

Diferencias según sexo en el tratamiento y la evolución de pacientes con síndrome coronario agudo

Òscar Miró

Sr. Director:

Ferraz-Torres y col publican en su revista la existencia de una atención más retrasada y un abordaje terapéutico menos intensivo en las mujeres con síndrome coronario agudo (SCA) con respecto al que reciben los varones, y sugieren que estas diferencias pudieran ser la causa de un mayor número de mujeres que solicitan el alta voluntaria en urgencias y una mayor mortalidad¹. Sus resultados concuerdan parcialmente con los publicados en un estudio previo² realizado en 97 servicios de urgencias hospitalarios (SUH) españoles en el que las múltiples diferencias que aparentemente existían entre hombres y mujeres (y que incluían algunas de las que comentan los autores del mencionado trabajo) desaparecieron tras ajustarlas por el diferente perfil (especialmente una diferente edad de presentación) que tienen hombres y mujeres con un SCA. Tal vez las diferencias que encuentran Ferraz-Torres y col también desaparecerían si se llevase a cabo este ajuste, aunque lo reducido de su muestra puede haber limitado este análisis.

Sin embargo, el mayor retraso por parte de las mujeres en solicitar asistencia médica cuando la sintomatología de un SCA se inicia (y que está presente tanto en su estudio como en el nuestro) sí parece ser un hecho repetidamente reportado en España y en otros países³⁻⁵. Y este lapso de tiempo es el que es cuantitativamente más im-

portante con respecto al tiempo total que transcurre entre el inicio de los síntomas y el tratamiento de reperfusión (cualquiera que sea). También el estudio de Ferraz-Torres y col vuelve a demostrar la enorme posibilidad de mejora que puede tener incidir sobre este tiempo, que en su estudio fue de 266 minutos en las mujeres y 161 minutos en los hombres. En este sentido, una parte del retraso es atribuible a factores dependientes de las propias mujeres, mal identificados globalmente, pero que hacen que estas tengan una percepción de los síntomas y una estrategia de búsqueda de ayuda diferentes a las que tienen los hombres^{6,7}. Aquí, las estrategias de mejora dependen en gran parte de programas informativos y educativos adecuados. Vencer las barreras que suponen una mayor edad de las mujeres con SCA, su mayor espectro sintomatológico en el SCA, un diferente análisis interpretativo antes de pedir ayuda, y situaciones de androdependencia, de cuidados a terceros y de soledad pueden estar en la raíz de estos retrasos.

Por otro lado, estos aspectos diferenciales en función del sexo también deben ser tenidos en cuenta por los sistemas de emergencias médicas (SEM), y especialmente sus centros de coordinación de emergencias, a la hora de interpretar determinada sintomatología expresada por mujeres y de priorizar recursos y organizar la asistencia a estas pacientes. Las dificultades geo-

An. Sist. Sanit. Navar. 2015; 38 (2): 311-314

Área de Urgencia. Hospital Clínic. Barcelona.

Correspondencia:

Òscar Miró
Área de Urgencias. Hospital Clínic
Villarroel 170
08036 Barcelona
E-mail: omiro@clinic.cat

gráficas de determinadas zonas en España (como por ejemplo el caso de Navarra⁸) o la desigual dotación de recursos de los SEM que tienen las diferentes comunidades autónomas^{9,10} pueden dificultar la mejora de estos tiempos. Adicionalmente, la elección del SUH por parte de los SEM también es un punto fundamental, ya que en determinadas comunidades, con múltiples hospitales de diferente nivel asistencial situados a distancias similares, el centro más cercano puede no ser el más pertinente^{11,12}. Se ha demostrado que una elección correcta del SUH influye en las posibilidades de tratamiento adecuado inicial y precoz en los pacientes con SCA^{13,14}. En este sentido, la organización de la asistencia en forma de códigos de activación por parte de los SEM ha supuesto un avance importante¹⁵.

Finalmente, creo que para la mejora de todos estos aspectos asistenciales, en una patología tan prevalente y grave como es el SCA, la investigación debe abordarse desde una perspectiva multidisciplinar¹⁶. Es tiempo de que tanto médicos de familia, profesionales de los SEM y los SUH, cardiólogos y médicos intensivistas compartan no solo protocolos asistenciales sino también objetivos de investigación. Y el trabajo de Ferraz-Torres y col constituye un buen ejemplo de esta colaboración.

