó con la no aplicación del tratamiento fibrinolítico independientemente del sexo y con las edades de 90 años y más en el sexo masculino (73 %) y de 70 a 89 años en el sexo femenino.

Palabras clave: Infarto del miocardio, trombólisis, arritmias, mortalidad.

ABSTRACT

OBJECTIVE: to analyze the influence of the male sex on the treatment with recombinant streptokinase and the evolution of acute myocardial infarction (AMI) in the third age.

METHODS: a retrospective, longitudinal, analytical and observational study was conducted in 239 patients aged 60 and over that had an acute myocardial infarction and received attention at the Intensive Care Ward of "Dra. Aleida Fernández Chardiet" Teaching General Hospital of Guines municipality from January 2002 to December 2006. They presented a supraunevenness of ST above 1 mm in one or more standard derivations, or more than 2 mm in two or more continuous precordial derivations.

Results: The female sex was related to ages between 60 and 89 years old, Killip Class II and III, anterior infarctions, reperfusion achieved, arrhythmias, and acute lung edema. The male sex was related to age 90 and over, Killip Class I and IV, posterior AMI, angina, AMI extension, and shock. Females developed Killip Class II and III between 60 and 89 years old, extensive anterior AMI between 60 and 69 years old, thrombolysis between 60 and 69 years old, and more reperfusion at all ages. Males presented posterior AMI and were more thrombolised between 60 and 69 years old. They complicated with shock, extensive AMI, and post-AMI angina more frequently than females at all ages.

CONCLUSIONS: Mortality was related to the non-application of the fibrinolytic treatment, independently of sex, and to ages of 90 years old and over in males (73 %), and from 70 to 89 years old in females.

Key words: Myocardial infarction, thrombolysis, arrhythmias, mortality.

INTRODUCCIÓN

La principal causa de enfermedad cardiovascular después de los 40 años es la arteriosclerosis coronaria y su exponente máximo el infarto del miocardio agudo (IMA). Dentro de las enfermedades crónicas no trasmisibles son las enfermedades cardiovasculares la principal causa de muerte y dentro de ellas el IMA es la patología por excelencia en el ámbito mundial.¹

En el mundo, las enfermedades cardiovasculares ocupan la cuarta causa de muerte, causando 12 millones de defunciones, y en los países desarrollados alcanza un 50 %. ¹ En los Estados Unidos de América se producen cada año 1,5 millones de IMA, lo que representa alrededor del 30 % aproximadamente de la mortalidad. En Alemania mueren cada año 113 mil personas por IMA y en España las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte para los dos sexos y para todas las edades.^{2,3} En nuestro país esta constituye la primera causa de muerte, siendo responsable de casi el 25 % de la tasa de mortalidad del país, o lo que es lo mismo, uno de cada cuatro fallecidos en Cuba muere por IMA.²

Los IMA originan más de 10 000 muertes al año con un mayor número de hombres que de mujeres. En la última década las tasas por 10 000 habitantes no han sufrido

grandes modificaciones, excepto que descendió de 115 en 1989 a 96,1 %, con un cierto descenso del acumulado mayor en el sexo masculino que en el femenino.³

La enfermedad coronaria afecta a los seres humanos de nuestro tiempo a través de los continentes, pasando de las regiones más desarrolladas a los países subdesarrollados, en los que va en aumento. Es responsable de gran parte de los ingresos hospitalarios, sobre todo en personas de mediana edad y de edad avanzada contribuyendo mucho a discapacidad y muerte.⁴

Durante la segunda mitad del presente siglo se han multiplicado las tecnologías cada vez más sofisticadas y caras de diagnóstico cardíaco y procedimientos terapéuticos, pero los recursos son limitados, mucho más en países en vías de desarrollo como el nuestro, y en los subdesarrollados, por lo que los médicos deben aprender a usar de modo racional la tecnología y prescribir tratamientos con una relación costo-efectiva satisfactoria para el paciente y para el país. No hay dudas de que si se lograra disminuir la incidencia de la enfermedad coronaria modificando los factores de riesgo que incrementan su aparición en la población, el efecto sobre la mortalidad sería mayor y disminuirían los costos por diagnóstico y terapéuticas invasivas y complejas.⁵⁻⁶ Según el estudio *Framingham* la mejoría en el perfil de estos factores de riesgo puede contribuir a una disminución importante de hasta el 60 % en la mortalidad por enfermedades cardíacas.⁷

Es una suerte que el tema de la calidad asistencial esté de actualidad en nuestro sistema de salud. Es probable que sea una gran oportunidad para los pacientes de la tercera edad con problemas de salud y para todos los que en el campo de la salud trabajan con ellos.

Aún no sabemos cuál es la óptima calidad asistencial que ellos se merecen en el contexto del paciente geriátrico. Ni siquiera es suficiente demostrar que con este paciente las cosas se deben hacer mejor que con los demás. Es mucho más importante hacer las cosas bien que hacerlas mejor que los otros. El cómo hacerlas bien es el grado de calidad en la asistencia médica.⁷⁻⁸

Diagnosticar a una persona mayor es habitualmente más difícil que a otras edades: pluri-enfermedades, manifestaciones atípicas, más limitaciones en la aplicación de técnicas diagnósticas, etc. Los errores diagnósticos son más frecuentes, precisamente en ellos que soportan peor el retraso del diagnóstico correcto. Pero probablemente la mayor deficiencia de calidad sea la ausencia de diagnóstico, lo cual impide toda la posibilidad de corrección y por tanto de actuación.⁹

Numerosos estudios epidemiológicos han demostrado que la incidencia de cardiopatía isquémica aumenta de forma muy notable con la edad y constituye la primera causa de muerte en los pacientes de la tercera edad.¹⁰

