

MUJERES Y HOMBRES FRENTE AL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Autores

López Martínez, Tamara*; Prieto García, Eva*; de Dios del Valle, Ricardo**

* Enfermera del Hospital de Jarrío. Área Sanitaria I del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Asturias. España.

** Técnico de Salud Pública del Área Sanitaria I del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Asturias. España.

Resumen

• **Introducción y objetivos:** Las enfermedades cardiovasculares constituyeron la primera causa de muerte para el conjunto de la población española durante el 2009. Diversos estudios revelan la existencia de diferencias de género en relación a la presentación, diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo (SCA). Nuestro objetivo es investigar si en el área I de Asturias se ponen de manifiesto esas características diferenciales entre mujeres y hombres que sufren un SCA.

• **Material y método:** Estudio descriptivo transversal realizado mediante la revisión de diferentes variables a partir de las historias clínicas informatizadas de los pacientes ingresados con un SCA durante el 2011.

• **Resultados:** Las mujeres con SCA presentan una media de edad superior a la de los hombres en 10 años ($p < 0.001$) y los tiempos de demora prehospitalaria para el infarto agudo de miocardio son mayores ($p = 0.002$). El dolor torácico es el síntoma principal en ambos sexos pero los hombres lo presentaron en mayor porcentaje ($p = 0.005$) siendo la disnea ($p < 0.001$) y los vómitos más prevalentes en mujeres. Los grupos de fumadores ($p < 0.001$) y consumidores perjudiciales de alcohol ($p = 0.003$) predominaron entre los hombres. La realización de pruebas de esfuerzo en mujeres fue menor ($p = 0.003$) y el porcentaje de prescripción farmacológica al alta para algunos fármacos ($p = 0.035$, $p = 0.022$ y $p = 0.032$) fue mayor para los hombres. Durante el ingreso las mujeres presentan más complicaciones con una mortalidad mayor.

• **Conclusiones:** Existen diferencias de género demográficas, en el perfil de riesgo cardiovascular, en la presentación clínica, en los tiempos y en el manejo hospitalario del SCA en el área I.

Palabras clave: síndrome coronario agudo, sexo, calidad de los cuidados en salud, hospitales, prejuicio y manejo de riesgos.

WOMEN AND MEN WITH REGARDS TO ACUTE CORONARY SYNDROME

Abstract

• **Introduction and Objectives:** Cardiovascular diseases were the leading cause of death for the entire population of Spain in 2009. Several studies reveal sex differences regarding the presentation, diagnosis and treatment of acute coronary syndrome (ACS). Our goal is to investigate whether the area of Asturias I reflects these differential characteristics between women and men suffering ACS.

• **Methods:** Cross-sectional survey conducted by reviewing different variables from the medical records of patients admitted with ACS in 2011.

• **Results:** Women with ACS had an average age 10 years higher than men ($p < 0.001$) and the length of prehospital delay for myocardial infarction was greater ($p = 0.02$). Chest pain was the main symptom in both sexes but a larger percentage were men, whilst dyspnea ($p < 0.001$) and vomiting ($p = 0.075$) were more prevalent in women. The percentage of smokers was higher for men ($p = 0.003$) and heavy drinking was more common among men ($p = 0.003$). Stress testing in women was lower ($p = 0.003$) and some drugs prescription after being discharged was higher among men. ($p = 0.035$, $p = 0.022$ y $p = 0.032$). Whilst in hospital, women underwent more complications with a higher mortality rate.

• **Conclusions:** There are sex differences in demographics, risk profile, clinical presentation, time scales and hospital management of ACS in area I.

Keywords: acute coronary syndrome, sex, quality of health care, hospitals, prejudice and risk management.

Dirección para correspondencia

Tamara López Martínez
 C/ Jarias, El Valle de San Agustín, s/n
 33747 Tapia de Casariego
 Asturias
Dirección electrónica: tamadue22@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

En España las enfermedades cardiovasculares constituyeron la primera causa de muerte para el conjunto de la población española durante el 2009. Por sexo, el grupo de enfermedades del sistema circulatorio se mantuvo como la principal causa en mujeres y, la segunda, en hombres. Por edad, las enfermedades cardiovasculares fueron la principal causa de muerte también para los mayores de 74 años⁽¹⁾. Durante el 2010 las hospitalizaciones por enfermedades circulatorias registraron el mayor número de altas y, en cuanto a la estancia hospitalaria, ocuparon una media de 8,2 días de hospitalización⁽²⁾.

