

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Grado en Medicina

“Desigualdades por sexo y género en la atención
sanitaria de la cardiopatía isquémica”

Autor:

Marta López Martos

Directora:

Dra. Ana Maestre Peiró

Murcia, 11 de Mayo de 2020

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Grado en Medicina

“Desigualdades por sexo y género en la atención
sanitaria de la cardiopatía isquémica”

Autor:

Marta López Martos

Directora:

Dra. Ana Maestre Peiró

Murcia, 11 de Mayo de 2020

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
SAN ANTONIO

DEFENSA TRABAJO FIN DE GRADO

DATOS DEL ALUMNO	
Apellidos: López Martos	Nombre: Marta
DNI: 45607085 V	Grado Medicina
Facultad de Ciencias de la Salud	
Título del trabajo: Desigualdades por sexo y género en la atención sanitaria de la cardiopatía isquémica	

La Dra **Ana Maestre Peiró**, tutora del trabajo reseñado arriba, acredito su idoneidad y otorgo el V.º B.º a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En Murcia, a 20 de Abril de 2020

Fdo.:

AGRADECIMIENTOS

Tras varios meses, hoy escribo este apartado para finalizar mi trabajo fin de grado.

Aunque no han sido unos meses fáciles, a día de hoy puedo decir que, sin duda, ha merecido la pena. Ha sido un continuo aprendizaje y no solo en el ámbito académico, sino también a nivel personal.

Quiero agradecer a varias entidades y personas la ayuda que he recibido para llevar a cabo mi trabajo.

Entre ellas, en primer lugar, a ti, Ana, por todo lo que me has transmitido y enseñado en tan poco tiempo. Por haber confiado en mí en todo momento, y darme la oportunidad de llevar a cabo este gran trabajo. Porque a pesar de todas las dificultades de estos últimos momentos, siempre has estado dispuesta a dedicarme tu tiempo incluso no teniéndolo. Gracias a ti por ser una tutora excepcional y una persona incondicional. Como te dije un día, ojalá, en mi vida profesional pueda llegar a aportar a mis pacientes, aunque sea solo la mitad de lo que tú le aportas a ellos. Gracias Ana.

También me gustaría agradecer a mis amigos, que durante todos estos años han sido fundamentales. Siempre habéis estado ahí cada vez que os he necesitado, en los buenos momentos, pero sobre todo, en los malos.

A vosotros, papá, mamá, por haber permitido que pueda cumplir mi sueño, sin poner impedimentos y dando incluso lo que no tenéis por mí. Por vuestros sabios consejos y vuestra comprensión. Por no dejarme caer, ni durante estos seis años de dura carrera, ni en ningún momento de la vida. Hemos vivido momentos duros, pero juntos, siempre hemos sabido salir adelante como la gran familia que somos. Gracias por quererme de forma incondicional.

En general, gracias a mi familia, por darme siempre su apoyo y, sobre todo, su ánimo cada vez que lo he necesitado.

Por último, me gustaría agradecer al Hospital Universitario del Vinalopó por dejarme llevar a cabo este trabajo y facilitarme todo siempre que lo he necesitado durante estos meses. Por ser un gran hospital y por tener grandes profesionales, dispuestos a dar lo mejor de sí mismos. Así también como a la UCAM, por permitir que cumpla mi sueño, ser médico. Por el empeño que ponen en convertirnos en grandes profesionales y sobre todo en grandes personas.

Gracias, de corazón.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	9
ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS	15
RESUMEN	17
PALABRAS CLAVE	17
ABSTRACT	19
KEY WORDS	19
INTRODUCCIÓN	21
MATERIALES Y MÉTODOS	23
• Diseño del estudio.	23
• Objetivos del estudio.	23
• Diseño y desarrollo del estudio.	23
• Variables del estudio.	24
• Participantes del estudio.	25
• Análisis estadístico.	25
• Consideraciones éticas.	26
RESULTADOS	27
DISCUSIÓN	31
CONCLUSIÓN	37
BIBLIOGRAFÍA	39
TABLAS	43
• TABLA 1. Características basales de los pacientes.	43
• TABLA 2. Presentación clínica de los pacientes.	44
• TABLA 3. Variables de hospitalización de los pacientes.	45
• TABLA 4. Tratamiento al alta de los pacientes tras SCA.	46
• TABLA 5. Revisión en consultas externas de pacientes tras SCA.	47
ANEXOS	49
• Anexo 1. Cuaderno de recogida de datos.	49
• Anexo 2. Informe de aprobación del Comité de Ética.	51
• Anexo 3. Certificado de buenas prácticas.	52

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

AAS: Ácido acetil salicílico.

ACO: Anticoagulantes orales.

ARA II: Antagonista de los receptores de la angiotensina.

CCEE: Consultas externas.

CI: Cardiopatía isquémica.

DM: Diabetes mellitus.

ECV: Enfermedad cardiovascular.

FA: Fibrilación auricular.

HTA: Hipertensión arterial.

IAM: Infarto agudo de miocardio.

ICC: Insuficiencia cardíaca.

IECA: Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina.

IMC: Índice de masa corporal.

RHB: Rehabilitación.

SCA: Síndrome coronario agudo.

SCACEST: Síndrome coronario agudo con elevación del ST.

SCASEST: Síndrome coronario agudo sin elevación del ST.

RESUMEN

El sexo y el género subyacen en una Salud y Atención Sanitaria desigual entre hombres y mujeres con una misma necesidad sanitaria. Un ejemplo de sesgo de género muy estudiado y del que más evidencia se dispone es el que se relaciona con la enfermedad cardiovascular (ECV).

