

Mujer e IAMCEST: una responsabilidad compartida

Women and STEMI: a shared responsibility

Miren Telleria Arrieta*

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Donostia, Donostia, Guipúzcoa, España

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M19000072>



Las diferencias en el abordaje y en la mortalidad del síndrome coronario agudo (SCA) según el sexo de los pacientes son conocidas desde hace tiempo. Ya en 1991 la revista *New England Journal of Medicine* publicó un editorial¹ al respecto. En él, Healy acuñó el término «síndrome de Yentl» para referirse a la invisibilidad de las mujeres en los estudios de las enfermedades cardiovasculares. Argumentaba que las mujeres debían comportarse de acuerdo con los estándares clínicos masculinos para recibir la misma atención, pues de lo contrario eran infradiagnosticadas e infratratadas, lo que se traducía en una disminución de la calidad y de la efectividad de la asistencia.

En las últimas décadas, la mortalidad cardiovascular ha disminuido gracias a las mejoras en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la cardiopatía isquémica. Esta mejora también ha afectado a las mujeres. Según el registro RESCATE II², entre los años 1992 y 2003 la mortalidad intrahospitalaria tras un primer episodio de infarto agudo de miocardio (IAM) se redujo un 25% en las mujeres. A pesar de ello, a diferencia de lo que ocurre en los varones, las enfermedades del aparato circulatorio siguen siendo la primera causa de mortalidad en las mujeres³. En el trabajo presentado por Anguita et al.⁴ en el último Congreso Europeo de Cardiología se observa que, en España, el sexo femenino sigue siendo un factor predictor independiente de mortalidad en el SCA con elevación del segmento ST (SCACEST). En este trabajo, los autores analizaron de forma retrospectiva el Conjunto Mínimo Básico de Datos del Ministerio de Sanidad entre los años 2005 y 2015. Identificaron 325.017 pacientes con SCACEST, de los cuales un 38,8% eran mujeres, y concluyen que la mortalidad intrahospitalaria ajustada sigue siendo mayor en ellas. Cabe destacar que la *odds ratio* se redujo de 1,28 en el año 2006 a 1,14 en el año 2014, lo que puede reflejar una mejoría en la atención a las mujeres con SCACEST.

El artículo de Tomassini et al.⁵ publicado recientemente en *REC: Interventional Cardiology* profundiza en el tema y aporta datos sobre el procedimiento de la angioplastia primaria y la mortalidad a medio y largo plazo de los pacientes con SCACEST según su sexo. Analiza de forma retrospectiva todos los SCACEST de menos de 12 h sometidos a angioplastia primaria en su centro desde marzo de 2006 hasta diciembre de 2016; en total, 1.981 pacientes, de los cuales un 24,4% eran mujeres. Acorde con otros registros⁶, en

comparación con los varones, las mujeres son mayores (edad media $71,3 \pm 11,6$ frente a $62,9 \pm 11,8$ años), presentan mayor prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular clásicos, tienen tiempos de isquemia totales más prolongados y muestran peor grado funcional de Killip al ingreso. Curiosamente, una vez realizado el emparejamiento en el análisis por puntuación de propensión, con el mismo porcentaje de enfermedad arterial multivaso (5,3 frente a 4,7%) y de implantación de *stent* (82,9 frente a 83,9%), el éxito del procedimiento y la resolución del ST fue significativamente menor en las mujeres (90,2 frente a 94,4% y 47,5 frente a 54,1%, respectivamente). Los autores sugieren que probablemente esto se deba a la diferente fisiopatología del IAM en las mujeres, pero no dicen nada del tiempo desde el primer contacto médico hasta el paso de la guía ni del tratamiento médico posterior, que son variables que influyen de manera directa en el pronóstico de los pacientes.

Como cardiólogos intervencionistas nos cuesta pensar que pueda haber diferencias en el retraso del sistema, ya que cuando se activa el código infarto lo que más importa es la localización de la elevación del ST en el electrocardiograma, el tiempo de evolución, la clínica y la situación hemodinámica del paciente, y no siempre por ese orden. De todas formas, no podemos olvidar que el tratamiento empieza antes y sigue después de nuestra intervención.

En un estudio llevado a cabo en Portugal⁷ se observó que el retraso desde el primer contacto médico hasta el acceso radial en las mujeres fue 15 minutos mayor. No se trata de un dato aislado. Huded et al.⁸ analizaron la variabilidad en el manejo y los resultados de la red asistencial al IAM en la Cleveland Clinic (Ohio, Estados Unidos), y observaron que la calidad de la asistencia en las mujeres era peor, el tiempo puerta-balón era mayor y el tratamiento médico no era acorde con las guías en un mayor porcentaje de los casos. La aplicación de un protocolo adaptado hizo que estos parámetros mejoraran, sobre todo en las mujeres (el porcentaje de mujeres que recibió tratamiento médico acorde con las guías se elevó al 98% y el retraso del sistema se redujo 20 minutos), disminuyendo la mortalidad hospitalaria un 43%. Todo esto hace pensar que probablemente la variabilidad en el manejo del IAM sea algo generalizado, que la reducción de las discrepancias es posible y que puede ser un buen reflejo de la calidad y de la madurez de las redes asistenciales.