Teniendo en cuenta la epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en relación con el género, estudios revelan que la letalidad de los pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) es mayor en las mujeres que en los hombres con independencia de la edad. Sin embargo, la incidencia de IAM en las mujeres es inferior a la de los varones en todos los grupos de edad y; se manifiesta en la mujer con unos años de retraso respecto al hombre^(3,4). Se ha demostrado que las mujeres presentan un mayor tiempo de demora entre el inicio de los síntomas y su llegada al hospital⁽⁵⁾. Según datos recogidos en un estudio realizado por el Hospital General Universitario de Valencia, la media de demora prehospitalaria en hombres fue de 61 minutos y de 86 minutos en las mujeres⁽⁶⁾.

Atendiendo a la presentación clínica y según parte de la bibliografía revisada, la cardiopatía isquémica se presenta sobre todo como angina de pecho en las mujeres, mientras que lo hace en forma de IAM o muerte súbita en los varones⁽⁷⁾. Las mujeres con síndrome coronario agudo (SCA) presentan en igual proporción que los hombres dolor torácico, pero refieren otros síntomas con más frecuencia⁽⁸⁾ y, sobre todo, en las premenopáusicas donde los síntomas atípicos son más frecuentes^(7,9). Los hombres refieren en mayor porcentaje diaforesis o sudoración, mientras que las mujeres presentan náuseas, palpitaciones, fatiga, cansancio y pérdida de apetito^(4,10).

En relación a los antecedentes cardiovasculares, estudios manifiestan que las mujeres tienen un perfil de riesgo cardiovascular con mayor prevalencia de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) y dislipemia (DL). Sin embargo, el tabaquismo es mucho más prevalente entre los varones⁽⁷⁾.

En cuanto a la asistencia sanitaria prestada, se ha demostrado que las mujeres suelen estar menos diagnosticadas, se les realizan menos pruebas invasivas y reciben menos tratamiento⁽¹¹⁾. Según datos recogidos

en diversos estudios, el uso de antiagregantes al alta es alto para los dos grupos^(7,12). En las mujeres con síndrome coronario agudo se administran más los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAs) y diuréticos, mientras que en los hombres se usan más los betabloqueantes y las estatinas⁽⁷⁾. Por otra parte, las mujeres fueron menos reperfundidas que los hombres^(7,10). La insuficiencia cardiaca se asocia con el evento más frecuente sucedido durante la hospitalización en ambos sexos, siendo el resto de eventos estudiados más frecuentes entre las mujeres, dejando claro que la presentación del SCA parece más grave entre las mismas⁽⁷⁾.

Es precisamente en los aspectos relacionados con la cardiopatía isquémica donde existe más información sobre las diferencias de género. De forma repetida, estas diferencias se han ido plasmando en numerosos estudios de prevalencia sobre factores de riesgo cardiovascular, manifestaciones clínicas, utilización y rendimiento de pruebas diagnósticas y aplicación de medidas terapéuticas.

La confirmación de estas evidencias despierta nuestra curiosidad por investigar a mujeres y hombres del área sanitaria I para averiguar y determinar la posible existencia de diferencias de género en relación con el SCA.

Por lo tanto, el objetivo de nuestro estudio es investigar en el área I las características diferenciales del síndrome coronario agudo entre mujeres y hombres en términos de:

- 1) Características demográficas.
- 2) Perfil de riesgo cardiovascular.
- 3) Presentación clínica.
- 4) Demora prehospitalaria.
- 5) Manejo hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Estudio descriptivo de carácter transversal y retrospectivo. Se realizó una revisión de las historias clínicas informatizadas de la población de estudio durante su estancia hospitalaria.

Ámbito: Hospital Comarcal de Jarrío perteneciente al área sanitaria I de Asturias.

Población de estudio: La población de estudio fueron los sujetos ingresados en el Hospital Comarcal de Jarrío con el diagnóstico de SCA entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2011, englobando, dentro de este grupo, el IAM, la angina estable y la angina inestable.

Muestra: Se estudia a toda la población mencionada, formada por 149 pacientes entre los cuales 86 fueron hombres y 63 mujeres.

Variables estudiadas: Se han analizado diferentes aspectos sobre la presentación clínica, los antecedentes personales, el comportamiento del Sistema Sanitario y la evolución clínica de los pacientes con SCA. A pesar de que la información recogida en los registros informáticos no fue exactamente la misma en todos ellos, se ha podido obtener información sobre las siguientes variables:

- Diagnóstico de ingreso: IAM (evolución), angina estable y angina inestable.