BIBLIOGRAFÍA

1. FERRAZ-TORRES M, BELZUNEGUI-OTANO T, MARTÍN-FERNÁNDEZ B, MARTÍNEZ-GARCÍA O, JIMÉNEZ-FÁBREGAS X. Diferencias según sexo en el tratamiento y la evolución de los pacientes afectados de síndrome coronario agudo. *An Sist Sanit Navar* 2014; 37: 249-255.
2. RIESGO A, MIRÓ O, LÓPEZ-DE-SÁ E, SÁNCHEZ M. Comparison of the management of non-ST segment elevation myocardial infarction during emergency care according to sex of the patient. *Rev Esp Cardiol* 2011; 64: 1060-1064.
3. AGUILAR SA, PATEL M, CASTILLO E, PATEL E, FISHER R, OCHS G et al. Gender differences in scene time, transport time, and total scene to hospital arrival time determined by the use of a prehospital electrocardiogram in patients with complaint of chest pain. *J Emerg Med* 2012; 43: 291-297.
4. BOCCARDI L, VERDE M. Gender differences in the clinical presentation to the emergency department for chest pain. *Ital Heart J* 2003; 4: 371-373.
5. PASTORIUS BENZIGER C, BERNABE-ORTIZ A, MIRANDA JJ, BUKHMAN G. Sex differences in health care-seeking behavior for acute coronary syndrome in a low income country, Peru. *Crit Pathw Cardiol* 2011; 10: 99-103.
6. BOLÍVAR MUÑOZ J, MARTÍNEZ CASSINELLO R, MATEO RODRÍGUEZ I, TORRES RUIZ JM, PASCUAL MARTÍNEZ N, ROSELL ORTIZ F et al. Actuación de los pacientes ante un síndrome coronario agudo: diferencias desde una perspectiva de género. *Emergencias* 2013; 25: 23-30.
7. MORENO MILLÁN E, GARCÍA TORRECILLAS JM, VILLEGAS DEL OJO J. Retraso en solicitar y acceder al soporte coronario: 30 años después. *Emergencias* 2014; 26: 237.
8. ABLITAS MUÑOZ JM, GONZÁLEZ LORENTE P, GOIENETXE A, ISTÚRIZ A, BIURRUN J, CASADAMÓN L et al. Nuevo sistema de geolocalización en Navarra para disminuir los tiempos de respuesta en aviso urgente en zonas de montaña y de gran dispersión. *An Sist Sanit Navar* 2013; 36: 47-55.
9. ARCOS GONZÁLEZ P, CASTRO DELGADO R, MARTÍN REYES R. La actividad asistencial de los Servicios de Emergencias Médicas en España. *Emergencias* 2014; 26: 13-18.
10. MARTÍN REYES R, ARCOS GONZÁLEZ P, CASTRO DELGADO R. Los recursos médicos y de enfermería de los sistemas de emergencias médicas y centros de coordinación de urgencias en España. *Emergencias* 2014; 26: 7-12.
11. MIRÓ Ò, ESCALADA X, GENÉ E, BOQUÉ C, JIMÉNEZ FÁBREGA FX, NETTO C et al. Estudio SUHCAT (1): mapa físico de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias* 2014; 26: 19-34.
12. MIRÓ O, ESCALADA X, BOQUÉ C, GENÉ E, JIMÉNEZ FÁBREGA FX, NETTO C et al. Estudio SUHCAT (2): mapa funcional de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias* 2014; 26: 35-46.
13. REINA TORAL A, COLMENERO RUIZ M, GARCÍA PÉREZ C, EXPÓSITO RUIZ M, DE ANTONIO MARTÍN E, BERMÚDEZ TAMAYO C et al. Diferencias en los resultados de la atención a los pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCA-CEST) en función del acceso inicial a hospitales con o sin sala de hemodinámica en Andalucía. *Emergencias* 2014; 26: 101-108.
14. HOUGHTON GARCÍA RF, GONZÁLEZ RANCAÑO MM, MEDINA CAMEAN AB, PELÁEZ FERNÁNDEZ MC, EIROA VALLÉS MT, ÁLVAREZ ORDIALES R et al. Análisis de tiempos en los pacientes trasladados por el SAMU para intervención coronaria percutánea primaria en el primer año de instauración del Código Infarto en el Principado de Asturias. *Emergencias* 2014; 26: 259-266.
15. JIMÉNEZ FÁBREGA X, ESPILA JL. Códigos de activación en urgencias y emergencias. La necesidad de priorizar. *An Sist Sanit Navar* 2010; 33 (Supl.1): 77-88.
16. MIRÓ Ò. Necesidad de colaboración en investigación entre cardiólogos y médicos de urgencias. *An Sist Sanit Navar* 2014; 37: 9-16.