Se presenta a continuación un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se obtuvo una muestra de 113 pacientes de ambos sexos, cuyas edades medias oscilaban entre 65 y 71 años, todos ellos con episodios de síndrome coronario agudo durante el año 2018 en el Hospital Universitario del Vinalopó. Para este estudio se recogieron los datos requeridos a partir de las Historias Clínicas de los pacientes. El objetivo de este estudio era describir si existían desigualdades por sexo y género en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico en estos pacientes. Como resultado en el estudio no se observó ninguna diferencia significativa entre ambos sexos ni en cuanto al diagnóstico ni en cuanto al tratamiento.

Pensamos que es un buen resultado, ya que, el objetivo en la actualidad es, que entre hombres y mujeres no haya desigualdades en ningún ámbito de la vida, teniendo ambos los mismos derechos y beneficios y siendo, además, tratados siempre con el mismo respeto.

PALABRAS CLAVE

Género, mujer, sexo, síndrome coronario agudo.

ABSTRACT

Sex and gender underlie in an unequal Healthcare between men and women with the same needs. Cases related to cardiovascular disease (CVD) have been widely studied and show evidence of this gender bias.

An observational, descriptive and cross-cutting study is featured below. A sample of 113 patients of both men and women whose average ages ranged between 65 and 71 years was obtained. All of them showed episodes of acute coronary syndrome during 2018 at Hospital Universitario del Vinalopó. Besides, the required data was collected from the clinical records of those patients in order to make this study. The goal of this investigation is to describe whether sex and gender inequalities existed in the diagnostic and therapeutic effort in these patients. As a result, no significant difference was observed between both sexes, either in terms of diagnosis or treatment.

This is a positive answer since nowadays the objective is to achieve total equality between men and women in any area of life, with both of them having the same rights and benefits while being always treated respectfully.

KEY WORDS

Acute coronary syndrome, gender, sex, woman.

INTRODUCCIÓN

El sexo y el género subyacen en una Salud y Atención Sanitaria desigual entre hombres y mujeres con una misma necesidad sanitaria.¹

Aunque a menudo los términos sexo y género se utilizan de forma indistinta, no son exactamente lo mismo: el sexo es una variable biológica que define a las especies, incluida la humana, de acuerdo a sus órganos reproductivos y funciones, basado en su asignación cromosómica. En contraste, el género es una variable sociocultural referida a los roles, comportamiento, actividades y atributos que, en una sociedad determinada y en un momento determinado, se consideran apropiado para hombres y mujeres. Es difícil cuantificar la contribución exacta del sexo y del género en la Salud.²

La Sociedad Americana de Mujeres Médicas definió el sesgo de género como “la diferencia en el tratamiento de ambos sexos con un mismo diagnóstico clínico, que puede tener consecuencias positivas, negativas o neutras para su salud”.³

Dos sesgos en los que podemos fijarnos al valorar la Atención Sanitaria recibida por mujeres y hombres son el sesgo de esfuerzo diagnóstico y el sesgo de esfuerzo terapéutico, muy relacionados entre sí, y que dependen tanto del profesional sanitario (con sus conocimientos médicos, la interpretación de los signos y síntomas y la valoración de la gravedad inicial) como de la mujer y sus condicionantes biológicos (sexo) y de género (socioculturales). De forma global, la investigación sobre el sesgo de género en el esfuerzo terapéutico se centra en algunos aspectos como son, el acceso a los servicios sanitarios, aplicación de procedimientos terapéuticos para un mismo problema de salud, diferencias en la demora y espera de la asistencia sanitaria y, por último, diferente prescripción y consumo de fármacos.⁴

Además, el sexo y el género influyen en la investigación en salud. Clásicamente las mujeres han estado poco representadas en la investigación clínica y, especialmente, en los ensayos clínicos, con lo que se han realizado extrapolaciones en las mujeres de los resultados obtenidos en estudios con población mayoritariamente masculina.^{2,5}

Un ejemplo de sesgo de género muy estudiado y del que más evidencia se dispone es el que se relaciona con la enfermedad cardiovascular (ECV).^{6,7}

La enfermedad cardiovascular sigue siendo la causa más común de morbilidad y mortalidad en Europa, representando el 49% de las muertes en mujeres y 40% de las muertes en hombres.⁸ A pesar de ello no ha generado la preocupación y atención que sí ha recibido y recibe en el hombre.

En las últimas cuatro décadas, la mortalidad ajustada por edad en la enfermedad coronaria ha disminuido continuamente, sin embargo, en menor medida en mujeres que en hombres.⁹ Lo más interesante es que estudios recientes informan sobre un aumento significativo en las tasas de letalidad de la enfermedad coronaria en mujeres jóvenes <55 años de edad, mientras que hay una disminución en la mortalidad en hombres más jóvenes.^{10,11}

A pesar de la creciente evidencia que demuestra diferencias entre sexo y género en los factores de riesgo basales, anatomía coronaria, función, presentación de síntomas, comorbilidades, eficacia del tratamiento y resultados en la enfermedad coronaria, los mecanismos detrás de estas diferencias están en gran parte inexplorados.^{11,12}

Algunos autores concluyen que hay una necesidad de un abordaje multidisciplinar para diseñar modelos de prevención secundaria que tengan en cuenta edad, factores culturales y las características psicosociales y fisiológicas de las mujeres que ayuden a acabar definitivamente con esta desigualdad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio.

Estudio observacional, descriptivo y transversal.

Objetivos del estudio.

Objetivo principal:

Describir si existen desigualdades por sexo y género en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico en pacientes con síndrome coronario agudo.