- Características demográficas: edad y sexo.
- Factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, consumo perjudicial de alcohol (consumo regular promedio > 40 g/día en la mujer y > 60 g/día en el hombre), tabaquismo, obesidad, hiperuricemia y presencia de antecedentes familiares.
- Antecedentes cardiovasculares: accidente cerebrovascular previo (ACV), antecedentes de revascularización, angina previa, infarto previo, claudicación e insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) previa.
- Tiempos: tiempo de demora prehospitalaria en horas para el IAM y la angina, estancia hospitalaria en días y tiempo en meses para acudir a la revisión por el especialista tras el alta médica.
- Sintomatología: dolor (presencia, localización, tipo de dolor e irradiación), relación del mismo con la actividad o con el reposo, positivo o negativo a cafinitrina sublingual, disnea, cortejo vegetativo, sudoración, mareo, náuseas, vómitos, malestar general, palpitaciones, síncope y presencia de episodios previos de dolor.
- Tratamiento farmacológico al alta: prescripción de antiagregantes como el clopidogrel, el ácido acetil salicílico (AAS) o ambos, nitratos, betabloqueantes, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAs), antagonistas del calcio, estatinas, antagonistas de la angiotensina II (ARA II), diuréticos y digoxina.
- Procedimientos realizados durante la hospitalización: test de esfuerzo, ecocardiografía, cateterismo, tratamiento fibrinolítico, angioplastia, by-pass coronario, pruebas pendientes al alta y derivación del paciente al especialista oportuno tras producirse el alta médica.
- Evolución hospitalaria: complicaciones y mortalidad.
- Análisis estadístico: Se describió la muestra utilizando, para variables cuantitativas, la media y la desviación estándar (DE), y para variables cualitativas, la distribución porcentual de frecuencias. Se llevó a cabo un análisis bivalente buscando la influencia de las variables estudiadas con la prueba de la X² para variables cualitativas y el test de la t de student, ANOVA u otras pruebas no paramétricas para variables cuantitativas. En todo caso se definió un nivel de significación estadística del 5%. Se exponen los intervalos de confianza (IC) del 95% de los resultados más relevantes. Todos estos análisis se llevaron a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 15.0 para Windows.

RESULTADOS

En la **Tabla 1** se muestran todos los datos relacionados con la presentación clínica del SCA. Fueron estudiados 149 individuos, 86 eran hombres (57.7%) y 63 mujeres (42.3%) con los diagnósticos de IAM, angina estable y angina inestable.

La edad media de estos pacientes fue de 74.07 años (DE: 14.225), observándose que las mujeres te-

nían, de media, mayor edad que los varones, siendo esta diferencia de 10 años estadísticamente significativa ($p < 0.001$). En relación a los tiempos de demora prehospitalaria, la media global para el IAM fue de 13,88 horas (DE: 20,9 con un mínimo de 0,5 horas y un máximo de 72 horas). En mujeres diagnosticadas de IAM, la media de demora prehospitalaria fue de 25,88 horas (DE: 28,7) frente a las 6,32 horas (DE: 7,93) registradas entre los varones con la misma patología, diferencia estadísticamente significativa con una $p = 0.002$. De esta forma, las mujeres presentaron un mayor porcentaje de IAM evolucionados creando también significación estadística con una $p = 0.045$. De igual manera, en el caso de la angina, las mujeres tardaron más en acudir a un Servicio de Urgencias en relación con los varones ($p = 0.133$). El dolor torácico fue el síntoma estrella aunque cabe mencionar que lo presentaron los hombres en mayor porcentaje que las mujeres, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.005$). En ambos sexos el dolor se asocia con el reposo principalmente, suele ceder con la administración de cafinitrina sublingual y es definido como opresivo entre los dos grupos. En los hombres el dolor irradia con más frecuencia hacia miembros superiores y en las mujeres hacia otras localizaciones. En cuanto a la sintomatología acompañante, solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la disnea con una $p < 0.001$ siendo en mujeres más frecuente que en hombres. El resto de síntomas estudiados se dieron en ambos sexos de forma similar excepto los vómitos que, sin ser significativos, afectaron más a las mujeres que a los hombres ($p = 0.075$).