Réplica de la autora

Diferencias según sexo en el tratamiento y la evolución de pacientes con síndrome coronario agudo

M. Ferraz-Torres

Sr. Director:

Hemos leído con gran atención la carta de Miró¹ en relación con “El abordaje del síndrome coronario agudo: una visión más allá de las diferencias entre sexos”. Agradecemos sus comentarios y queremos manifestar nuestra total conformidad con la mayoría de sus acertadas apreciaciones. Si bien, nos gustaría resaltar algunos aspectos que, a nuestro juicio, nos parecen importantes en relación a la atención y asistencia de los pacientes afectos con patología coronaria como es el síndrome coronario agudo (SCA) desde una perspectiva de género.

Miró¹ menciona en su carta la concordancia de los resultados obtenidos en nuestro estudio² con los hallados en otras investigaciones^{3,4}, así como la posibilidad de que las diferencias observadas tanto en la frecuencia como en la intensidad de la aplicación del tratamiento según sexo para el SCA puedan desaparecer tras su ajuste por la diferencia de perfil (principalmente la edad media) presentada según sexo y halladas en otros estudios^{4,5}. Coincidimos en que son numerosos los factores relacionados con estas diferencias, así como que la diferencia de edad objetivada entre hombres y mujeres es un factor de gran im-

portancia. Por ello, quisiéramos resaltar la realización de una ampliación de nuestro estudio con una muestra mayor y su análisis mediante el ajuste de diversos parámetros como la edad y la gravedad del proceso, obteniendo resultados similares⁶ a los observados en el estudio publicado en su revista con anterioridad².

Así mismo, este nuevo estudio obtuvo resultados similares en el análisis del retraso de la solicitud de asistencia sanitaria médica desde el inicio de la sintomatología según sexo⁶ de forma que confirma los resultados obtenidos previamente² donde se aprecia que la actuación llevada a cabo por la mujer actúa como factor condicionante de su tratamiento y de su evolución, por lo que, en relación con lo que menciona Miró¹, estamos totalmente de acuerdo con que una parte del retraso es atribuible a factores dependientes de las propias mujeres⁷. De igual forma, podemos puntualizar la presencia de factores psicosociales^{6,8} como factores dependientes que se presentan como causas de estos retrasos y que actúan como barrera en su tratamiento.

De acuerdo a lo que expresa el autor, es cierto que la geografía tiene una gran importancia en estos tiempos; por ello se incluyó como variable en nuestro nuevo

Servicio de Urgencias
Complejo Hospitalario de Navarra

Correspondencia
Marta Ferraz-Torres
Servicio de Urgencias
Complejo Hospitalario de Navarra
c/ Irunlarrea, 3
31008 Pamplona (Navarra)
E-mail: martaf342@gmail.com

estudio⁶, observándose una ausencia de diferencias significativas según sexo. Por otra parte, tal y como se plantea el autor, nuestro estudio tiene la ventaja de llevarse a cabo en una comunidad donde encontramos un único centro de referencia para el tratamiento de las patologías cardiovasculares, así como de la presencia de un servicio de hemodinámica las 24 horas del día, por lo que la variabilidad en la elección correcta del servicio de urgencias hospitalarias (SUH)^{9,10} en nuestro estudio no se presenta como factor condicionante.