Objetivos secundarios:

- Describir las diferencias clínicas entre hombres y mujeres ingresados por síndrome coronario agudo.
- Describir las diferencias entre las exploraciones complementarias realizadas a hombres y mujeres con síndrome coronario agudo.
- Describir las diferencias en el tratamiento entre hombres y mujeres ingresadas por síndrome coronario agudo.
- Describir las diferencias en la derivación ambulatoria a la consulta específica de Rehabilitación Cardíaca.

Diseño y desarrollo del estudio.

Estudio observacional, descriptivo y transversal.

Revisión retrospectiva de historias clínicas de los pacientes ingresados en el año 2018 en el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario del Vinalopó, Elche, con el diagnóstico de síndrome coronario agudo (se ha solicitado al OCIC, según la codificación del CIE 9).

La base de datos con la que ha trabajado la Investigadora Principal está minimizada y anónima, no conteniendo datos personales ni ningún identificador, haciendo un tratamiento de los mismos de forma confidencial.

Variables del estudio.

Características basales:

Sexo/Género (Variable explicativa o variable principal)

Edad.

Código CIE.

HTA.

DM.

Hipercolesterolemia.

Obesidad (IMC >30%).

FA permanente o paroxística.

Hábito tabáquico.

Hábito enólico.

Primer episodio de Cardiopatía Isquémica.

Presentación clínica:

Dolor torácico.

Disnea.

Palpitaciones.

Presentación atípica.

Variables de la hospitalización:

Fibrinólisis.

Realización de cateterismo diagnóstico.

Angioplastia y/o colocación de stent.

Cirugía cardíaca de revascularización (by pass).

ICC asociada.

Complicaciones cardíacas durante la hospitalización.

Otras complicaciones no cardíacas durante la hospitalización.

Estancia media.

Reingreso.

Tratamiento al alta:

AAS 100.

Clopidogrel.

Ticagrelor

Aldocumar.

Anticoagulantes de acción directa.

Estatinas.

IECA.

ARA II.

Betabloqueantes.

Remisión a la CCEE de Rehabilitación Cardíaca:

Primera visita.

Visitas sucesivas.

RHB funcional.

Asistencia a charlas informativas.

Rechazo del paciente.

Participantes del estudio.**Criterios de inclusión:**

Pacientes ingresados por síndrome coronario agudo en el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario del Vinalopó durante el año 2018.

(se ha solicitado al OCIC, CIE 9).

Criterios de exclusión:

Pacientes fallecidos durante el ingreso.

Análisis estadístico.

Los datos se han ingresado en una base Excel y posteriormente se ha llevado a cabo el análisis estadístico usando SPSS/PC versión 23. Las pruebas estadísticas comprenden:

- Análisis descriptivos básicos generales (porcentajes, frecuencias) y características descriptivas (medias, medianas)
- Análisis descriptivos básicos por sexo y pruebas comparativas entre sexos de las variables explicativas correspondientes para cada objetivo con pruebas no paramétricas como chi-cuadrado y pruebas paramétricas como T- Student.
- Se considera valores de $P < 0,05$ para considerar significancia estadística.

Consideraciones éticas.

Principios éticos.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ha ajustado a lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de Abril, de 2016, de Protección de datos y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de Diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Comité de ética de la investigación con medicamentos.

El protocolo y todo el material del estudio ha sido remitido al Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del Hospital Universitario del Vinalopó para su revisión y aprobación (Anexo 2).

La investigadora Principal ha obtenido el diploma de buenas prácticas (Anexo 3).

RESULTADOS

En este trabajo se ha llevado a cabo una investigación con respecto a 113 pacientes ingresados por síndrome coronario agudo en el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario del Vinalopó durante el año 2018, correspondiendo 86 pacientes a hombres y 27 pacientes a mujeres.

Tras analizar todos los datos recogidos en sus historias clínicas y compararlos entre ambos sexos, se han obtenido los siguientes resultados:

Con respecto a las características basales (tabla 1), el síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST), está presente en 50 hombres (51,8%) y en 14 mujeres (51,9%). Otras oclusiones coronarias se pueden observar en 4 hombres (4,7%) y en 3 mujeres (11,1%). El síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST), está presente en 32 hombres (37,2%) y en 10 mujeres (37%). Con respecto a la hipertensión arterial (HTA) se puede comprobar que aparece en 47 hombres (54,7%) y en 18 mujeres (66,7%).

La diabetes mellitus (DM) aparece en 28 hombres (32,6%) y en 7 mujeres (25,9%).

La hipercolesterolemia, aparece en 46 hombres (53,5%) y 15 mujeres (55,6%). Un IMC > 30 se puede observar en 20 hombres (23,3%) y en 7 mujeres (25,9%). La fibrilación auricular (FA) está presente en 3 hombres (3,5%) y en 4 mujeres (14,8%). Con respecto al hábito tabáquico, está presente en 31 hombres (36%) y en 8 mujeres (29,6%) y el hábito enólico en 10 hombres (11,6%) y en 2 mujeres (7,4%). En 58 hombres (67,4%) ha sido el primer episodio de cardiopatía isquémica (CI), así como en 19 mujeres (70,4%). De toda la muestra, 12 hombres (14%) no tienen nacionalidad española, al igual que 7 mujeres (25,9%).

De todos los datos de las características basales no hay ninguno que tenga significación estadística. Sin embargo, el que más se acerca a ella es la fibrilación auricular con una p de 0,055.

Con respecto a la presentación clínica (tabla 2), el dolor torácico está presente en 73 hombres (84,9%) y en 20 mujeres (74,1). La disnea aparece en 13 hombres (15,1%) y en 7 mujeres (25,9%). Las palpitaciones se observan en 1 hombre (1,2%) y en 1 mujer (3,7%). 4 hombres (4,7%) y 2 mujeres (7,4%) tienen una presentación atípica.