Los antecedentes personales quedan reflejados en la **Tabla 2**. Podemos observar que la mayor significación estadística en cuanto a los factores de riesgo cardiovascular la presentó el tabaquismo con una $p < 0.001$, siendo mayor el grupo de fumadores entre los hombres. También se encontraron diferencias importantes con significación estadística en el consumo perjudicial de alcohol ($p = 0.003$), ya que los hombres consumen alcohol de forma más moderada que las mujeres. El resto de factores de riesgo como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la hiperuricemia fueron más prevalentes entre las mujeres. Sin embargo, la obesidad y la dislipemia se dieron con más frecuencia entre los hombres. Los antecedentes cardiovasculares de IAM fueron estadísticamente significativos ($p = 0.02$) con una mayor prevalencia entre los hombres, mientras que el accidente cerebrovascular previo afectó más a las mujeres ($p = 0.075$). Merece la pena destacar que los hombres presentaron mayor prevalencia de episodios previos de dolor en relación con las mujeres, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.011$).

En la **Tabla 3** encontramos reflejadas todas las variables en relación al comportamiento del Sistema Sanitario. Teniendo en cuenta los procedimientos diagnósticos llevados a cabo durante el ingreso, la realización de pruebas de esfuerzo en mujeres fue menor que en los hombres siendo esta diferencia estadísticamente

Tabla 1. Descripción de la presentación clínica

Variable	Categoría	Hombres		Mujeres		p
		n / %	IC95%	n / %	IC95%	
Diagnóstico	Angina estable	16/18,6%	9,79-27,4	10/15,9%	6-25,7	n.s.
	Angina inestable	43/50%	38,85-61,9	35/55,6%	42,5-68,6	
	IAM	27/31,4%	21-41,8	18/28,6%	16,6-40,5	
Evolucionado	Si	7/25,9%	7,5-44,3	10/55,6%	30,7-78,5	0,045
Dolor torácico	Si	76/88,4%	81-95,7	44/69,8%	57,7-81,9	0,005
Irradiación	Si	44/51,8%	40,6-62,9	21/42%	27,3-56,7	0,27
Localización irradiación	Brazos	20/45,5%	29,6-61,3	6/28,6%	11,3-52,2	n.s.
	Resto	24/54,5%	38,7-70,4	15/71,4%	47,8-88,7	
Tipo de dolor	Opresivo	81/97,6%	91,5-99,7	48/96%	86,3-99,5	n.s.
	Urente	0/0%	0-4,35	1/2%	0,05-10,6	
	Punzante	2/2,4%	0,29-8,43	1/2%	0,05-10,6	
Cafinitrina	Cede el dolor	29/74,4%	59,4-89,4	15/75%	50,9-91,3	n.s.
Actividad	Dolor con actividad	35/43,2%	31,8-54,6	17/35,4%	20,8-49,9	0,107
	Dolor con reposo	38/46,9%	35,4-58,4	30/62,5%	47,7-77,3	
	Ambos	8/9,9%	2,7-16,9	1/2,1%	0,05-11,07	
Cortejo vegetativo	Presenta cortejo	40/46,5%	35,4-57,6	31/49,2%	36-63,3	n.s.
	Vómitos	4/4,7%	1,3-11,5	8/12,7%	3,68-21,7	0,075
	Mareo	11/12,8%	5,15-20,8	7/11,1%	2,6-19,7	n.s.
	Sudoración	26/30,2%	19,9-40,5	15/23,8%	12,5-35,12	n.s.
	Síncope	2/2,3%	0,2-8,2	4/6,3%	1,8-15,5	n.s.
	Náuseas	9/10,5%	3,4-17,5	9/14,3%	4,85-23,7	n.s.
Otros síntomas	Disnea	24/27,9%	17,8-37,9	36/57,1%	44,1-70,15	<0,001
	Palpitaciones	3/3,5%	0,7-9,9	1/1,6%	0,04-8,5	n.s.
	Malestar general	7/8,1%	1,8-14,5	6/9,5%	1,48-17,6	n.s.
Tiempo en acudir a Urgencias	IAM (horas)	6,32	7,93 (DE)	25,88	28,7(DE)	0,002
	Angina (horas)	29,02	82,1(DE)	79,18	239(DE)	0,133
Edad media	En años	69,93	14,97(DE)	79,73	10,91(DE)	<0,001

