

EDITORIAL

Es el momento de cambiar en urgencias la evaluación del dolor torácico en la mujer

The time has come to change how emergency physicians evaluate chest pain in women

Antonia Sambola^{1,3}, Toni Soriano-Colomé^{1,3}

El estudio de Miró *et al.*¹ destaca por su oportunidad de publicación en consonancia con la reciente publicación de las guías de la ACC/AHA para valoración del dolor torácico (DT)². En estas guías se mencionan específicamente dos recomendaciones enfocadas al diagnóstico de la singularidad del DT en la mujer: 1) eliminar el término “atípico”, tan asociado a las mujeres, y que se sustituya por “no cardíaco”, una vez se ha descartado razonablemente este origen; y 2) el uso rutinario de algoritmos de decisión clínica para el DT en el departamento de urgencias y entornos ambulatorios, tanto en hombres como en mujeres, que garanticen un acceso equitativo al tratamiento.

El estudio de Miró *et al.*¹ es muy relevante puesto que actualiza datos sobre la evaluación errónea de los pacientes que acuden a urgencias con sospecha de síndrome coronario agudo (SCA), particularmente, en el subgrupo de las mujeres. Adicionalmente, el estudio nos permite vislumbrar el eco que han tenido las múltiples publicaciones que han comunicado un infradiagnóstico y tratamiento en este grupo de la población².

Se trata de un estudio muy original que analiza una gran cohorte retrospectiva de pacientes que incluyó 8.093 mujeres y 9.979 hombres que acudieron a urgencias de un hospital de tercer nivel para valoración de DT, considerando diagnóstico correcto el diagnóstico final de SCA. El principal dato a destacar es el número tan bajo de pacientes (< 1%) con una clasificación inicial errónea (CIE), en el descarte de SCA independientemente de la edad, lo que sustenta una excelente orientación diagnóstica del centro en el que se selecciona la población. Los autores observaron un porcentaje de CIE similar entre hombres y mujeres (0,9% vs 0,8%), lo que contrasta con un estudio previo, donde se comunicaba un infradiagnóstico en las mujeres³. Previsiblemente, los hombres fueron más jóvenes que las mujeres de forma significativa. El diseño y la rigurosa metodología empleados en el análisis imprimen una gran solidez al estudio. Aunque como los mismos autores reconocen, el bajo número de eventos hacía desaconsejable el ajuste del análisis de regresión por un número tan elevado de variables, los resultados no per-

dieron validez. Por otra parte, el estudio añade novedades a un estudio previo del mismo grupo sobre este problema tan común en el área de urgencias⁴⁻⁶.

Sin duda, el hallazgo más relevante y paradójico del presente estudio es la asociación entre síntomas clínicos muy sugestivos de angina (DT durante el ejercicio, irradiación, y vegetativismo) con un CIE en las mujeres¹. Esta observación sugiere un sesgo de género, ya que a pesar de que las mujeres presentasen síntomas clásicos de angina, se descartó la posibilidad de que esas mujeres presentasen un SCA. Por el contrario, en los hombres, no hubo ningún síntoma que se asociase a un CIE. Otro dato paradigmático en este estudio es la observación de que las mujeres inicialmente no orientadas como SCA presentaron más dolor opresivo (43,5% vs 36,4%) y más irradiación del dolor (27,4% vs 21,0%) que los hombres. Este hecho enfatiza la necesidad de romper la inercia en los profesionales sanitarios de la asociación “DT en mujer joven = dolor no cardíaco”. Por tanto, se impone la reflexión de si, en estos casos, la CIE podría haber sido prevenible y resulta particularmente alarmante la existencia de este sesgo clínico evidente, relacionado muy probablemente con la actitud de algunos profesionales basada en la intuición clínica³.

Curiosamente, en el estudio de Miró *et al.*, el consumo de cocaína se asoció con un CIE en las mujeres. Un sesgo negativo de género es pensar que las mujeres pueden consumir menos frecuentemente que los hombres cocaína. La implementación de los protocolos de evaluación en urgencias debe ser igual para los hombres y mujeres, y por tanto, la detección de tóxicos en orina está indicada en pacientes menores de 50 años en ambos sexos¹.

Miró *et al.*¹ aportan un análisis más objetivo y sólido que otros estudios previos. Así pues, Guerianeau *et al.* hallaron una asociación entre el diagnóstico final de SCA con factores muy subjetivos y poco reproducibles, como por ejemplo, “la intuición del médico” que realizaba la entrevista telefónica³. Por otra parte, el estudio de Miró *et al.* difiere con el de Domínguez-Rodríguez *et al.* donde se definen otros factores clave para diagnosticar el DT, como son la edad superior a 50 años, el sexo

Filiación de los autores: ¹Departamento de Cardiología. ²Instituto de Investigación, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Universitat Autònoma, Barcelona, España. ³CIBER Cardiovascular Diseases (CIBER-CV), Barcelona, España.

Contribución de los autores: Los autores han confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Autor para correspondencia: Antonia Sambola. Departamento de Cardiología, Hospital Vall d'Hebron. Passeig de la Vall d'Hebron, 119. 08035 Barcelona, España.

Correo electrónico: asambola@vhebron.net

Información del artículo: Recibido: 13-6-2022. Aceptado: 14-6-2022. Online: 22-06-2022.

Editor responsable: Óscar Miró.