De todos los datos de la presentación clínica ninguno de ellos tiene una significación estadística, siendo el dolor torácico y la disnea los que más se acercan a ella con una p de 0,248 ambas.

Con respecto a las variables de hospitalización (tabla 3), la fibrinólisis es utilizada en 1 hombre (1,2%) y ninguna mujer. El cateterismo diagnóstico es llevado a cabo en 78 hombres (90,7%) y en 25 mujeres (92,6%). La angioplastia o colocación de stent se realiza en 65 hombre (75,6%) y en 20 mujeres (74,1%). La cirugía cardíaca de revascularización se ha realizado en 1 hombre (1,2%) y en 1 mujer (3,7%). En 29 hombres (33,7%) y en 8 mujeres (29,6%) hay una insuficiencia cardíaca (ICC). Las complicaciones cardíacas han estado presentes en 4 mujeres (4,7%) y en 3 mujeres (11,1%). 8 hombres (9,3%) y 2 mujeres (7,4%) han tenido otras complicaciones no cardíacas. Por último, en 6 hombres (7%) y en 4 mujeres (14,8%) han tenido que ser reingresados.

De todos los datos de las variables de hospitalización, ninguno de ellos tiene significación estadística, siendo el reingreso el que más se acerca a ella con una p de 0,247.

Con respecto al tratamiento al alta (tabla 4), el ácido acetil salicílico (AAS) es utilizado en 78 hombres (90,7%) y en 18 mujeres (66,7%). El clopidogrel se usa en 21 hombre (24,4%) y en 6 mujeres (22,2%). 44 hombres (51,2%) y 13 mujeres (48,1%) se tratan con ticagrelor. El adocumar es usado en 3 hombres (3,5%) y en 2 mujeres (7,4%). Los anticoagulantes orales (ACO) son el tratamiento de 6 hombres (7%) y 1 mujer (3,7%). 72 hombres (83,7%) y 22 mujeres (81,5%) son tratados con estatinas. Los IECA son el tratamiento de 46 hombres (53,5%) y 16 mujeres (59,3%). Los ARA II se usan en 10 hombres

(11,6%) y en 1 mujer (3,7%). Por último, los betabloqueantes son usados en 64 hombres (74,4%) y en 21 mujeres (77,8%).

De todos los datos del tratamiento al alta, solo el tratamiento con AAS tiene significación estadística con una p de 0,005.

Con respecto a la revisión en consultas externas (tabla 5), 76 hombres (88,4%) y 20 mujeres (74,1%) han acudido a una primera visita. 69 hombres (80,2%) y 18 mujeres (66,7%) han acudido a visitas sucesivas. Con respecto a la rehabilitación funcional 34 hombres (39,5%) y 6 mujeres (22,2%) han asistido a ella, asistiendo además a charlas informativas 29 hombres (33,7%) y 4 mujeres (14,8%). De todos estos pacientes, 3 hombres (3,5%) y 1 mujer (3,7%) rechazaron la rehabilitación funcional.

De todos los datos de revisión en consultas externas no hay ningún dato con significancia estadística, siendo la asistencia a charlas informativas la más cercana a ella, siendo la p de 0,059.

La edad media de los hombres con SCA está en torno a 65 años, siendo la edad media en la mujer 71 años.

Por último, la estancia media en el hospital es en torno a 4 días en los hombres, y a 5 días en las mujeres.

DISCUSIÓN

A pesar de la evidencia creciente de que el sexo/género de un individuo es uno de los moduladores más importantes en el riesgo de enfermar y en la respuesta al tratamiento, y de que existe un dimorfismo sexual en la respuesta a fármacos (ya que muchos medicamentos son metabolizados de forma diferente en hombres y mujeres debido a variaciones en el peso corporal y los volúmenes de distribución, niveles de hormonas sexuales, actividad enzimática...), muchas veces no se tiene en consideración el sexo/género en la decisión clínica sobre un paciente, incluyendo la elección de pruebas diagnósticas, tratamiento y otras intervenciones.¹³

El objetivo principal de este estudio era describir si existen desigualdades por sexo y género en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico en pacientes con síndrome coronario agudo, y se ha podido comprobar que no se han encontrado diferencias significativas con respecto a ello.

En nuestro estudio se ha comprobado que a la hora de desarrollar un tipo de SCA, tanto en el SCACEST como en el SCASEST la diferencia entre hombres y mujeres apenas se percibe, siendo el porcentaje de ambos similar, sin embargo, no ocurre lo mismo con otras oclusiones coronarias, predominando más en mujeres.

Los factores de riesgo tradicionales para la enfermedad coronaria son los mismos en mujeres y hombres, pero las diferencias en la prevalencia y el impacto de estos factores de riesgo varían entre los sexos.^{14,15}

Esto se ve especialmente en el síndrome coronario agudo (SCA), ya que, las mujeres que se presentan con SCA generalmente son mayores y tienen más comorbilidades, incluida una mayor prevalencia de hipertensión, dislipemia, diabetes, insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular.^{16,17}

Sin embargo, en nuestro estudio no se puede observar una gran diferencia de prevalencia con respecto a estos factores de riesgo, observándose solo en la HTA y en la FA una pequeña tendencia a ser mayor en mujeres que en hombres. Lo que, si vemos en este estudio, es que, generalmente la mujer es mayor que el hombre, siendo la edad media de ellas de 71 años, en comparación con la de ellos que es de 65 años.