Tabla 2. Antecedentes personales

Variable	Categoría	Hombres		Mujeres		p
		n / %	IC95%	n / %	IC95%	
Factores de riesgo cardiovascular	Hipertensión arterial	52/ 60.5%	49,5-71,4	44/69,8%	57,7-81,9	n.s.
	Diabetes Mellitus	29/33,7%	23,2-44,3	26/41,3%	28,3-54,2	n.s.
	Dislipemia	43/53,5%	42,4-64,6	32/50,8%	37,6-63,9	n.s.
	Fumador/a	15/17,4%	8,84/26,02	4/6,3%	1,76-15,47	<0,001
	Obesidad	21/24,4%	14,8-34,1	12/19%	8,6-29,5	n.s.
Otros antecedentes	Consumo perjudicial de alcohol	17/19,8%	10,7-28,8	2/3,2%	0,38-11	0,003
	Hiperuricemia	3/3,5%	0,7-9,8	6/9,5%	1,5-17,5	n.s.
Antecedentes cardiovasculares	Insuficiencia cardiaca	6/7%	1-12,9	6/9,5%	1,4-17,6	n.s.
	ACV previo	4/4,7%	1,28-11,5	8/12,7%	3,7-21,7	0,075
	IAM previo	17/19,8%	10,7-28,8	4/6,3%	1,8-15,5	0,02
	Angina previa	24/27,90%	17,8-37,9	19/30,2%	18,0-42,3	n.s.
	Claudicación	8/9,3%	2,6-16,02	4/6,3%	1,8-15,5	n.s.
	Revascularización	9/10,5%	3,4-17,5	7/11,1%	2,6-19,7	n.s.
	Antecedentes familiares	2/2,3%	0,3-8,15	1/1,6%	0,04-8,5	n.s.
Dolor torácico	Episodios previos	51/59,3%	48,3-70,3	24/38,1%	25,3-50,9	0,011

Tabla 3. Características de la Atención Sanitaria

Variable	Categoría	Hombres		Mujeres		p
		n / %	IC95%	n / %	IC95%	
Diagnóstico	Prueba de esfuerzo	19/22,9%	13,3-32,5	3/4,9%	1,02-13,7	0,003
	Ecocardiografía	47/56,6%	45,3-67,9	29/47,5%	34,2-60,9	0,2
	Cateterismo	25/30,5%	19,9-41,1	19/31,1%	18,7-43,6	n.s.
	Pendientes de pruebas	28/34,1%	23/03/45	15/25,4%	13,5-37,4	n.s.
Tratamiento invasivo	Angioplastia	14/87,5%	61,7-98,9	7/100%	59-100	n.s.
	Bya-pass	2/12,5%	1,6-38,3	0/0%	0-40,9	
Otros	Fibrinólisis	16/59,3%	38,9-79,6	3/17,6%	3,8-43,4	0,007
Tratamiento al. alta	AAS	14/18,7%	9,2-28,2	12/23,1%	10,7-35,5	0,129
	Clopidogrel	7/9,3%	2-16,6	7/13,5%	3,2-23,7	
	AAS+Clopidogrel	52/69,3%	58,2-80,4	30/57,7%	43,3-72,1	
	Nitratos	59/78,7%	68,7-88,6	32/61,5%	47,3-75,7	0,035
	BetaBloqueantes	65/86,7%	78,3-95	42/80,8%	69,1-92,4	n.s.
	Estatinas	60/80%	70,3-89,7	32/61,5%	47,35-75,7	0,022
	IECAS	18/24%	13,7-34,3	11/21,2%	9,09-33,2	n.s.
	ARAI	21/28%	17,2-38,8	9/17,3%	6,06-28,6	0,163
	Diuréticos	26/34,7%	23,2-46,1	28/53,8%	39,3-68,4	0,032
	Digoxina	1/1,3%	0,03-7,2	3/5,8%	1,2-15,9	n.s.
Antagonistas del calcio	24/32,00%	20,8-43,2	13/25,51%	12,6-38,4	n.s.	
Estancia media	En días	7,34	4,2(DE)	8,58	5,1(DE)	0,107
Demora revisión	En meses	6,31	8,96(DE)	5,29	3,01(DE)	n.s.
¿A quién se deriva?	Cardiología	75/94,9%	87,5-98,6	47/82,5%	71,7-93,2	0,032
	Medicina Interna	0/0%	0-4,56	3/5,3%	1,1-14,6	
	Atención Primaria	4/5,1%	1,4-12,5	7/12,3%	2,88-21,7	

