

## Estudio pionero en la Argentina para comprender las diferencias de género en pacientes con síndromes coronarios agudos

*A Pioneering Argentinean Study to Better Understand the Gender Differences on Patients with Acute Coronary Syndromes*

ALEJANDRA GUERCHICOFF<sup>1</sup>, ROXANA MERHAN<sup>1,2</sup>

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en la mujer y se estima que el riesgo se desarrollar enfermedad coronaria (EC) a partir de los 40 años es del 32%. (1) Los síndromes coronarios agudos (SCA), incluyendo la angina inestable (AI), el infarto sin elevación del segmento ST (IM-SSTE) y con elevación del segmento ST (IM-CSTE), representan una gran proporción de la presentación clínica de la EC.

El SCA se presenta con distintas características y muchas de ellas están ligadas al sexo. La razón de estas diferencias entre los géneros es probablemente multifactorial. Incluyen la presentación clínica, la demora en el diagnóstico y el tratamiento, la precisión en las pruebas diagnósticas de biomarcadores, las características angiográficas, la administración de tratamientos antiplaquetarios, los efectos colaterales de las drogas y las mayores complicaciones en los procedimientos. Estudios previos demostraron diferencias de género en cada paso del tratamiento del SCA, y en especial las mujeres con infarto agudo de miocardio tenían menos probabilidad que los hombres de ser internadas en centros con capacidad de revascularización. (2) También encontraron que en esta población de riesgo alto a las mujeres se les practicaban menos cateterismo cardíaco e intervención coronaria percutánea (ICP) que a los hombres. (3, 4)

Los resultados del estudio GUSTO IIb (Global Use of Strategies to Open Occluded Coronary Arteries in Acute Coronary Syndromes) (5) mostraron que las mujeres presentaban AI/IM-SSTE y a menudo con características atípicas con mayor frecuencia que los hombres. Estas diferencias podrían explicarse por diferencias anatómicas, fisiopatología de la EC, baja utilización de tratamiento antiplaquetario en el momento de la internación y características clínicas de las mujeres en comparación con los hombres. Por otra parte, existen datos contradictorios de ensayos aleatorizados acerca del beneficio del tratamiento precoz en mujeres. (6-8)

Los datos de 3.100 mujeres incluidas en la Encuesta Euro Heart de SCA demostraron que en las mujeres en el "mundo real" no se asociaba independien-

te una peor mortalidad intrahospitalaria, sin tomar en consideración el tipo de SCA. (9) Estos resultados sugieren la necesidad de contar con técnicas adaptadas según el género para minimizar las complicaciones posintervención y maximizar la aplicación de terapias antiplaquetarias basadas en evidencia. El reconocimiento de este sesgo de género podría contribuir a mejorar la atención de las mujeres con SCA.

Los resultados del estudio de Mariani y colaboradores (10) que se publica en este número de la *Revista* confirman los de estudios previos, que demostraron que las mujeres con SCA a menudo no recibían el mismo tratamiento intervencionista que los hombres, a pesar de tener mejor evolución luego de una ICP (11) El propósito del registro Epi-Cardio fue evaluar las diferencias de género en el manejo de 54 unidades de cuidados críticos cardiovasculares de la Argentina. Desde 2005 a 2012 se obtuvieron 8.997 registros de pacientes con diagnóstico de SCA. Se realizó un análisis de sensibilidad basado en puntaje de propensión (*propensity score*). No obstante, contrariamente a lo mostrado por la Encuesta Euro Heart, los resultados del registro Epi-Cardio demostraron que en las mujeres con SCA sin elevación del segmento ST (SCA-SSTE) se asociaban independientemente una indicación menor de angiografía durante la internación (OR 0,73, IC 95% 0,65-0,82) y un uso menor de inhibidores IIb/IIIa. Estos análisis de la base de datos Epi-Cardio sugieren que, en presencia de una situación clínica similar, las mujeres tenían una probabilidad menor de recibir un tratamiento invasivo y prescripciones de estatinas y betabloqueantes luego de un SCA. Al alta, las mujeres tuvieron una probabilidad significativamente menor que los hombres de recibir prescripciones de betabloqueantes y estatinas y una probabilidad mayor de recibir prescripciones de benzodiazepinas.