Los mecanismos para estos resultados diferenciales no están claros. En el estudio VIRGO sobre pacientes jóvenes con IAM se encontró que las mujeres más jóvenes tienen un peor estado de salud previo al evento, en comparación con los hombres, incluyendo un estilo de vida menos saludable en general, así como menor salud mental.¹⁸

Tanto el tabaco como la diabetes mellitus, han demostrado tener un mayor impacto en las mujeres, ya que existe un 25% más de riesgo de eventos cardiovasculares fatales y no fatales en mujeres fumadoras en comparación con los hombres, independientemente de otros factores de riesgo.^{19,21} El riesgo cardiovascular relacionado con el tabaquismo fue mayor entre mujeres jóvenes y de mediana edad.¹⁹

En referencia a la obesidad, al hábito tabáquico y al enólico, en este estudio, solo en el hábito enólico se ve una pequeña tendencia mayor en hombres que en mujeres, siendo los dos anteriores prácticamente igual en ambos, al igual que pasa con el primer episodio de cardiopatía isquémica donde tanto en hombres como en mujeres es prácticamente igual el porcentaje.

Es de vital importancia que tanto hombres como mujeres tengan el mismo acceso a tratamientos y recursos eficaces para los factores de riesgo.

Además, en la ECV se ha observado que la mujer tiene una diferente presentación clínica. El dolor o la presión en el pecho es el principal síntoma de presentación en más del 80% de las mujeres y hombres con SCA.

Sin embargo, las mujeres presentan un mayor número de síntomas adicionales a parte del dolor torácico, como son, dolor en el cuello, fatiga, disnea o náuseas.²² Además, las mujeres tienen más probabilidad que los hombres de presentarse sin dolor en el pecho y con mayor frecuencia se atribuyen sus síntomas a una afección no relacionada con el corazón, como es el reflujo, el estrés o la ansiedad.²²

En nuestro estudio se ha podido comprobar que la presentación atípica está ligeramente más presente en mujeres que en hombres, observándose la misma tendencia con respecto a la disnea y a las palpitaciones, siendo el dolor torácico, al contrario, un poco más prevalente en ellos.

Otro tema que sigue debatiéndose activamente es si todavía hay inequidades en el diagnóstico y manejo de la enfermedad, que conducen a disparidades de género en los resultados entre pacientes con SCA²³. Las mujeres en general esperan más tiempo para buscar atención médica y tienen menos probabilidades de tener cambios al diagnóstico en la electrocardiografía y en los niveles elevados de troponina al ingreso.²⁴⁻²⁶

En consecuencia, ellas, tienen un mayor riesgo de un diagnóstico incorrecto y un tratamiento retardado, como lo demuestran numerosos estudios que informan de retrasos sustanciales del sistema en las mujeres.²⁵⁻²⁷

Se ha visto que son remitidas menos frecuentemente a tratamiento de revascularización a pesar de que se benefician de una estrategia temprana invasiva, así como a pesar de la evidencia de la eficacia del tratamiento médico, existe una infrautilización del tratamiento farmacológico en ellas.

En nuestro estudio, a la hora de realizar fibrinólisis, cateterismo diagnóstico, colocación de stents, angioplastia o cirugía de revascularización coronaria no se observa una diferencia significativa de uso entre ambos sexos, al igual que no se puede comprobar una diferencia entre ambos a la hora de la presentación de complicaciones no cardíacas, no pudiendo decir lo mismo de las complicaciones cardíacas o el número de reingreso, siendo la prevalencia algo mayor en el sexo femenino.

Por otro lado, en el estudio de Ahmed Haider y colaboradores, se observa menos prescripción de medicación para prevención secundaria a las mujeres con IAM, con mayor tasa de readmisión hospitalaria, reinfarto y muerte en el primer año tras un IAM. Además, expone que las mujeres tienen una menor adherencia a las terapias prescritas, así como a la utilización de la rehabilitación cardíaca. Menos del 80% de las mujeres candidatas a un programa de rehabilitación cardíaca son remitidas al mismo, a pesar de haber demostrado beneficios indiscutibles en términos de mortalidad y morbilidad. En estudios de bases de datos americanas las mujeres remitidas suelen ser mujeres sin seguro, solteras, fumadoras y depresivas entre otras características.²³ En nuestro estudio, a la hora del tratamiento a estos pacientes, no hay diferencia entre sexos con el clopidogrel, ticagrelor, estatinas, IECA y betabloqueantes. Sin embargo, hay una tendencia a un mayor tratamiento en hombres con AAS, ACO y ARA II. Siendo, por el contrario, más tratadas las mujeres que los hombres con aldocumar. En referencia a las consultas externas, en nuestro estudio, se ha comprobado que tanto la primera visita como las visitas sucesivas a estas consultas son mayores en hombres que en mujeres, al igual que pasa con la rehabilitación funcional. Observándose un mismo porcentaje de rechazo a todo ello en ambos sexos.

Las posibles explicaciones para que en nuestra investigación no se haya observado una diferencia significativa entre sexos a la hora de diagnosticar, tratar y seguir a estos pacientes son en primer lugar que la muestra era pequeña, ya que, solo se han recogido los datos de pacientes durante un año, excluyendo de esos datos a aquellos pacientes fallecidos, quedando con ello un número pequeño de muestra (113 pacientes).

Otra causa podría ser, que, de 27 mujeres, 7 de ellas no tenían nacionalidad española, con lo cual eran acreditadas en el hospital, perdiéndose el seguimiento de ellas una vez finalizado el ingreso debido al SCA, no pudiendo comprobar todos los datos necesarios para este estudio.

Finalmente, también podría ser una explicación, que el sesgo que estudiamos, actualmente ha disminuido debido a que los profesionales sanitarios realizan un esfuerzo similar entre ambos sexos.

CONCLUSIÓN

El objetivo de investigación era describir si existen desigualdades por sexo y género en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico en pacientes con síndrome coronario agudo.