DOI: 10.55633/s3me/E043.2022

varón, el número de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), antecedentes asociados a la cardiopatía isquémica previa, características del dolor y cambios electrocardiográficos sugestivos de isquemia³. Los hallazgos de Miró *et al.* también difieren de un metanálisis recientemente publicado que observó una menor frecuencia de DT en las mujeres que consultaron por sospecha de SCA⁷. En este sentido, Miró *et al.* argumentan en su discusión que las mujeres presentan DT en un porcentaje similar que los hombres en el contexto de SCA en la medida que se encuentran en el mismo estadio, y que por el contrario el DT puede haber desaparecido en las mujeres si han consultado tardíamente y la necrosis está establecida.

Indudablemente, establecer un diagnóstico correcto del SCA es absolutamente prioritario, en hombres y mujeres, porque es un síndrome amenazante para la vida. Específicamente, reconocer un infarto agudo de miocardio (IAM) con elevación del segmento ST (IAMCEST) determina la realización de intervención coronaria percutánea (ICP) y la perfusión precoz mejora indefectiblemente su supervivencia. En este sentido, aunque se ha avanzado hacia una mayor equidad, las mujeres con IAMCEST siguen teniendo una menor tasa de activación de código IAM, una menor perfusión y una mayor mortalidad hospitalaria⁸. Por lo tanto, es primordial reconocer el IAM precozmente en las mujeres para poder ofrecer el tratamiento de perfusión adecuado que mejore su supervivencia.

Otro dato significativo en el estudio de Miró *et al.* es que la edad media de los pacientes analizados fue inferior a 55 años. En este subgrupo de edad se ha observado un incremento de la incidencia de IAM en la mujer con un peor pronóstico, por lo que es de suma importancia un diagnóstico correcto. En una población joven de similar edad, Litchman *et al.* hallaron que el síntoma más frecuente en ambos sexos fue el DT (87% mujeres vs 89,5% hombres), pero las mujeres presentaban un mayor número de síntomas adicionales independientemente de la presencia de DT, por lo que a veces se dificulta el diagnóstico⁹. Existía un porcentaje mucho mayor de mujeres en las que, habiendo consultado previamente, no se había atribuido un origen cardíaco al dolor (53% mujeres vs 37% hombres), un hecho que contribuiría a que las mujeres se presenten más tarde que los hombres cuando están desarrollando un IAMCEST.

Por último, el DT en la mujer sigue siendo una singularidad a la que se enfrenta el clínico en la que existen algunos puntos oscuros por esclarecer. En el SCA existen diferencias fisiopatológicas entre sexos, pero algunos factores tales como la persistencia de conceptos

erróneos transmitidos durante décadas como la supuesta atipicidad del DT en las mujeres pueden contribuir a un CIE y un tratamiento inadecuado. No hay que olvidar que las mujeres siguen teniendo un peor pronóstico que los hombres, después de ajustar por edad y comorbilidades¹⁰. Establecer un diagnóstico sistemático aplicando las exploraciones basadas en la evidencia de las guías de práctica clínica y no en la intuición del médico tratante es fundamental para conseguir mejorar el pronóstico de las mujeres con SCA.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

Financiación: Los autores declaran la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

Responsabilidades éticas: Los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Artículo encargado y con revisión interna por el Comité Editorial.

Bibliografía

- Miró Ó, García A, López-Barbeito B, Martínez-Nadal G, Carbó M, Placer A, Repullo D, ET AL. Análisis individualizado de los factores asociados a la clasificación inicial errónea en urgencias del dolor torácico como no coronario. *Emergencias*. 2022;34:268-74.
- Gulati M, Levy PD, Mukherjee D, Amsterdam E, Bhatt DL, Birtcher KK, et al. 2021 AHA/ACC/AASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2021;144:e368-e454.
- Guerineau A, Rozelle C, Sevestre E, Narcisse S, Laribi S, Giovannetti O. Escala predictiva para el diagnóstico de síndrome coronario agudo en la atención telefónica en un centro coordinador de emergencias: escala SCARE. *Emergencias*. 2020;32:19-25.
- Miró O, Martínez Nadal G, Jiménez S, Gómez Angelats E, Alonso JR, Antolín A, et al. Asociación entre los datos clínicos y electrocardiográficos iniciales en pacientes con dolor torácico no traumático y la sospecha inicial y el diagnóstico final de síndrome coronario agudo. *Emergencias*. 2020;32:9-18.
- Chang AM, Hollander JE. Dolor torácico: ¿temerlo o abordarlo con sensatez? *Emergencias*. 2020;32:5-6.
- Domínguez-Rodríguez A, Hernández-Vaquero D. Síndrome coronario agudo: un diagnóstico siempre difícil en urgencias –la regla del 9–. *Emergencias*. 2020;32:3-4.
- Van Oosterhout REM, de Boer AR, Maas AHEM, Rutten FH, Bots ML, Peters SAE. Sex differences in symptom presentation in acute coronary syndromes: A systematic review and meta-analysis. *J Am Heart Assoc*. 2020;9:e014733.
- Sambola A, Elola FJ, Ferreiro JL, Murga N, Rodríguez-Padial L, Fernández C, et al. Impacto de las diferencias de sexo y los sistemas de red en la mortalidad hospitalaria de pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. *Rev Esp Cardiol*. 2021;74:927-34.
- Lichtman JH, Leifheit EC, Safdar B, Bao H, Krumholz HM, Lorenze NP, et al. Sex differences in the presentation and perception of symptoms among young patients with myocardial infarction: evidence from the VIRGO study. *Circulation*. 2018;137:781-70.
- Haider A, Bengs S, Luu J, Osto E, Siller-Matula JM, Muka T, et al. Sex and gender in cardiovascular medicine: presentation and outcomes of acute coronary syndrome. *Eur Heart J*. 2020;41:1328-36.