La necesidad de un mejor conocimiento de las cardiopatías en el anciano y en otros grupos de población, junto con la limitación diagnóstica de la clínica y especialmente del electrocardiograma (ECG) de reposo, ha impulsado el desarrollo de ciertas técnicas que cumplen varios requisitos (ser incruentas, fiables, de fácil realización y seguras) y permiten, tanto un mejor diagnóstico como una correcta valoración funcional del cardíopata.¹¹

En personas de edad avanzada han sido reveladas particularidades de enfermedades isquémicas del corazón que están ligadas a los cambios morfológicos de la edad en los vasos coronarios, particularidades de las influencias neurorreflectoras y humorales sobre el sistema cardiovascular y alteraciones en los procesos metabólicos en el miocardio.¹²

Para los pacientes de edad avanzada con enfermedades isquémicas del corazón, es característica la disminución de las manifestaciones clínicas, además de un curso atípico de la enfermedad, frecuentemente se encuentran formas sin dolor de la enfermedad. Se dificulta el electrocardiograma en la edad avanzada y en ancianos, debido a los cambios que sufre la actividad bioeléctrica del miocardio por la edad. Todo esto dicta la necesidad de una utilización más amplia de las pruebas funcionales con carga, con el fin de diagnosticar una enfermedad isquémica del corazón, la revelación de formas clínicas sin dolor de la enfermedad, para así valorar la posibilidad funcional del organismo y de este modo, prescribir el sistema óptimo de tratamiento y control de la enfermedad.¹³ (Lima Gutiérrez H. Cardiopatía isquémica en el adulto mayor. Barcelona.2003: 177-8).

Se ha observado que la prevalencia de enfermedad coronaria diagnosticada en vida constituye sólo del 33 al 50 % de la prevalencia de enfermedad coronaria, demostrada en la autopsia de los pacientes mayores de 65 años.¹⁴

Esto se debe a la dificultad que existe, en numerosas ocasiones, para obtener una buena historia clínica por deterioro cognitivo del paciente, pérdida de memoria reciente, dificultad de expresión, etc, a la disminución de la actividad física con la edad que puede hacer que no aparezcan síntomas isquémicos y a la presencia frecuente de plurienfermedades asociadas, que hace difícil catalogar la clínica del paciente.¹⁵

Se ha visto que, con frecuencia, el paciente anciano con enfermedad coronaria no presenta síntomas y que la incidencia de dolor atípico, disnea o edema agudo del pulmón, como manifestaciones de la isquemia son significativamente mayores que en los pacientes jóvenes.¹⁶

Por otra parte, cuando presentan angina, esta puede ser confundida con otras enfermedades frecuentes de los pacientes de edad avanzada; por ejemplo, el dolor de hombro o espalda con artrosis, la angina nocturna o el dolor epigástrico con enfermedad péptica o la angina pospandrial con hernia del hiato. Por tanto, el diagnóstico de enfermedad coronaria en el anciano es difícil.

El conocimiento de los indicadores pronósticos es de suma importancia porque permite realizar una valoración individual del riesgo de muerte, permitiendo una conducta clínica y terapéutica más específica en los casos de alto riesgo.¹⁷

El IMA, como una de las formas más graves de cardiopatía isquémica, constituye un problema de salud de relevancia mundial. Afecta, casi sin excepción, a todos los países del planeta, constituye una de las primeras causas de incidencia, morbilidad y mortalidad, en la actualidad es la enfermedad más frecuente en los países industrializados.¹⁸

Cuba no escapa a estas estadísticas, se ha comprobado que el 17 % de la población adulta padece de cardiopatía isquémica y 14 000 cubanos mueren cada año por esta afección.¹⁹

En nuestra provincia según el Anuario Estadístico provincial, las enfermedades cardiovasculares están entre las primeras causas de muerte, se reportaron 822 fallecidos en el año 2003.²⁰

La esperanza de vida ha aumentado en los últimos 50 años, hasta alcanzar un promedio de 66 años a nivel mundial, independientemente de que aún existen países con mucha menos expectativa. Otros como el caso de Cuba ha aumentado y sobrepasa los 75 años de edad, similar a muchas naciones desarrolladas. Las

personas de 80 años y más de edad alcanzan el 11 % de los mayores de 60 años, por lo que gran número de personas arriba a la tercera edad y padecen enfermedades crónicas.²¹

El IMA se manifiesta en la mujer con unos años de retraso respecto al hombre, el menor número de pacientes del sexo femenino en las Unidades de Terapia Intensiva se ha interpretado más como un efecto de discriminación por edad que por sexo.²²

En otro orden de cosas el tabaco parece incidir más negativamente en las mujeres que en los hombres; el primer infarto de miocardio aparece 7 años antes en el varón fumador, en relación con el no fumador, mientras que en las mujeres fumadoras aparece 19 años antes respecto a las no fumadoras.²³ (Comisión multidisciplinaria de atención integral al adulto. Sus programas para Cardiopatía isquémica. Ciudad de La Habana; 1998).

Consideramos que todo esto reviste especial significado en la evolución y el tratamiento del IMA en pacientes de la tercera edad, lo cual nos ha motivado a realizar esta investigación y a plantear el siguiente problema científico: existen diferencias entre ambos sexos en lo referente a la evolución y el tratamiento del IMA.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, analítico, longitudinal, retrospectivo en 239 pacientes de 60 años y más ingresados por infarto agudo del miocardio en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet" del municipio Güines, provincia La Habana, durante el período comprendido entre el 1ro. de enero de 2002 al 31 de diciembre de 2006, y que presentaron supradesnivel del segmento ST mayor de 1mm en una o más derivaciones estándar, o más de 2 mm en dos o más derivaciones precordiales continuas.

Los datos fueron obtenidos por la autora directamente de las historias clínicas y llevados a una planilla confeccionada al efecto (anexo 1), procesados estadísticamente en el programa Excel, usando la tabla de contingencia a través de la dócima X^2 . En las tablas se combinan varios factores y la interacción entre los factores.

En los casos en que se alcanzaron diferencias significativas ($p < 0,05$, $p < 0,01$ ó $p < 0,001$) se aplicó la dócima de comparación múltiple de Duncan (1955).