Una vez realizado el trabajo se puede concluir que:

- En nuestra muestra no se han encontrado diferencias significativas en cuanto a las características basales.
- En nuestra muestra no se han encontrado diferencias significativas en cuanto a la presentación clínica.
- En nuestra muestra no se han encontrado diferencias significativas en cuanto a las variables de hospitalización.
- En nuestra muestra no se han encontrado diferencias significativas en cuanto al tratamiento al alta.
- En nuestra muestra no se han encontrado diferencias significativas en cuanto a la revisión en las consultas externas.

Los datos que se han obtenido son muy positivos, ya que, en la actualidad la igualdad de género es una lucha que sigue presente, siendo el objetivo en la sociedad, que entre hombres y mujeres no haya desigualdades, teniendo ambos los mismos derechos y beneficios y siendo, además, tratados siempre con el mismo respeto en cualquier ámbito de la vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shannon G, Jansen M, Williams K et al. Gender equality in science, medicine and global health: where are we and why does it matter? *Lancet* 2019; 393: 560-569.
2. Peters S, Norton R. Sex and gender reporting in global health: new editorial policies. *BMJ Glob Health* 2018; 3: e001038.
3. Lenhart SH. Gender discrimination: a health and career development problem for women physicians. *J Am Med Women Assoc* 1993; 48: 155-159.
4. Ruiz-Cantero MT, Verdú-Delgado M. Sesgo de género eb el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit* 2004; 18 (Supl 1): 118-125.
5. Heidari S, Babor TF, De Castro P et al. Sex and gender equity in research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use. *Res Integr Peer Rev* 2016; 1 (1): 1-9.
6. Millett ER, Peters SA, Woodward M. Sex differences in risk factors for myocardial infarction: cohort study of UK Biobank participants. *BMJ* 2018; 363: k4247.
7. 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.
8. Townsend N, Wilson L, Bhatnagar P, Wickramasinghe K, Rayner M, Nichols M. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016. *Eur Heart J* 2016; 37: 3232–3245.
9. Gupta A, Wang Y, Spertus JA, Geda M, Lorenze N, Nkonde-Price C, D'Onofrio G, Lichtman JH, Krumholz HM. Trends in acute myocardial infarction in young patients and differences by sex and race, 2001 to 2010. *J Am Coll. Cardiol* 2014; 64: 337–345.
10. Smilowitz NR, Gupta N, Guo Y, Zhong J, Weinberg CR, Reynolds HR, Bangalore S. Acute myocardial infarction during pregnancy and the puerperium in the United States. *Mayo Clin Proc* 2018; 93:1404–1414.
11. Vaccarino V. Myocardial infarction in young women. *Circulation* 2019; 139: 1057–1059.

12. Pagidipati NJ, Peterson ED. Acute coronary syndromes in women and men. *Nat Rev Cardiol* 2016; 13: 471–480.
13. Legato M, Johnson P, Manson J. Consideration of sex differences in Medicine to improve Health Care and patients outcomes. *JAMA* 2016; 316 (18): 1865-1866.
14. Mosca L, Barrett-Connor E, Wenger NK. Sex/gender differences in cardiovascular disease prevention: what a difference a decade makes. *Circulation* 2011; 124: 2145–2154.
15. Garcia M, Mulvagh SL, Merz CN, Buring JE, Manson JE. Cardiovascular disease in women: clinical perspectives. *Circ Res* 2016; 118: 1273–1293.
16. Berger JS, Elliott L, Gallup D, Roe M, Granger CB, Armstrong PW, Simes RJ, White HD, Van de WF, Topol EJ, Hochman JS, Newby LK, Harrington RA, Califf RM, Becker RC, Douglas PS. Sex differences in mortality following acute coronary syndromes. *JAMA* 2009; 302: 874–882.
17. Udell JA, Koh M, Qiu F, Austin PC, Wijeyesundera HC, Bagai A, Yan AT, Goodman SG, Tu JV, Ko DT. Outcomes of women and men with acute coronary syndrome treated with and without percutaneous coronary revascularization. *J Am Heart Assoc* 2017; 6: e004319.
18. Dreyer RP, Smolderen KG, Strait KM, Beltrame JF, Lichtman JH, Lorenze NP, D’Onofrio G, Bueno H, Krumholz HM, Spertus JA. Gender differences in prevent health status of young patients with acute myocardial infarction: a VIRGO study analysis. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care* 2016; 5: 43–54.
19. Njolstad I, Arnesen E, Lund-Larsen PG. Smoking, serum lipids, blood pressure, and sex differences in myocardial infarction. A 12-year follow-up of the Finnmark Study. *Circulation* 1996; 93: 450–456.
20. Bolego C, Poli A, Paoletti R. Smoking and gender. *Cardiovasc Res* 2002; 53: 568–576.
21. Huxley RR, Woodward M. Cigarette smoking as a risk factor for coronary heart disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Lancet* 2011; 378: 1297–1305.