Finalmente, al hilo de lo comentado por el autor, estos aspectos diferenciales en función del sexo, como son principalmente los aspectos psicosociales, han de ser tenidos en cuenta como bien dice Miró, no sólo en los SUH sino también en los centros de coordinación de emergencias y de atención primaria para potenciar las actuaciones y estrategias de mejora así como la concienciación tanto de los propios pacientes como de todos los profesionales sanitarios, de forma multidisciplinar^{11,12} (médicos de familia, cardiólogos, intensivistas, enfermeros etc.) que trabajan con este tipo de usuarios mediante la aplicación de programas informativos y de una educación sanitaria adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

1. MIRÓ, Ò. Diferencias según sexo en el tratamiento y la evolución de pacientes con síndrome coronario agudo. *An Sist Sanit Navar* 2015; 2.
2. FERRAZ-TORRES M, BELZUNEGUI-OTANO T, MARÍN-FERNÁNDEZ B, MARTÍNEZ-GARCÍA O, JIMÉNEZ-FÁBREGAS X. Diferencias según sexo en el tratamiento y la evolución de los pacientes afectados de síndrome coronario agudo. *An Sist Sanit Navar* 2014; 37: 249-255.
3. AGUILAR SA, PATEL M, CASTILLO E, PATEL E, FISHER R, OCHS G, et al. Gender differences in scene time, transport time, and total scene to hospital arrival time determined by the use of a prehospital electrocardiogram in patients with complaint of chest pain. *J Emerg Med* 2012; 43: 291-297.
4. PASTORIUS-BENZIGER C, BERNABE-ORTIZ A, MIRANDA JJ, BUKHMAN G. Sex differences in health care-seeking behaviour for acute coronary syndrome in a low income country, Peru. *Crit Pathw Cardiol* 2011; 10: 99-103.
5. MORENO-MILLÁN E, GARCÍA-TORRECILLAS JM, VILLEGAS-DEL OJO J. Retraso en solicitar y acceder al soporte coronario: 30 años después. *Emergencias* 2014; 26: 237.
6. FERRAZ-TORRES M, BELZUNEGUI-OTANO T, MARÍN-FERNÁNDEZ B, MARTÍNEZ-GARCÍA, Ó, IBÁÑEZ-BEROIZ, B. Differences in the treatment and evolution of acute coronary syndromes according to gender: what are the causes? *J Clin Nursing* 2015. doi: 10.1111/jocn.12831
7. ANGUITA M, ALONSO J, BERTOMEU V, GÓMEZ-DOBLAS JJ, LÓPEZ-PALOP R, PEDREIRA M et al. Diseño general del proyecto de estudio sobre la situación de la enfermedad cardiovascular de la mujer en España. *Rev Esp Cardiol* 2008; 8 (4): 4D-7D.
8. CUARTAS-MURILLO V, ESCOBAR-ZULUAGA A, LOTERO-GARCÍA V, LEMOS-HOYOS M, ARANGO-LASPRILLA JC, ROGERS H. Los factores psicosociales implicados en la cardiología isquémica. *Rev CES Psic* 2008; 1: 20-40.
9. MARTÍN-REYES R, ARCOS-GONZÁLEZ P, CASTRO-DELGADO R. Los recursos médicos y de enfermería de los sistemas de emergencias médicas y centros de coordinación de urgencias en España. *Emergencias* 2014; 26: 7-12.
10. REINA-TORAL A, COLMENERO-RUIZ M, GARCÍA-PÉREZ C, EXPÓSITO-RUIZ M, DE ANTONIO-MARTÍN E, BERMÚDEZ-TAMAYO C et al. Diferencias en los resultados de la atención a los pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) en función del acceso inicial a hospitales con o sin sala de hemodinámica en Andalucía. *Emergencias*. 2014; 26: 101-108.
11. MIRÓ Ò. Necesidad de colaboración en investigación entre cardiólogos y médicos de urgencias. *An Sist Sanit Navar* 2014; 37: 9-16.
12. ROSELL-ORTIZ F, MATEOS-RODRÍGUEZ AA, MIRÓ Ò. La investigación en medicina de urgencias y emergencias prehospitalaria. *Emergencias* 2012; 24: 3-4.