Se utilizó el software estadístico InfoStat (V1.0) para el procesamiento de la información.

Se consideraron los grupos de edades según el último año cumplido:

- De 60 a 69
- De 70 a 79
- De 80 a 89

- Más de 90

Se distribuyó a los pacientes según el sexo biológico en femenino y masculino. Se consideró la Clase Killip Kimball según los criterios siguientes:

Clase I: Paciente Normal

Clase II: Disnea de reposo, frialdad, sudoración profusa, taquipnea, taquicardia, crepitantes en 1/3 inferior de ambos hemitorax.

Clase III: Todo lo anterior más la presencia de crepitantes en 1/3 medio de ambos hemitorax.

Clase IV: Aparecen los síntomas de la clase III, crepitantes hasta 1/3 superior de ambos hemitorax y/o signos de shock cardiogénico.

La topografía del IMA se determinó por los resultados del EKG convencional de 12 derivaciones al ingreso en la sala de emergencias. Se consideró la siguiente clasificación según las derivaciones que mostraron los rasgos patológicos:

- Posterior: DII, DIII, AVF.
- Anterior: V1 a V4.
- Septal: V1, V2, V3.
- Lateral: DI, AVL, V5 y V6.
- Posteroanterior: DII, DIII, AVF y DI, AVL, V5, V6.
- Anterior extenso: DI, AVL y de V1 a V6.
- Bloqueo completo de rama derecha.
- Posterobasal: DII, DIII, AVF y V1, V2, V3.
- IMA de ventrículo derecho: V3R, V4R.

La administración de tratamiento trombolítico, se consideró cuando se administró la estreptoquinasa recombinante (SK) de producción nacional, administrada por vía intravenosa a la dosis de 1,5 millones de Uds/L, diluidos en 100 mL de solución salina al 0,9 % a durar 1 h.

Se consideró como reperfusión cuando aparecieron signos clínicos y electrográficos de permeabilidad de la arteria previamente ocluida, evidenciados a los 90 min, por mejoría sintomática y descenso de más de un 50 % del segmento S-T, en las derivaciones previamente afectadas.

Las complicaciones cardiovasculares del IMA se consideraron las desarrolladas durante la evolución desde el inicio del IMA hasta su alta de la UCI o su fallecimiento según se refería en la historia clínica:

- Arritmias.

- Angina postinfarto.
- Extensión del IMA.
- Shock cardiogénico.
- Edema agudo del pulmón.

Por último la mortalidad se determinó en todos aquellos pacientes fallecidos durante su ingreso en la UCI ya fueran por causas directas o indirectas del IMA, relacionadas con el uso o no de la trombólisis.

RESULTADOS

La [tabla 1](#) muestra la relación del sexo con la edad, con un predominio del sexo masculino globalmente y sin diferencias significativas, pero en las edades comprendidas entre 60-69 años y entre 70 y 79 años las diferencias sí fueron significativas con un aumento del sexo femenino en las edades de 70 a 79 años, la proporción para cada sexo en otros grupos no fue significativa, pero en el grupo de 90 años y más cambia a un predominio masculino (10,3 %) sobre el femenino (1,5 %).

En la [tabla 2](#) se relaciona la distribución por sexo según la clase Killip Kimball post IMA, se observa que en las $\frac{3}{4}$ partes de los pacientes predominó la clase I en ambos sexos, fue más frecuente en el sexo masculino (78,18 %) y mayor frecuencia en el sexo femenino de la clase II lo que resultó significativo en ambos casos. En la clase III predominó más el sexo femenino y no se presentó ninguna mujer y en la clase IV el masculino no resultó significativo.

En la [tabla 3](#) se refleja la relación entre la topografía del IMA y el sexo, en la que el IMA posterior fue el de mayor frecuencia (41,2 %), predominó en el sexo masculino (45 %), resultado significativo. La localización anterior (28,03 %) mostró un predominio en el femenino en relación con el masculino que resultó también significativa, pero si sumamos en el sexo femenino las localizaciones anteriores extensas (10,81 %) con las anteriores (25,68 %), se pone en evidencia que fueron aún más frecuentes los IMA anteriores que los posteriores en el sexo femenino.

En la [tabla 4](#) se aprecia la relación entre el tratamiento trombolítico y el sexo, alrededor del 41,6 % de los pacientes de ambos sexos recibieron este, lo que no resultó significativo, sin embargo sí fue significativa la diferencia entre los trombolizados con un predominio del sexo masculino (41,21 %) y los no trombolizados con un predominio del femenino (59,46 %).

La [tabla 5](#) refleja la reperusión lograda con respecto al sexo, observamos un mayor porcentaje en el sexo femenino (86,67 %) que en el masculino (73,53 %), entre los pacientes sometidos a este tratamiento, lo cual resultó significativo.

En la [tabla 6](#) se muestran las complicaciones según el sexo, se aprecia que poco menos de la mitad de ambos sexos se complicaron y la relación con el sexo no resultó significativa aunque el *shock* y la extensión del IMA predominaron ligeramente entre los hombres, mientras que la angina post IMA solamente estuvo presente en el sexo masculino con un (3,03 %). El edema agudo del pulmón (24,32

%) y las arritmias (18,92 %) prevalecieron más en el sexo femenino que en el masculino (18,18 % y 15,76 % respectivamente) lo que resultó significativo.

La [tabla 7](#) evidencia la distribución por edad y sexo según la clase Killip Kimball post IMA, se observa que predominó en la clase Killip I el sexo masculino entre 60 y 79 años, igualándose las proporciones cercanas a tres cuartos en el grupo de 80 a 89 para predominar el sexo masculino entre los de 90 años y más, que coincide con el planteamiento de que el IMA aparece en la mujer más frecuentemente después de los 75 años.²⁴

En la [tabla 8](#) se observa la topografía del IMA en los diferentes grupos de edades y su relación con el sexo, fue el IMA posterior más frecuente en hombres de 60 a 69 años (39 % en el hombres y 18 % en la mujer), mientras que se iguala en ambos sexos (48 %) en las edades comprendidas entre 70 y 79 años, existiendo después un ligero predominio en el femenino.