* Autor para correspondencia: Unidad de Hemodinámica, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Donostia, P.º Begiristain 109, 20014 Donostia, Guipúzcoa, España. Correo electrónico: mtelarr@gmail.com (M. Telleria Arrieta).

Online: 04-12-2019.

Full English text available from: www.recintervcardiol.org/en.

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M19000073>

2604-7306 / © 2019 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permanyer Publications. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0.

Para terminar, un breve comentario sobre la «atipicidad» de los síntomas de las mujeres como causa del retraso. En el estudio VIRGO⁹ se entrevistó a 2.009 mujeres y 976 varones de entre 18 y 56 años ingresados por IAM. En ambos grupos, el síntoma principal fue el dolor torácico definido como dolor, presión, tensión o malestar (87 frente a 89,5%). Las mujeres, además, presentaron un mayor número de síntomas acompañantes (el 58,5% presentó más de 3 síntomas adicionales frente al 46,2% de los varones). Estos datos se reproducen en otro estudio prospectivo realizado en un servicio de urgencias, en el que se entrevistó a 1.941 pacientes con sospecha de SCA y se observó que el 92% de las mujeres y el 91% de los varones refirieron el dolor torácico como síntoma principal¹⁰. Al preguntar a las mujeres por qué no consultaron antes¹¹, la mayoría no consideró que pudiera tratarse de un IAM, y añadieron que temían ser etiquetadas de hipocondríacas si al final no era nada. Tal vez no les falte razón. Según se evidenció en el estudio VIRGO, en el 53% de las mujeres que consultaron previamente el profesional que las atendió no consideró que pudiera tratarse de un evento coronario agudo, probablemente porque, tal como decía Healy¹, las mujeres no entran dentro del imaginario médico y social del SCA.

Por todo ello, aunque el tratamiento del IAM en la mujer en las últimas décadas haya avanzado, artículos como el de Tomassini et al.⁵ sirven para recordar que todavía queda mucho camino por recorrer, y no solo en forma de ensayos clínicos, sino también con pequeños gestos del día a día, como puede ser la concienciación, tanto de la sociedad como de los profesionales sanitarios, de que el IAM es cosa de todos, también de las mujeres.

CONFLICTO DE INTERESES

No se declara ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Healy B. The Yentl Syndrome. *N Engl J Med.* 1991;325:274-275.
2. García-García C, Molina L, Subirana I, et al. Sex-based Differences in Clinical Features, Management, and 28-day and 7-year Prognosis of First Acute Myocardial Infarction. RESCATE II Study. *Rev Esp Cardiol.* 2014;67:28-35.
3. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. 2017. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p417/a2017/10/&file=01001.px&L=0>. Consultado 1 Jun 2019.
4. Anguita M, Sambola Ayala A, Elola J, et al. Female sex is an independent predictor of mortality in patients with STEMI in Spain: a study in 325,017 episodes over 11 years (2005-2015). En: Paris 2019. ESC Congress 2019; 2019 31 Aug - 4 Sept; Paris, France. Disponible en: <https://esc365.escardio.org/Congress/ESC-CONGRESS-2019/Poster-Session-2-Risk-Factors-and-Prevention-Cardiovascular-Disease-in-Spec/197767-female-sex-is-an-independent-predictor-of-mortality-in-patients-with-stemi-in-spain-a-study-in-325-017-episodes-over-11-years-2005-2015>. Consultado 15 Sept 2019.
5. Tomassini F, Cerrato E, Rolfo C, et al. Gender-related differences among patients with STEMI: a propensity score analysis. *REC Interv Cardiol.* 2020; 2:15-21.
6. Mehta L, Beckie T, Devon H, et al. Acute Myocardial Infarction in Women, A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2016;133:916-947.
7. Araújo C, Laszczynska O, Viana M, et al. Quality of Care and 30-day Mortality of Women and Men With Acute Myocardial Infarction. *Rev Esp Cardiol.* 2019;72:543-552.
8. Huded CP, Johnson M, Kravitz K, et al. 4-Step Protocol for Disparities in STEMI Care and Outcomes in Women. *J Am Coll Cardiol.* 2018;71:2122-2132.
9. Lichtman J, Leifheit E, Safdar B, et al. Sex Differences in the Presentation and Perception of Symptoms Among Young Patients With Myocardial Infarction. Evidence from the VIRGO Study (Variation in Recovery: Role of Gender on Outcomes of Young AMI Patients). *Circulation.* 2018;137:781-790.
10. Ferry A, Anand A, Strachan F, et al. Presenting Symptoms in Men and Women Diagnosed with Myocardial Infarction Using Sex-Specific Criteria. *J Am Heart Assoc.* 2019;8:e01297.
11. Lichtman JH, Leifheit-Limson EC, Watanabe E, et al. Symptom recognition and healthcare experiences of young women with acute myocardial infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2015;8:S31-S38.