Tabla 4. Evolución Clínica

Variable	Categoría	Hombres		Mujeres		p
		n / %	IC95%	n / %	IC95%	
Complicaciones	SI	15/18,1%	9,2-26,95	20/32,3%	19,8-44,7	0,048
Tipo complicaciones	ICC	7/46,7%	21,3-73,4	10/50%	25,6-74,4	n.s.
	Angor	4/26,7%	7,8-55,1	5/25%	8,7-49,1	
	ICC+Angor	1/6,7%	0,2-31,9	1/5%	0,12-24,8	
	Otros	3/20%	4,3-48,1	4/20%	5,77-43,7	
Mortalidad		3/3,6%	0,7-10,1	5/8,1%	2,67-17,8	0,2

significativa ($p=0.003$). Lo mismo sucede con las ecocardiografías que son realizadas a los hombres en un porcentaje mayor ($p=0.2$). Por otra parte, en relación al tratamiento fibrinolítico, este es aplicado a los hombres en un porcentaje mayor que a las mujeres creando el dato significación estadística ($p=0.007$). Si tenemos en cuenta el tratamiento farmacológico al alta, podemos observar que el porcentaje de hombres con tratamiento farmacológico al alta es mayor que el de las mujeres con diferencias estadísticamente significativas en algunos de los fármacos como en los diuréticos ($p=0.032$), las estatinas ($p=0.022$) y los nitratos ($p=0.035$) que se prescriben más en los hombres. En general, la doble antiagregación fue alta en ambos grupos. Observando la estancia hospitalaria, la media en días para ambos sexos fue de 7.86 (DE: 4.626). Tras el alta médi-

ca, la media en meses para acudir a la revisión por el especialista pertinente fue de 5.91 (DE: 7.243) para la totalidad del grupo. Además se pone de manifiesto que se deriva a los hombres en un porcentaje mayor al cardiólogo, mientras que las mujeres son revisadas por su médico de atención primaria con una significación estadística importante ($p=0.03$).

Atendiendo a la evolución clínica del paciente durante el ingreso hospitalario, lo más destacado es que, las mujeres sufren más complicaciones que los hombres creando significación estadística de $p=0.048$, siendo en ambos grupos la complicación más frecuente la insuficiencia cardíaca. En cuanto a la mortalidad intrahospitalaria, esta es más prevalente entre las mujeres ($p=0.2$). Los datos anteriores quedan recogidos en la **Tabla 4**.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Tanto el sexo como otros aspectos sociológicos y antropológicos relacionados con el género, son factores que contribuyen a particularizar los procesos fisiológicos y patológicos entre mujeres y hombres. En este sentido, el abordaje integral de muchas enfermedades se sigue realizando desde la perspectiva masculina lo que favorece la desigualdad de género. Este estudio detecta diferencias entre mujeres y hombres en el perfil clínico y demográfico, en los tiempos de demora prehospitalaria y en el uso de los recursos terapéuticos que podrían explicar esas diferencias ya existentes y recogidas en parte de la bibliografía revisada en relación al síndrome coronario agudo^(4, 7, 11).

Aunque el dolor torácico fue el síntoma principal, este estudio pone de manifiesto que en los hombres la irradiación del dolor suele ser hacia miembros superiores generalmente, mientras que en las mujeres la irradiación suele ser más atípica como en alguna de la bibliografía revisada^(8, 9). La sintomatología acompañante tampoco difiere mucho pero, en la mujer, el cuadro de dolor se asocia con más frecuencia a disnea y a patología digestiva con vómitos. Quizás sean estos los síntomas que confunden al personal sanitario a la hora de declinarse por uno u otro diagnóstico.

Como en otros estudios^(5, 6), hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en relación al tiempo de demora prehospitalaria. Las mujeres tardan mucho más en acudir al Servicio de Urgencias una vez que se instauran los síntomas de la enfermedad. Este hecho quizás pueda ser atribuible a un problema cultural o social. Según estudios, por lo general, las mujeres suelen dar más prioridad a la situación familiar que a sus propias necesidades para no causar problemas o molestias⁽⁶⁾. Por otra parte, es posible que, a pesar de las campañas de educación sanitaria dirigidas a mujeres, todavía exista la creencia popular de que el SCA afecta más a los hombres. Este hecho, en ocasiones, podría despistar a las mujeres y familias a la hora de valorar la gravedad del evento cardiológico una vez establecido. Además, este estudio pone de manifiesto que los hombres presentaron en un porcentaje mayor que las mujeres episodios previos de IAM. Este dato quizás pueda estar en relación directa con esa demora en tiempos menor en hombres ya que, una vez que comienzan con los síntomas, acuden antes al hospital. Otro factor a tener en cuenta es que este estudio ha sido realizado en un ambiente con una población mayoritariamente rural. Existen zonas dentro del área I que están bastante alejadas y deficientemente comunicadas con los centros de salud de atención primaria y con el único hospital de referencia. La dispersión geográfica y la escasez en los medios de comunicación, junto con lo expuesto anteriormente, podrían ayudarnos a explicar esta demora en tiempos.