En cuanto a las limitaciones del trabajo, aunque el registro Epi-Cardio fue un estudio observacional, los hallazgos son consistentes con los de estudios previos que evaluaron la oportunidad terapéutica ajustando por variables confundidoras, como preferencia de pa-

REV ARGENT CARDIOL 2013;81:297-298. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v81.i4.2997>

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO: Rev Argent Cardiol 2013;81:307-315. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v81.i4.2330>

<sup>1</sup> Cardiovascular Research Foundation, New York, USA

<sup>2</sup> Mount Sinai Hospital, New York, USA

cientes hombres/mujeres o factores que aumentan los riesgos de los procedimientos o riesgos de las drogas (índice de masa corporal, función renal, enfermedad pulmonar, presión arterial y frecuencia cardíaca alta). Esto sugiere una vez más que la diferencia de género en el tratamiento de los SCA es un fenómeno multifactorial y los resultados no se pueden explicar por estos factores no medidos.

Como han señalado los autores, a pesar de que los resultados de estos estudios observacionales no son definitivos, pueden proporcionar información valiosa al momento de evaluar y adoptar una nueva estrategia educativa y el desarrollo de guías, y comprobar si ayudan a corregir el sesgo y mejorar los resultados en las mujeres. Debido a que la Argentina no posee datos actualizados sobre sesgo de género en el enfoque terapéutico de pacientes con SCA, el estudio de Mariani y colaboradores (10) representa un punto de referencia innovador y proporciona datos concluyentes únicos no solo para la región, sino que también son un aporte a los resultados de otros estudios mundiales dedicados a estudiar este fenómeno.

#### **Declaración de conflicto de intereses**

Las autoras declaran que no poseen conflicto de intereses.

---

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Thom T, Haase N, Rosamond W, Howard VJ, Rumsfeld J, Manolio T, et al. Heart disease and stroke statistics-2006 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation* 2006;113:e85-e151. <http://doi.org/c56ckb>
2. Fang J, Alderman MH. Gender differences of revascularization in patients with acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 2006;97:1722-6. <http://doi.org/fjw5sb>
3. Radovanovic D, Erne P, Urban P, Bertel O, Rickli H, Gaspoz JM, et al. Gender differences in management and outcomes in patients with acute coronary syndromes: results on 20,290 patients from the AMIS Plus Registry. *Heart* 2007;93:1369-75. <http://doi.org/b57kd3>
4. Ayanian JZ, Epstein AM. Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. *N Engl J Med* 1991;325:221-5.
5. Hochman JS, Tamis JE, Thompson TD, Weaver WD, White HD, Van de Werf F, et al. Sex, clinical presentation, and outcome in patients with acute coronary syndromes. Global Use of Strategies to Open Occluded Coronary Arteries in Acute Coronary Syndromes IIB Investigators. *N Engl J Med* 1999;341:226-32. <http://doi.org/fjmjc2>
6. Elkoustaft R A, Boden W E. Is there a gender paradox in the early invasive strategy for non ST-segment elevation acute coronary syndromes? *Eur Heart J* 2004;25:1559-61. <http://doi.org/ctdss4>
7. Cannon CP, Weintraub WS, Demopoulos LA, Vicari R, Frey MJ, Lakkis N, et al. Comparison of early invasive and conservative strategies in patients with unstable coronary syndromes treated with the glycoprotein IIb/IIIa inhibitor tirofiban. *N Engl J Med* 2001;344:1879-87. <http://doi.org/fp5t4x>
8. Lagerqvist B, Säfström K, Ståhle E, Wallentin L, Swahn E, et al; FRISC II Study Group Investigators. Is early invasive treatment of unstable coronary artery disease equally effective for both women and men? FRISC II Study Group Investigators. *J Am Coll Cardiol* 2001;38:41-8. <http://doi.org/b6sx9t>
9. Hasdai D, Porter A, Rosengren A, Behar S, Boyko V, Battler A, et al. Effect of gender on outcomes of acute coronary syndromes. *Am J Cardiol* 2003;91:1466-9. <http://doi.org/fnvht7>
10. Mariani JA, Antonietti L, Tajer CD, De Abreu M, Charask A, Silberstein M y cols. Diferencias de género en el tratamiento de síndromes coronarios agudos: resultados del registro Epi-Cardio. *Rev Argent Cardiol* 2013;81:307-15.
11. Clarke KW, Gray D, Keating NA, Hampton JR. Do women with acute myocardial infarction receive the same treatment as men? *BMJ* 1994;309:563-6. <http://doi.org/cfrx2t>