En la [tabla 9](#) se observa el tratamiento trombolítico en relación con la edad y el sexo, se observa cómo entre las edades de 60 a 69 años el sexo masculino se sometió a tratamiento trombolítico (24 %) con una frecuencia ligeramente superior al femenino (22 %) y entre 70 a 89 años un ligero predominio femenino.

En cuanto a la reperusión en los pacientes con tratamiento trombolítico según la edad y el sexo, se constató que en el sexo femenino, se logró en mayor porcentaje que en el sexo masculino entre las edades de 60 a 89 años, predominando en el sexo masculino en edades más avanzadas donde no hubo mujeres. Resultados significativos ($p < 0,05$).

Se analizaron las complicaciones del IMA según edad y sexo, pudo apreciarse que las mujeres entre 60 y 79 años presentaron arritmias y edema agudo del pulmón en mayor proporción que los hombres. Se invirtió la relación después de los 80 años.

Referido a la distribución de la mortalidad en pacientes sometidos a tratamiento trombolítico según edad y sexo, del total de 239 pacientes, fallecieron 42 para una tasa de mortalidad de un 17,5, de ellos habían sido trombolizados solo 7 pacientes, todos mayores de 69 años.

DISCUSIÓN

La mortalidad por IMA en los últimos 10 años ha descendido sorprendentemente, algunos autores la reportan por debajo del 10 %, sobre todo en países desarrollados que disponen de recursos imprescindibles y una estructura de socorrismo muy buena en caso de eventualidades emergentes relacionadas con el IMA.^{25,26}

Estudios realizados en otros países han demostrado que la prevalencia ajustada por edad es mayor en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad.^{27,28}

La *American Heart Association* considera la edad como un predictor de muerte importante en los pacientes con IMA, existe un aumento proporcional entre esta y las tasas de mortalidad reportadas. El riesgo de morir se incrementa 1,49 veces por cada 10 años de incremento en la edad.²⁹

Reyes y Escobar, en un estudio realizado en 561 pacientes geriátricos portadores de IMA, encontraron un incremento significativo y proporcional de la mortalidad en relación con la edad, la mortalidad en ancianos fue 4 veces mayor a la de los pacientes jóvenes.³⁰

En los estudios de *Tornes y Cand*, nuevamente la edad aparece como un predictor de mortalidad, fue de 3 % en los pacientes menores de 65 años, 9 % en edades entre 65 y 74 años, 19,6 % entre 75 y 84 años y de 30,3 % en 85 o más años.³¹

Por lo observado, podemos afirmar que a medida que aumenta la edad, disminuye la morbilidad y aumenta la mortalidad, la mayor incidencia en los de 90 años o más. Varios reportes enfatizan este elemento y lo atribuyen a la aparición de lesiones ateroscleróticas en los vasos a medida que la edad avanza, así como por un aumento de la frecuencia de factores de riesgos en estos pacientes y una disminución de la capacidad funcional del miocardio, de los que se concluye que la edad condiciona el peor pronóstico.^{32,33}

Los agentes trombolíticos pueden ser capaces de disolver entre 50 y 75 % de los trombos que ocluyen las arterias coronarias y son capaces de reducir la mortalidad entre un 20 y un 50 %. Asimismo reducen el daño miocárdico y el deterioro de la función cardíaca, disminuyen la mortalidad a largo plazo e incrementan la calidad de vida.³⁴

Ramos Prevéz encontró en el grupo de pacientes trombolizados una mortalidad de 2,5 % contra el 30 % de los que no recibieron esta terapéutica.³⁵

Un estudio en España que incluyó 521 pacientes reporta una disminución en la mortalidad a corto y largo plazo con el uso de trombolíticos en el IMA, demostrando que existe una reducción progresiva de la mortalidad a medida que este se aplica más precozmente.³⁶

Cruz H ha asociado la influencia del sexo femenino en los peores resultados, a la existencia de mayor co-morbilidad en el subgrupo de mujeres, determinante, a su vez, de menor intensidad diagnóstica y terapéutica.³⁶ En el estudio RICVAL de la ciudad de Valencia en los años 1993 y 1994, *Vanega* asocia que la peor supervivencia de las mujeres se atribuye en parte al retraso en la administración del tratamiento trombolítico.³⁷

En cuanto a los resultados de esta investigación relacionados con la edad y el sexo coincidimos con la bibliografía consultada, que plantea que a edades más tempranas, el varón sufre manifestaciones clínicas de isquemia miocárdica con una frecuencia de 4 a 6 veces mayor que la mujer y que esta diferencia tiende a disminuir a partir de los 70 años, se señala la intervención de factores hormonales porque se ha comprobado mayor prevalencia de cardiopatía isquémica en el climaterio prematuro artificial, lo que se atribuye a la acción antiaterogénica de los estrógenos, pero estos estudios analizan las cifras globales y no las particulares en cada sexo incluyendo grupos de menores de edad, por lo que creemos que nuestros hallazgos no discrepan en lo fundamental con lo que se reporta.^{18,19}

La edad y el sexo son factores ampliamente abordados como condiciones predisponentes de la enfermedad coronaria. Datos epidemiológicos recogidos en nuestro país a partir del año 1997 analizan estos aspectos y concluyen que es mucho más frecuente cualquier forma de cardiopatía isquémica a partir de los 60 años de edad, fundamentalmente en los hombres, aunque en el caso de las mujeres, prácticamente se iguala después que estas alcanzan la menopausia.^{18,19}

Menotti, en una investigación de la incidencia de la enfermedad cardiovascular isquémica reporta que la edad avanzada y el sexo masculino son los factores más relevantes de riesgo no modificables encontrados en el 51,3 % de sus pacientes.³⁶