Las mujeres con SCA presentan una media de edad superior a la de los hombres, siendo esta diferencia de 10 años estadísticamente significativa. Además, presentan más factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus con ex-

cepción del hábito tabáquico. Sufren mayor número de complicaciones durante el ingreso y la mortalidad hospitalaria es mayor entre las mismas. Estos datos obtenidos son similares a los de otros estudios revisados^(3, 7). Posiblemente sea la edad media de la muestra estudiada y las diferencias existentes en cuanto a esta variable entre géneros, las que expliquen estas evidencias. Dado que las mujeres presentaron una edad más avanzada, parece lógico pensar que, por una parte pudiera existir entre ellas una mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y que, por otra, esta pudiera influir negativamente en la aparición de complicaciones posteriores y en la mortalidad hospitalaria.

Resulta llamativo el comportamiento del Sistema Sanitario frente al SCA, pues en las mujeres, a pesar de presentar un perfil de riesgo cardiovascular similar al de los hombres, a excepción de la mayor edad y la mayor prevalencia de HTA y diabetes mellitus, el esfuerzo diagnóstico y terapéutico es menor. Como posibles explicaciones cabría postular por una parte la sintomatología atípica de la mujer que puede despistar al profesional sanitario y, por otra, su avanzada edad que quizás las dificulte físicamente a la hora de realizar dichas pruebas. Además, como se observa en este estudio, la mortalidad hospitalaria es mayor entre las mujeres y este hecho es posible que pueda estar en relación con varios factores. Sin embargo, debido al diseño de nuestro estudio, no podemos definir las causas de esa mayor mortalidad en mujeres. Sí podemos observar, como factores asociados, una mayor edad, una mayor comorbilidad y un esfuerzo diagnóstico y terapéutico inferior en relación con los hombres.

Otro dato importante con significación estadística es que, a pesar de todo lo expuesto anteriormente, es el médico de atención primaria el que realiza la primera revisión tras el alta médica en las mujeres, mientras que en el caso de los hombres, es el cardiólogo quien la lleva a cabo. Sobre este aspecto, y según datos bibliográficos, principalmente es el Servicio de Cardiología quien realiza esta revisión en ambos sexos⁽¹²⁾. Los factores observados en nuestro estudio que quizás podrían influir en esta diferencia, podrían ser, de nuevo, la edad y el género. Es posible que a mayor edad se pretenda facilitar la accesibilidad al Sistema Sanitario a través del médico de familia (más cercano al domicilio en la mayoría de los casos que el especialista que está presente en el único hospital de referencia del área), no valorando esta variable en pacientes más jóvenes. En cuanto a la influencia del género en este aspecto, los profesionales sanitarios podrían seguir percibiendo que el SCA se presenta con mayor gravedad en los hombres.

De esta forma, todo lo expuesto anteriormente es posible que influya en el abordaje integral de esta patología.

A continuación detallamos las conclusiones obtenidas en relación a los cinco términos valorados y expuestos en el objetivo de este estudio:

- 1) Características demográficas:
 - Las mujeres con SCA presentan una media de edad superior a la de los hombres. Siendo esta media de 10 años.
- 2) Perfil de riesgo cardiovascular:
 - Las mujeres con SCA presentan una mayor prevalencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus, a excepción del tabaquismo que en este grupo fue menor.
 - Las mujeres presentan mayor número de complicaciones durante el ingreso.
 - La mortalidad hospitalaria es mayor en mujeres con SCA.
- 3) Presentación clínica:
 - Las mujeres y hombres con SCA presentan diferencias en cuanto a la presentación clínica de la enfermedad.
- 4) Demora prehospitalaria:
 - El tiempo de demora prehospitalaria es mayor en las mujeres.
- 5) Manejo hospitalario:
 - El esfuerzo diagnóstico y terapéutico puede ser valorado como menor en las mujeres.
 - Tras el alta hospitalaria, las mujeres son derivadas en mayor porcentaje al médico de atención primaria en relación a los hombres, cuyo seguimiento lo hace el cardiólogo.