22. Lichtman JH, Leifheit EC, Safdar B, Bao H, Krumholz HM, Lorenze NP, Daneshvar M, Spertus JA, D'Onofrio G. 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.
23. Ahmed Haider, Susan Bengs, Judy Luu, Elena Osto, Jolanta M. Siller-Matula, Taulant Muka, Catherine Gebhard. Sex and gender in cardiovascular medicine: presentation and outcomes of acute coronary syndrome. *European Heart Journal* (2019) 0, 1–14.
24. Canto JG, Goldberg RJ, Hand MM, Bonow RO, Sopko G, Pepine CJ, Long T. Symptom presentation of women with acute coronary syndromes: myth vs reality. *Arch Intern Med* 2007; 167: 2405–2413.
25. Gebhard CE, Gebhard C, Maafi F, Bertrand MJ, Stahli BE, Maredziak M, Bengs S, Haider A, Zhang ZW, Smith DC, Ly HQ. Impact of summer season on prehospital time delays in women and men undergoing primary percutaneous coronary intervention. *Sci Total Environ* 2019; 656: 322–330.
26. Meyer MR, Bernheim AM, Kurz DJ, O'Sullivan CJ, Tu'ller D, Zbinden R, Rosemann T, Eberli FR. Gender differences in patient and system delay for primary percutaneous coronary intervention: current trends in a Swiss STsegment elevation myocardial infarction population. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care* 2019; 8: 283–290.
27. Roswell RO, Kunkes J, Chen AY, Chiswell K, Iqbal S, Roe MT, Bangalore S. Impact of sex and contact; Device time on clinical outcomes in acute; Segment elevation myocardial infarction; Findings from the National Cardiovascular Data Registry. *J Am Heart Assoc* 2017; 6: e004521.

TABLAS

TABLA 1. Características basales de los pacientes.

CARACTERÍSTICAS BASALES	HOMBRES (n= 86)			MUJERES (n=27)			Valor P
	n	%	IC 95 %	n	%	IC 95 %	
SCACEST	50	58,1%	[47,7-68,5]	14	51,9%	[33,1-70,7]	0,466
Otras oclusiones coronarias	4	4,7%	[0,2-9,2]	3	11,1%	[0-22,9]	0,466
SCASEST, angina	32	37,2%	[27-47,7]	10	37%	[18,8-55,2]	0,466
HTA	47	54,7%	[44,2-65,2]	18	66,7%	[48,9-84,5]	0,271
DM	28	32,6%	[22,7-42,5]	7	25,9%	[9,4-42,4]	0,516
Hipercolesterolemia	46	53,5%	[43-64]	15	55,6%	[36,9-74,3]	0,851
IMC > 30	20	23,3%	[14,4-32,2]	7	25,9%	[9,4-42,4]	0,896
FA	3	3,5%	[0-7,4]	4	14,8%	[1,4-28,2]	0,055
Hábito tabáquico	31	36%	[25,9-46,1]	8	29,6%	[12,4-46,8]	0,541
Hábito enólico	10	11,6%	[4,8-18,4]	2	7,4%	[0-17,3]	0,728
Primer episodio de CI	58	67,4%	[57,5-77,3]	19	70,4%	[53,2-87,6]	0,776
Nacionalidad	12	14%	[6,7-21,3]	7	25,9%	[9,4-42,4]	0,236

SCACEST: Síndrome coronario agudo con elevación del ST.

SCASEST: Síndrome coronario agudo sin elevación del ST.

HTA: Hipertensión arterial.

DM: Diabetes mellitus.

IMC: Índice de masa corporal.

FA: Fibrilación auricular.

CI: Cardiopatía isquémica.

TABLA 2. Presentación clínica de los pacientes.

PRESENTACIÓN CLÍNICA	HOMBRES (n=86)			MUJERES (n=27)			Valor P
	n	%	IC 95 %	n	%	IC 95 %	
Dolor torácico	73	84,9%	[77,3-92,5]	20	74,1%	[57,6-90,6]	0,248
Disnea	13	15,1%	[7,5-22,7]	7	25,9%	[9,4-42,4]	0,248
Palpitaciones	1	1,2%	[0-3,5]	1	3,7%	[0-10,8]	0,422
Presentación atípica	4	4,7%	[0,2-9,2]	2	7,4%	[0-17,3]	0,628

TABLA 3. Variables de hospitalización de los pacientes.

VARIABLES DE HOSPITALIZACIÓN	HOMBRES (n=86)			MUJERES (n=27)			Valor P
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Fibrinólisis	1	1,2%	[0-3,5]	0	0%	[0-0]	0,761
Cateterismo diagnóstico	78	90,7%	[84,6-96,8]	25	92,6%	[82,7-100]	0,557
Angioplastia / stent	65	75,6%	[66,5-84,7]	20	74,1%	[57,6-90,6]	0,874
Cirugía cardíaca revascularización	1	1,2%	[0-3,5]	1	3,7%	[0-10,8]	0,422
ICC asociada	29	33,7%	[23,7-43,7]	8	29,6%	[12,4-46,8]	0,693
Complicaciones cardíacas	4	4,7%	[0,2-9,2]	3	11,1%	[0-22,9]	0,355
Otras complicaciones no cardíacas	8	9,3%	[3,2-15,4]	2	7,4%	[0-17,3]	0,557
Reingreso	6	7%	[1,6-12,4]	4	14,8%	[1,4-28,2]	0,247

ICC: Insuficiencia cardíaca.

TABLA 4. Tratamiento al alta de los pacientes tras SCA.

TRATAMIENTO AL ALTA	HOMBRES (n=86)			MUJERES (n=27)			Valor P
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
AAS	78	90,7%	[84,6-96,8]	18	66,7%	[48,9-84,5]	0,005
Clopidogrel	21	24,4%	[15,3-33,5]	6	22,2%	[6,5-37,9]	0,815
Ticagrelor	44	51,2%	[40,6-61,8]	13	48,1%	[29,3-66,9]	0,785
Aldocumar	3	3,5%	[0-7,4]	2	7,4%	[0-17,3]	0,592
ACO	6	7%	[1,6-12,4]	1	3,7%	[0-10,8]	0,683
Estatinas	72	83,7%	[75,9-91,5]	22	81,5%	[66,9-96,1]	0,495
IECA	46	53,5%	[43-64]	16	59,3%	[40,8-77,8]	0,599
ARA II	10	11,6%	[4,8-18,4]	1	3,7%	[0-10,8]	0,293
Betabloqueantes	64	74,4%	[65,2-83,6]	21	77,8%	[62,1-93,5]	0,724

AAS: Ácido acetilsalicílico.

