

# Tratamiento del infarto de miocardio con elevación del ST: ¿una guerra de sexos?

MIQUEL SÁNCHEZ

Àrea d'Urgències. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona, España.

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en España las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar entre las causas de muerte para el conjunto de la población española<sup>1</sup>. Entre ellas, la cardiopatía isquémica lidera el grupo con un 31% del total. En ese mismo informe del INE, se resalta que la mortalidad de los pacientes con infarto de miocardio (IM) es mayor entre las mujeres que entre los hombres, con independencia de la edad. Pero, ¿realmente existen evidencias suficientes para considerar el sexo un factor predictivo independiente de mortalidad en el IM?

Hasta la fecha, se han obtenido algunos resultados contradictorios que no han hecho más que avivar la discusión, obviando, en no pocas ocasiones, las limitaciones propias de los estudios epidemiológicos descriptivos. Generalmente, son el primer paso en la investigación de una posible relación entre una enfermedad y un determinado factor, en este caso, entre la enfermedad coronaria y el sexo femenino. Sin embargo, no son suficientes para concluir una asociación causal entre ambas variables, ya que son incapaces de controlar otras variables potencialmente confusoras. Entre éstas, se ha identificado la mayor edad, la presencia de más comorbilidades<sup>2,3</sup> y un menor acceso a las terapias de reperfusión<sup>2,4,5</sup> de las mujeres que se presentan con un síndrome coronario agudo (SCA) con elevación del segmento ST (SCACEST) al compararlas con los hombres. De estos tres factores, los dos primeros, edad y comorbilidades, son intrínsecas e inmodificables al momento de aparición de los primeros síntomas de cardiopatía isquémica en las mujeres, que suele ser más tardana y, por lo tanto, con una mayor posibilidad de coexistir con más comorbilidades que en los hombres. Sin embargo, el tercer factor,

el menor acceso a las terapias de reperfusión merece una especial atención. El tratamiento actual del SCACEST y se focaliza en la terapia de reperfusión. Desde su instauración, se ha demostrado que la pronta administración de agentes trombolíticos o la realización de angioplastia primaria reduce el daño miocárdico, la morbilidad y la mortalidad de un SCACEST<sup>6</sup>. Un número creciente de estudios asocia esta aparente mayor mortalidad de las mujeres al hecho de que éstas tienen un menor acceso a los tratamientos de reperfusión<sup>4,5</sup>. Por lo tanto, la pregunta no es tanto por qué las mujeres con un SCACEST tienen una tasa de mortalidad superior a la de los hombres, sino por qué reciben menos terapia de reperfusión. Las respuestas pueden buscarse desde dos perspectivas.

Desde el punto de vista del profesional, debe considerarse la incertidumbre diagnóstica que genera la sintomatología en el tórax en una mujer, unida a una menor prevalencia de enfermedad coronaria en edades tempranas de la vida con respecto a los hombres. Ambos hechos pueden llevar a retrasos en la sospecha diagnóstica y, por lo tanto, en la obtención del ECG, con el resultado final de una demora en el tratamiento definitivo de revascularización. Además, el profesional debe vencer el tópico, alimentado subliminalmente por campañas publicitarias que presentan la cardiopatía isquémica como una enfermedad de varones y potenciado por múltiples estudios de intervención, realizados mayoritariamente en varones, de que un dolor torácico en la mujer difícilmente es de origen coronario. Por último, las mujeres con un SCACEST suelen ser mayores de edad y presentar comorbilidades, lo que las convierte en una población habitualmente excluida de los grandes estudios de intervención. Así, ante la falta de evidencia científica de cuál es el mejor tratamiento, el *primun*

**CORRESPONDENCIA:** Dr. Miquel Sánchez. Coordinador del Àrea d'Urgències. Hospital Clínic de Barcelona. C/ Villarroel, 170. 08036 Barcelona, España. E-mail: msanchez@clinic.ub.es

**FECHA DE RECEPCIÓN:** 7-7-2010. **FECHA DE ACEPTACIÓN:** 12-7-2010.

**CONFLICTO DE INTERESES:** Ninguno

*non nocere* prevalece al punto de llevar a la abstención del tratamiento al balancear riesgo y beneficio. Con todo, ninguna de estas razones sería justificante suficiente para abordar el diagnóstico y el tratamiento de estas pacientes de idéntica forma a como se hace con los varones. En el presente número de Emergencias, Carbajosa Dalmau *et al.*<sup>7</sup> demuestran que, a pesar de que las mujeres fueron mayores y más diabéticas que los hombres, recibieron tratamiento de revascularización en el mismo porcentaje y en el mismo tiempo en que lo hicieron los hombres. Como un punto fuerte del estudio debe destacarse que se efectuó en el ámbito de un servicio de urgencias. Hasta la fecha, la mayoría de estudios incluyeron sólo pacientes hospitalizados en cuidados intensivos o unidades coronarias, de forma que los pacientes que no ingresaron en dichas unidades pudieron verse poco representados. Se han publicado recientemente experiencias similares que, desde los servicios de urgencias, demuestran un idéntico trato a hombres y mujeres<sup>8,9</sup>. Al igual que el trabajo actual de Carbajosa Dalmau *et al.*, desafortunadamente, no se realiza un seguimiento de las pacientes que demuestre que esta igualdad de oportunidad de tratamiento se traduce en una menor mortalidad. No obstante, como era de esperar, ya existen evidencias en este sentido. Zimmermann *et al.*<sup>10</sup> demuestran que cuando a las mujeres con un SCACEST se les realiza una angioplastia primaria se consigue un porcentaje de resultado angiográfico satisfactorio idéntico al de los hombres, sin diferencias de mortalidad a los 30 días entre ambos sexos.