En conclusión, se hace necesario seguir profundizando en el estudio de las diferencias de género, estudiando las causas sociales y culturales, las condiciones de vida y de trabajo y otros factores que puedan tener relación con las formas de presentación de las enfermedades y con la evolución de las mismas entre las mujeres. Sería importante favorecer la entrada de las mujeres en programas de promoción, prevención y rehabilitación. Por este motivo, mediante campañas dirigidas a la mujer, se debe de realizar un esfuerzo en concienciar a la población de que el SCA es una enfermedad que afecta de manera muy importante a la mujer como otras incluidas ya en la mentalidad

como es el cáncer de mama. Por otra parte, parecen necesarios programas que cambien la actitud de todos los ámbitos asistenciales para mejorar la identificación precoz de la mujer con SCA y conseguir la optimización de su tratamiento en la práctica real de acuerdo con las recomendaciones de las guías de las diferentes sociedades científicas. Por otra parte, se necesita una reforma en cuanto a las comunicaciones existentes entre la población rural y la asistencia sanitaria de calidad. De esta manera, se conseguiría una más rápida atención inicial por parte del profesional sanitario, proceso esencial para un diagnóstico y tratamiento precoz del SCA.

BIBLIOGRAFÍA

1. INE. Defunciones según la causa de muerte. Año 2009. Nota de prensa 4de julio de 2011. Disponible en <http://www.ine.es/prensa/np664.pdf>.
2. INE. Encuesta de morbilidad hospitalaria. Año 2010. Nota de prensa 28 de diciembre de 2011. Disponible en <http://www.ine.es/prensa/np693.pdf>.
3. Marrugat J, Elosua R, Martí H. Epidemiología de la cardiopatía isquémica en España: estimación del número de casos y de las tendencias entre 1997 y 2005. *Rev Esp Cardiol*. 2002; 55: 337-46.
4. Sánchez Donaire A, Moratino Villalba A, Quintas Ramos S. Hombres y mujeres: Síntomas y demora en el Síndrome Coronario Agudo. *Rev Enferm Cardiol*. 2009; (47-48): 47-50.
5. Isaksson RM, Holmgren L, Lundblad D, Brulin C, Eliasson M. Time trends in symptoms and prehospital delay time in women vs. men with myocardial infarction over a 15-year period. The Northern Sweden MONICA Study. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2008; 7:152-8.
6. Peiró Andrés MA, Sierra Talamantes C, Zamorano Lluésma M, Muñoz Izquierdo A, Almela Zamorano M. Análisis de las causas de la demora prehospitalaria en el IAM en las mujeres. *Enferm Cardiol*. 2007-2008; (42-43): 29-33.
7. Alonso J, Bueno H, Bardaji A, García-Moll X, Badia X, Layola M et al. Influencia del sexo en la mortalidad y el manejo del Síndrome Coronario Agudo en España. *Rev Esp Cardiol*. 2008; 8(Supl D): 8-22.
8. Lovlien M, Schei B, Gjengedal E. Are there gender differences related to symptoms of acute myocardial infarction? A Norwegian perspective. *Pro Cardiovasc Nurs*. 2006; 21(1): 14-9.
9. Kaul P, Chang W-CH, Westerhout CM, Graham MM, Armstrong PW. Differences in admission rates and outcomes between men and women presenting to emergency departments with coronary syndromes. *CMAJ*. 2007; 177: 1193-7.
10. Peiró Andrés MA, Sierra Talamantes C, Muñoz Izquierdo A, Zamorano Lluésma M. La demora en la aplicación del tratamiento del Infarto Agudo de Miocardio. Estudio por sexos. *Enferm Cardiol*. 2005; (34): 25-8.
11. Riesgo A, Bragulat E, López Barbeito B, Sanchez M, Miró O. Aproximación diagnóstica al dolor torácico en urgencias: ¿existen diferencias entre mujeres y hombres? *Rev Emergencias*. 2008; 20: 399-404.
12. Borrás X, García-Moll X, Gómez-Doblas JJ, Zapata A, Artigas R. Estudio de la angina estable en España y su impacto en la calidad de vida del paciente. Registro AVANCE. *Rev Esp Cardiol*. 2012; 65: 734-41.

Trabajo realizado en el 2012