Otras características clínicas en cuanto a la presentación del IMA en mujeres en comparación con los hombres fueron estudiadas por *Rotberg y otros*. Ellos encontraron que la edad de presentación del primer infarto fue aproximadamente diez años después en la mujer, lo cual justifica la mayor incidencia del IMA en los hombres en el grupo estudiado.³⁷

En cuanto al resultado 2 podemos decir que en un estudio realizado por *Larquin Cornet* sobre el IMA en edades avanzadas, se reportan resultados muy similares respecto a la clasificación Killip Kimball al ingreso, más de las $\frac{3}{4}$ partes de los pacientes clasificaron como clase I, solo se presentó de un 5 a 2 % de pacientes con clases superiores y donde el sexo femenino fue más frecuente.³⁸

Respecto a la localización del IMA en la mayoría de los trabajos revisados se coincide en que la localización anatómica del IMA de mayor incidencia ocurre en la cara antero septal y posterior sin marcadas diferencias de sexo y *Freidberg* plantea que el infarto miocárdico se produce predominantemente en la cara posterior o en la inferior en ambos sexos.³⁹ La localización posterior del IMA en un estudio realizado recientemente se reporta como la más frecuente, con predominio del sexo masculino.⁴⁰

El bloqueo completo de rama izquierda estuvo presente solo en un paciente de cada sexo por lo que no consideramos necesario su análisis, considerando nuestros criterios de selección y la frecuencia con que no se diagnostica el IMA en estos pacientes.

El tratamiento trombolítico reporta a nivel internacional que al 20,5 % de los ancianos se les aplica, por lo que nuestros valores están por encima de la mayoría de los reportes.⁴¹ Algunos estudios han estimado que el porcentaje de ancianos con IMA potencialmente elegibles para la trombólisis oscila entre el 31 y 42 %), predominantemente en hombres y se atribuye la diferencia entre sexos a la demora en recibirlo el sexo femenino,^{42,43} lo que puede no ser así en nuestro país, en que la accesibilidad de la atención médica es mayor y no existen las marcadas diferencias sociales entre sexos que existen en otras sociedades. Consideramos de gran importancia la accesibilidad de la asistencia médica y las características sociales de nuestra población, porque la respuesta adecuada al tratamiento trombolítico se relaciona estrechamente con la celeridad con que es utilizado.⁴²

En las edades de 70 a 89 años ninguna mujer se clasificó como clase IV por lo que existió un predominio del sexo masculino. Estos hallazgos resultaron significativos ($p < 0,05$) lo que nos permite asegurar que las mujeres desarrollaron clase II y III con más frecuencia que los hombres entre las edades de 60 a 89 años.

Un estudio similar coincide con el nuestro y reporta que más de la mitad de los pacientes clasifican como clase I, mostrando una baja prevalencia de insuficiencia cardíaca relacionada con el IMA en la tercera edad en ambos sexos, la cual aumenta según lo hace la edad predominantemente en el sexo femenino, con porcentajes que variaron entre un 13 y 15 %.³⁷

En otras partes del mundo existen demoras en iniciar el tratamiento trombolítico, y no se realizan labores educacionales sobre la población para familiarizarlos en el reconocimiento de los síntomas precoces del IMA.⁴¹

Las características clínicas del IMA en el anciano, las cuales presentan muchas veces síntomas atípicos y de otras enfermedades asociadas que los enmascaran, son reportados por varios autores como la causa principal del diagnóstico tardío del IMA y por consecuencia del bajo índice de trombólisis en la tercera edad, sobre todo en la mujer. Se reportan además problemas psicosociales que hacen más demorada la llegada a los centros hospitalarios.³³

En nuestro hospital se ha logrado que la mayor parte de las trombólisis se realicen en el cuerpo de guardia (70 %), lo que contribuye a disminuir el tiempo en aplicar esta terapéutica independientemente del sexo, lo cual justifica que los valores de ancianos trombolizados superen la media de la bibliografía consultada en ambos sexos.

Como conclusión planteamos que la mortalidad se relacionó con la no aplicación del tratamiento fibrinolítico independientemente del sexo y con las edades de 90 años y más en el sexo masculino (73 %) y de 70 a 89 años en el sexo femenino.

ANEXO

Planilla de recolección de datos

Paciente:

HC:

Edad: De 60 a 69__ Sexo: M__ F__

70 a 79__

80 a 89__

90 o más __

Clasificación Killip Kimball:

Clase I_ Clase II__ Clase III__ Clase IV__

Clasificación Topográfica:

Posterior: DII, DIII, AVF__

Anterior: V1 a V4__ Septal: V1, V2, V3__ Lateral: DI, AVL, V5 y V6__

Posteroanterior: DII, DIII, AVF y DI, AVL, V5, V6__ Anterior extenso: DI, AVL y de V1 a V6__

Bloqueo completo de rama derecha__ Posterobasal: DII, DIII, AVF y V1, V2, V3__

IMA de ventrículo derecho: V3R, V4R__ Trombólisis: Sí__No__ Reperusión: Sí__No__

Complicaciones del IMA:

Arritmias__ Angina postinfarto__ Extensión del IMA__ Shock cardiogénico__ Edema agudo del pulmón__

Mortalidad por IMA:

Sí__ No__

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chockalignam A, Balaguer-Vintro I. Impending global pandemic of cardiovascular disease; Challenges and Opportunities for the prevention and control of cardiovascular diseases in Developing Countries and Economies in Transition. Barcelona: Prous Science. 2006; 35: 125-30.
2. Ministerio de Salud Pública. Anuario Nacional de Estadística. La Habana. Editorial Científico-Técnica; 2005.
3. Ruiz Pérez I. Calidad en la asistencia a las personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005; 33: 63-6.
4. Framingham SP, Duncan AK, Vittore J, Fleming KC, Smith HC. Cardiovascular disease in elderly patients. Mayo Clin Proc. 2006; 71: 184-96.
5. Fletcher G, Froelicher UF, Hartley H, Hasbell W, Pollock ML. Exercise standards Special Report. Circulation. 2006; 82: 2284-300.
6. Perlado F. Teoría y práctica de la geriatría. Madrid: Ed. Díaz de Santos; 2005: 209-25.
7. Batle E, Vilacosta I, San Ramón JA, Revel U, Hernández M, Castillo JA. Prueba no invasiva de elección en el diagnóstico de enfermedades coronarias en el anciano. Rev Esp Cardiol. 2005; 48: 35-42.
8. Bruce RA. Evaluation of junctional capacity and exercise tolerance of old cardiac patients. Concepts Cardiovasc Dis. 2003; 25: 321.
9. Organización Mundial de la salud. Enfermedades cardiovasculares en el anciano. Ginebra: OMS; 2006. (Serie de Informes Técnicos; No. 831).
10. Abdulmessile S, Iskendrian I. Angina: Dx of atypical presentations in the elderly geriatric. Cardiology. 2006; 41: 10-20.
11. Simmons ML. Cardiovascular disease in Europe : Challenges for the medical profession. Opening address of the 2002 Congress European Society of Cardiology. Eur heart J. 2003; 24: 8-12.
12. Velazco JA, Llargués E, Fitó R, Sala J, Del Río A, De los Arcos E. En nombre del grupo de investigadores del programa de cuidados coronarios continuado (3c). Prevalencia de los factores de riesgo y tratamiento farmacológico al alta hospitalaria en el paciente coronario. Resultados de un registro multicéntrico nacional (Programa 3c). Rev Esp cardiol. 2001; 54: 159-68.

13. Bruce RA. Evolution of myocardial infarction in older patients'. *Concepts Cardiovasc Dis.* 2006;25: 321-5.
14. Fletcher M. Estado actual de la enfermedad cardiaca. *Curr Probl Cardiol.* 2006;4:222-53.
15. Pablo G. Rehabilitación cardiaca en el anciano. *Rev Esp Cardiol.* 2005;48:54-9.
16. Lorie CJ, Melani RU, Littman AB. 'Cardiocascular diseases' in the elderly. *J AM Coll Cardiol.* 2006;22:678-83.
17. Peruire M, Pallavés C, Martín M. Impacto de la trombólisis sobre la supervivencia a corto y largo plazos de una cohorte de pacientes con infarto agudo de miocardio atendidos de forma consecutiva en todos los hospitales de una región sanitaria. Estudio GESIR-5. *Rev Esp Cardiol.* 2001;54:150-8.
18. Latting CA. Acute myocardial infarction in hospitalized patients over age 70. *Am Heart J.* 2003:311-8.
19. Infarto Agudo del Miocardio. Peñate Pérez M, Llano Navarro R, Muñiz Iglesias, Quintana Setién C, Hernández Zúñiga, editores. En: *Medicina Interna. Diagnóstico y Tratamiento.* La Habana; Editorial Ciencias Médicas; 2005. p.124-35.
20. Gómez Padrón MV, Toledo Quesada A, Castellanos Dumois A, Herrera ML. Infarto agudo del miocardio. Análisis del comportamiento epidemiológico en los últimos años. *Rev Cub Med.* 2001;40(2):91-5.
21. Quintero C, Salazar W, Andrade G, Andrade M, Papa A. Infarto del miocardio. Análisis de 97 casos. *Rev Med Oriente.* 2003;4(4):16-20.
22. Neals S, Kleiman MD. Infarto Agudo de Miocardio. *Clin Cardiol North Am.* 2005;3:15-70.
23. Marrugat J, Solanas P, D'Agostino R, Sullivan L, Ordovás J. Estimación del riesgo coronario en España. *Rev Esp Cardiol* 2003;56: 253-61.
24. Betancourt A, Cabadés A, Marrugat J. Resultados recientes de los registros poblacionales de infartos y angina. En: Aros F, Fernández Palomeque C, Rodríguez Padial L, editores. *Cardiopatía isquémica. VIII Simposio Internacional.* Barcelona: Ediciones Mayo; 2005.
25. Chambless L, Keil U, Dobson A, Mahonen M, Kuulasmaa K, Bajakangas AAM, et al. Population acute coronary heart disease: results from the WHO MONICA Project 1985-1990. Multinational monitoring of trends and determinants in cardiovascular disease. *Circulation.* 1997;96:3849-59.
26. Aros FI Loma-Osorio A, Alonso A, Alonso JJ, Cabadés A, Coma-Canella I, et al. Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en el infarto agudo del miocardio. *Infarto en el anciano. Rev Esp Cardiol.* 2003;52:919-56.
27. DeBusk RF, Health and Public Policy Committee of the Clinical Efficacy Assessment Subcommittee, American College of Physicians. Evaluation of older patients after recent acute myocardial infarction. *Ann Intern Med.* 2004;110:485-8.