Finalmente, desde el punto de vista de la paciente, conviene realizar una reflexión sobre la demora que existe entre el inicio de los síntomas y la llegada a un servicio de urgencias. A pesar de las campañas realizadas en pro de una asistencia precoz, los resultados son descorazonadores. Después de registrar este tiempo a un lado y otro del Atlántico durante más de una década, tan sólo, y no siempre, se ha podido demostrar una discreta mejoría de 10 min que, a todas luces, es insatisfactoria clínicamente<sup>11-14</sup>. No sorprendentemente, las mujeres son el colectivo que, junto a las personas mayores, con mayor consistencia acumulan mayores retrasos. El hecho de que las mujeres suelen ser mayores cuando presentan el primer SCACEST, refieran con más frecuencia síntomas atípicos, no se vean a ellas mismas como una población de riesgo o sean más sufridas que los hombres se han barajado como razones para tales diferencias. Sea cual sea la razón, la más notable diferencia, si alguna, que existe entre hombres y mujeres con un SCACEST se inicia en la propia

percepción errada, por parte de la mujer, de la situación amenazante. Por lo tanto, mientras el debate sobre la mayor mortalidad de las mujeres con SCACEST sobre los hombres no adopte caminos sociológicos, la pregunta seguirá abierta. Es preciso, pues, un estudio profundo de las razones que condicionan una demora en la búsqueda de ayuda ante los primeros síntomas y, sobre todo, una vez desenmascaradas, una estrategia educativa eficaz, capaz de modificar positivamente estas demoras. Sólo de esta manera se conseguiría un impacto significativo sobre la mortalidad que zanjaría el debate de la influencia del sexo en el pronóstico del SCACEST.

## Bibliografía

- 1 Situación de la cardiopatía isquémica en España. En: Estrategia en cardiopatía isquémica del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones; 2006. p. 25-31.
- 2 Heer T, Schiele R, Schneider S, UIT AK, Wienbergen H, Gottwik M, et al. Gender differences in acute myocardial infarction in the era of reperfusion (the MITRA Registry). *Am J Cardiol.* 2002;89:511-7.
- 3 Lansky AJ, Pietras C, Costa RA, Tsuchiya Y, Brodie BR, Cox DA, et al. Gender differences in outcomes after primary angioplasty versus primary stenting with and without abciximab for acute myocardial infarction. Results of the CADILLAC trial. *Circulation.* 2005;111:1611-8.
- 4 Cohen M, Gensini GF, Maritz F, Gurfinkel EP, Huber K, Timmerman A, et al. The role of gender and other factors as predictors of not receiving reperfusion therapy and of outcome in ST-segment elevation myocardial infarction. *J Thromb Thrombolysis.* 2005;19:155-61.
- 5 Moreno C, Galache JG, Sánchez-Rubio J, Calvo I, Ferrer MC, Placer LJ. Tratamiento de revascularización en fase aguda del infarto de miocardio con elevación del segmento ST en mujeres ancianas: eficacia en la reducción de la mortalidad. *Med Clin (Barc).* 2010;134:333-9.
- 6 Fibrinolytic Therapy Trialists' (FTT) Collaborative Group. Indications for fibrinolytic therapy in suspected acute myocardial infarction: collaborative overview of early mortality and major morbidity results from all randomized trials of more than 1000 patients. *Lancet.* 1994;343:311-22.
- 7 Carbajosa J, Llorens P, Diéguez S, Carratalá JM, Díaz J, Martínez E, et al. Influencia del sexo del paciente en el manejo del síndrome coronario agudo con elevación del ST en los servicios de urgencias. *Emergencias* 2011;23:87-92.
- 8 Riesgo A, Bragulat E, López-Barbeito B, Sánchez M, Miró O. Aproximación diagnóstica al dolor torácico en urgencias: ¿existen diferencias entre hombres y mujeres? *Emergencias.* 2008;20:399-404.
- 9 Sánchez M, López de Sá E. Recortando las diferencias en el tratamiento de reperusión en fase aguda del infarto de miocardio. *Med Clin (Barc).* 2011 (en prensa).
- 10 Zimmermann S, Ruthrof S, Nowak K, Alff A, Klinghammer L, Schneider R, et al. Short-term prognosis of contemporary interventional therapy of ST-elevation myocardial infarction: does gender matter? *Clin Res Cardiol.* 2009;98:709-15.
- 11 Saczynski JS, Yarzelski J, Lessard D, Spencer FA, Gurwitz JH, Gore JM, et al. Trends in prehospital delay in patients with acute myocardial infarction (from the Worcester Heart Attack Study). *Am J Cardiol.* 2008;102:1589-94.
- 12 Isaksson RM, Holmgren L, Lundblad D, Brulin C, Eliasson M. Time trends in symptoms and prehospital delay time in women vs. men with myocardial infarction over a 15-year period. The Northern Sweden MONICA study. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2008;7:152-8.
- 13 Mandelzweig L, Battler A, Boyco V, Bueno H, Danchin N, Filippatos G, et al. The second Euro Heart Survey on acute coronary syndromes: characteristics, treatment, and outcome of patients with ACS in Europe and the Mediterranean Basin in 2004. *Eur Heart J.* 2006;27:2285-93.
- 14 Ting HH, Bradley EH, Wang Y, Lichtman JH, Nallamothu BK, Sullivan MD, et al. Factors associated with longer time from symptom onset to hospital presentation for patients with ST-elevation myocardial infarction. *Arch Intern Med.* 2008;168:959-68.