ACO: Anticoagulantes orales.

IECA: Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina.

ARAI: Bloqueadores de los receptores de angiotensina II.

TABLA 5. Revisión en consultas externas de pacientes tras SCA.

REVISIÓN CONSULTAS EXTERNAS	HOMBRES (n=86)			MUJERES (n=27)			Valor P
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Primera visita	76	88,4%	[81,6-95,2]	20	74,1%	[57,6-90,6]	0,118
Visitas sucesivas	69	80,2%	[71,8-88,6]	18	66,7%	[48,9-84,5]	0,144
RHB funcional	34	39,5%	[29,2-49,8]	6	22,2%	[6,5-37,9]	0,101
Asistencias a charlas informativas	29	33,7%	[23,7-43,7]	4	14,8%	[1,4-28,2]	0,059
Rechazo del paciente	3	3,5%	[0-7,4]	1	3,7%	[0-10,8]	0.670

RHB: Rehabilitación.

ANEXOS

Anexo 1. Cuaderno de recogida de datos.

ID (Nº Historia)

Sexo (Variable explicativa o variable principal): 1: HOMBRE 2: MUJER

Edad: Cuantitativa

Código CIE: 1 (410 SCACEST, IAM), 2 (411 OTRAS COLUSIONES CORONARIAS), 3 (413 SCASEST, ANGINA)

HTA: 1 NO 2 SI

DM: 1 NO 2 SI

Hipercolesterolemia: 1 NO 2 SI

Obesidad (IMC >30%): 1 NO 2 SI 3 NO CONSTA

FA permanente o paroxística: 1 NO 2 SI

Hábito tabáquico: 1 NO 2 SI

Hábito enólico: 1 NO 2 SI

Primer episodio de Cardiopatía Isquémica: 1 NO 2 SI

Dolor torácico: 1 NO 2 SI

Disnea: 1 NO 2 SI

Palpitaciones: 1 NO 2 SI

Presentación atípica: 1 NO 2 SI

Fibrinólisis: 1 NO 2 SI

Realización de cateterismo diagnóstico: 1 NO 2 SI

Angioplastia y/o colocación de stent: 1 NO 2 SI

Cirugía cardiaca de revascularización (by pass): 1 NO 2 SI

ICC asociada: 1 NO 2 SI

Complicaciones cardíacas durante la hospitalización: 1 NO 2 SI

Otras complicaciones no cardíacas durante la hospitalización: 1 NO 2 SI

Estancia media: Cuantitativa

Reingreso: 1 NO 2 SI

AAS 100: 1 NO 2 SI

Clopidogrel: 1 NO 2 SI

Ticagrelor: 1 NO 2 SI

Aldocumar: 1 NO 2 SI

Anticoagulantes de acción directa: 1 NO 2 SI

Estatinas: 1 NO 2 SI

IECA: 1 NO 2 SI

ARA II: 1 NO 2 SI

Betabloqueantes: 1 NO 2 SI

Primera visita: 1 NO 2 SI

Visitas sucesivas: 1 NO 2 SI

RHB funcional: 1 NO 2 SI

Asistencia a charlas informativas: 1 NO 2 SI

Rechazo del paciente: 1 NO 2 SI

Nacionalidad: 1 ESPAÑOL 2 NO ESPAÑOL

Anexo 2. Informe de aprobación del Comité de Ética.



DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS

D. Alejandro Jover Botella, Jefe de la Secretaría Técnica y D. Eduardo Cazorla Amorós, Presidente del Comité Ético de Investigación con Medicamentos de los Hospitales Universitarios Torrevieja y Elche-Vinalopó,

CERTIFICAN

Que este CEIm, en su reunión de fecha 04/05/2020 ha evaluado el proyecto de investigación presentado por Marta López Martos para la realización del estudio en el centro: Hospital Universitario de Vinalopó.

Número de registro: 2020.007

Título completo: Desigualdades por sexo y género en la atención sanitaria de la Cardiopatía Isquémica

Que teniendo en consideración cuestiones relacionadas con el cumplimiento de las normativas éticas y de Buena Práctica Clínica establecidas para este tipo de estudios así como la legislación vigente en materia de Protección de datos,

Se decide emitir DICTAMEN Favorable.

Que en dicha reunión del Comité Ético de Investigación Clínica se cumplió el quórum preceptivo legalmente y que, en el caso de evaluación de algún estudio del que algún integrante del equipo investigador forme parte de este CEIm, éste se ausentará durante la deliberación y votación del mismo.

Que el comité tanto en su composición como en sus PNT cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95), con la legislación vigente que regula su funcionamiento, así como la normativa autonómica en materia de investigación aplicable de la Comunitat Valenciana; y su composición actual es la indicada en el anexo I.

Lo que firmo en Elche, a 6 de mayo de 2020.

Eduardo Cazorla Amorós

Alejandro Jover Botella

Anexo 3. Certificado de buenas prácticas.



Hereby Certifies that

MARTA LOPEZ MARTOS

has completed the e-learning course

**NORMAS DE BUENA
PRÁCTICA CLÍNICA ICH E6
(R2)**

with a score of

100%

on

23/01/2020

This e-learning course has been formally recognised for its quality and content by the following organisations and institutions

This ICH E6 GCP Investigator Site Training meets the Minimum Criteria for ICH GCP Investigator Site Personnel Training identified by TransCelerate BioPharma as necessary to enable mutual recognition of GCP training among trial sponsors.



Global Health Training Centre
globalhealthtrainingcentre.org/elearning

Certificate Number 76f155d4-b22d-4f91-bae1-5e4425e1f9cf Version number 0