28. Management of acute heart attacks in the oldery. Recommendations of a task force of the European Resuscitation Council. *Eur Heart J.* 2006;19:1140.
29. Joint European Society of Cardiology, American College of Cardiology Committee. Myocardial infarction redefined: a consensus document of the Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the redefinition of myocardial infarction. *Eur Heart J.* 2000;21:1502-13.
30. Braunwald E, Mark DB, Jones RH. Unstable angina: diagnosis and management. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research and the National Heart, Lung and Blood Institute, US Public Health Service, US Department of Health and Human Services; 2002:1. AHCPR Publication 94-0602.
31. National Center for Health Statistics. Detailed diagnoses and procedures: National Hospital Discharge Survey, 2003. Hyattsville MD: National Center for Health Statistics; 2003:13.
32. Baraiste A, Alegurie E, Alonso AM, Bardej A, Lauciel R. El IMA en el anciano, clínica de la sociedad española de cardiología. *Rev Esp Cardiol.* 2005;53:1063-94.
33. Stewart LT, Tosteson H, Ridker PM. Myocardial infarction in the oldery. *New Engl J med.* 2005;326:1406-16.
34. Ulbricht TL, Southgate DA. Coronary heart disease; seven years study. *Lancet.* 2004;338:985-92.
35. Thomsen TF, McGee D, Davidsen M, Jorgensen T. The coronary heart disease mortality based on data from the Glastrup Population Studies and Framingham Heart Study. *Int J Epidemiol.* 2002;31(3):817-22.
36. Grundy SM, Balady GJ, Criqui MH, Pletcher G, Greenland P, Hiratzka LF. When to start cholesterol-lowering therapy in patients with coronary heart disease. A statement for health care professional from the American Heart Association Task Force on Risk Reduction. *Circulation.* 2005;95:1683-5.
37. Cabadés A, López-Bescós L, Arós F, Loma-Orsorio A, Bosch X. Variabilidad en el manejo y pronóstico del infarto de miocardio en España: el estudio PRÍAMHO. Proyecto de Registro de Infarto Agudo de Miocardio Hospitalario. *Rev Esp Cardiol.* 2003;52:767-75.
38. Arós F, Loma Orsorio A Bosch X, González-Aracil J, López-Bescós L, Marrugat J. En nombre de los investigadores del registro RISCO. Manejo del infarto de miocardio en el anciano español (1995-99). Datos del registro de infartos de la Sección de Cardiopatía Isquémica y Unidades Coronarias (RISCO) de la Sociedad Española de Cardiología. *Rev Esp Cardiol.* 2001;54:1033-40.
39. Gil M, Marrugat J, Sala J, Masiá R, Elosuar R, Albert X. 28 days case fatality in older patients hospitalized with acute myocardial infarction between 1978 and 1993 in the REGICOR study. *Circulation.* 2006;99:1763-73.
40. Cabadés A, Echanove I, Cardona J, Valls F, Parra V. Características, manejo y pronóstico en ancianos con infarto agudo de miocardio en la Comunidad Valenciana en 1995: resultados del registro PRIMVAC (Proyecto de Registro de Infarto Agudo de Miocardio de Valencia, Alicante y Castellón). *Rev Esp Cardiol.* 2005;52(3):123-33.

41. Castellano R. El infarto en pacientes mayores de 65 años. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2006;21:5-8.

42. Rev RH, Curiverti OA, Rozlasnik LA, Werba JA. Enfermedad coronaria en hombres. Rev Argent Cardiol. 2002;65(5):591-5.

43. Menotti A, Lanti M. Twenty-five year cardiovascular disease incidence among middle-aged men and woman. Disease burden, time shape, predictors, risk probabilities. 2000;1(11):749-57.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. William RS. Ventricular disjuncytion and heart failure. Cardiovas Clin. 2005;15:219-32.

2. Fibrinolytic therapy trialist (FTT) Collaborative group. Indications for fibrinolytic therapy in suspeded acute myocardial infarction: Collaborative overview of early mortality and mayor morbidity results from all randomized trials of more than 1000 patients. Lancet. 2004;343:311-22.

3. Ranzosi MG, Santaro E, Devita C, Geraci E, Lotto A, Manggion AP. Ten-year follow-up of the first megatrial testing thrombolytic therapy in patients with acute myocardial infarction: results of the Gruppo Italiano per lo study della sopravivenznell 'Infarto-1 study. The GISSI investigators. Circulation. 2006;98:2649-51.

4. Rotberg MD, et al. Myocardial infarction and related diseases. An epidemiology study based on data from Copenhagen Center for Prospertive Population Study. Danish Medical Bolletin. 2000;47(2):115-31.

5. Freidberg WJ, Perron AD, Ullman EA, Syverud SA, Holstege C, Riviello R, et al. Electrocardiographic ST segment elevation: a comparison of AMI and non AMI ECG syndromes. Am J Emerg Med. 2002;20(7):609-12.

Recibido: 20 de septiembre de 2008.

Aprobado: 2 de octubre de 1008.

Lic. *Bárbara Yushymitt González Casaña*. E-mail: kelita@infomed.sld.cu

Tabla1. Distribución según la edad y sexo de los pacientes de la tercera edad con IMA.
Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet", Güines. 2002 - 2006

Edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
60 - 69	83	50,3	38	51,35	121	50,63a
70 - 79	40	24,24	23	31,08	63	26,36b
80 - 89	25	15,15	12	16,22	37	15,48bc
90 o más	17	10,3	1	1,35	18	7,53c
EE	±3,40		±4,89		±3,02	
Sign	NS				***	
Total	165	100	74	100	239	100
	±3,23***					

Fuente: Historias Clínicas

EE: Error estándar

Sign: Significación estadística

a, b: superíndices diferentes, indican diferencias significativas según Duncan (1955)

*** $p < 0.001$

NS: $p > 0.05$

Tabla 2. Clase KILLIP Kimball según sexo de los pacientes de la tercera edad con IMA. Hospital Docente General "Aleida Fernández Chardiet", Güines. 2002-2006

Clase KILLIP	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
I	129	78,18	47	63,51	176	73,64a
II	25	15,15	18	24,32	43	17,99b
III	9	5,45	9	12,16	18	7,53c
IV	2	1,21	0	0	2	0,84c
EE	±3,40		±4,89		±2,80	
Sign	NS					***
Total	165	100	74	Total	239	100
	±3,0***					

Fuentes: Historias Clínicas

EE: Error estándar

Sign: Significación estadística

a, b: superíndices diferentes, indican diferencias significativas según Duncan (1955)

*** p < 0.001 NS: p ≥ 0.05

Tabla 3. Topografía del IMA según sexo en pacientes de la tercera edad. Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet", Güines. 2002-2006

Topografía	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Posterior	75	45,45	24	32,43	99	41,42a
Anterior	48	29,09	19	25,68	67	28,03b
Septal	18	10,91	16	21,62	34	14,23c
Lateral	11	6,67	4	5,41	15	6,28d
Postero anterior	0	0,00	0	0,00	0	0,00e
Postero lateral	0	0,00	0	0,00	0	0,00e
Anterior extenso	9	5,45	8	10,81	17	7,11d
BCRIHH	1	0,61	1	1,35	2	0,84e
Postero basal	0	0,00	0	0,00	0	0,00e
Posterior septal	3	1,82	2	2,7	5	2,09de
IMA VD	0	0,00	0	0,00	0	0,00e
EE	±2,12		±3,80		±1,93	
Sign	NS				***	
Total	165	100	74	100	239	100
	±3,23***					

Fuentes: Historias Clínicas

EE: Error estándar

Sign: Significación estadística

a, b: superíndices diferentes, indican diferencias significativas según Duncan (1955)

*** p < 0.001 NS: p > 0.05

Tabla 4. Tratamiento con Estreptoquinasa recombinante según sexo en pacientes de la tercera edad con IMA en la sala de emergencias Hospital Docente General "Aleida Fernández Chardiet", Güines. 2002-2006

Trombólisis edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Sí	68	41,21	30	40,54	98	41b
No	97	58,79	44	59,46	141	59a
EE	±3,20		±5,89		±3,15	
Sign	NS				***	
Total	165	100	74	100	239	100
EE y Sign	±3,23***					

Fuentes: Historias Clínicas

EE: Error estándar

Sign: Significación estadística

a, b: superíndices diferentes, indican diferencias significativas según Duncan (1955)

*** $p < 0.001$

NS: $p > 0.05$

Tabla 5. Reperusión indirecta según sexo de la tercera edad con IMA sometidos a tratamiento trombolítico. Hospital Docente General "Aleida Fernández Chardiet". Güines 2002-2006

Reperusión	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	50	73,53	26	86,67	76	77,55a
No	18	26,47	4	13,33	22	22,45b
EE	±6,20		±9,89		±4,15	
Sign	NS				***	
Total	68	100	30	100	98	100
	±5,05***					

Fuentes: Historias Clínicas

EE: Error estándar

Sign: Significación estadística

a, b: superíndices diferentes, indican diferencias significativas según Duncan (1955)

*** p< 0.001

NS: p>0.05

Tabla 6. Complicaciones del IMA según sexo en pacientes de la tercera edad en el Hospital Docente General "Aleida Fernández Chardiet", Güines. 2002-2006

Complicaciones	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Shock	11	6,67	2	2,7	13	5,44c
Arritmia	26	15,76	14	18,92	40	16,74b
Extensión del IMA	4	2,42	1	1,35	5	2,09c
Angina posinfarto	5	3,03	0	0	5	2,09c
Edema agudo del pulmón	30	18,18	18	24,32	48	20,08b
Sin complicaciones	89	53,94	39	52,7	128	53,56a
EE	±3,20		±5,89		±2,40	
Sign	NS				***	
Total	165	100	74	100	239	100
	±3,23***					

Fuentes: Historias Clínicas

EE: Error estándar

Sign: Significación estadística

a, b: superíndices diferentes, indican diferencias significativas según Duncan (1955)

*** p< 0.001

NS: p>0.05

Tabla 7. Clasificación Killip Kimball según edad y sexo de los pacientes de la tercera edad con IMA. Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet", Güines. 2002-2006

Edad	60-69				70-79				80-89				90 y más				Total			
Sexo	F		M		F		M		F		M		F		M		F		M	
Clase	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
I	26	68	73	88	12	52	27	68	9	75	19	76	0	0	10	59	47	64	129	78
II	8	21	8	10	8	35	9	23	2	17	4	16	0	0	4	24	18	24	25	15
III	4	11	2	2	3	13	3	8	1	8	1	4	1	100	3	18	9	12	9	6
IV	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	2	1
Total	38	100	83	100	23	100	40	100	12	100	25	100	1	100	17	100	74	100	165	100

Fuente: Historias Clínicas
($p < 0,05$)

Tabla 8. Topográfica del IMA según edad y sexo en pacientes de la tercera edad. Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet", Güines. 2002-2006

Edad	60-69				70-79				80-89				90 y más				Total			
Sexo	F		M		F		M		F		M		F		M		F		M	
Topografía	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Posterior	7	18	32	39	11	48	19	48	5	42	9	36	1	100	15	88	24	32	75	45
Anterior	11	29	26	31	5	22	15	38	3	25	7	29	0	0	0	0	19	26	48	29
Septal	12	32	13	16	3	13	2	5	1	8	3	12	0	0	0	0	16	22	18	11
Lateral	2	5	8	10	1	4	1	3	1	8	2	8	0	0	0	0	4	5	11	7
Postero anterior	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Postero lateral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anterior extenso	6	16	4	5	1	4	2	5	1	8	2	8	0	0	1	6	8	11	9	5
BCRI	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	1	1	1
Postero basal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Postero septal	0	0	0	0	1	4	1	3	1	8	1	4	0	0	1	6	2	3	3	2
IMA VD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	38	100	83	100	23	100	40	100	12	100	25	100	1	100	17	100	74	100	165	100

Fuente: Historias Clínicas
($p < 0,05$)

Tabla 9. Tratamiento con estreptoquinasa recombinante según edad y sexo en pacientes de la tercera edad con IMA. Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet", Güines. 2002-2006

Trombólisis	Sí				No				Total			
	F		M		F		M		F		M	
Edad	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
60-69	16	22	39	24	22	30	44	27	38	51	83	50
70-79	9	12	17	10	14	19	23	14	23	31	40	24
80-89	5	7	9	5	7	9	16	10	12	16	25	15
90 y más	0	0	3	2	1	1	14	8	1	1	17	10
Total	30	41	68	41	44	59	97	59	74	100	165	100

Fuente: Historias Clínicas

$p < 0,05$