

EVALUACIÓN DE LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA PRESENTACIÓN DE LA CRISIS CORONARIA

Autoras

Carmen Gómez Palomar, M^a Jesús Gómez Palomar.

Diplomadas en Enfermería y licenciadas en Antropología Social y Cultural. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Dirección para correspondencia

Carmen Gómez Palomar
C/ Fraga 11- 15, 2º 4º
08030 Barcelona

Correo electrónico:
elabedul22@hotmail.com

Enferm Cardiol. 2018; 25 (74): 51-56.

Resumen

Introducción: La Cardiopatía Isquémica (CI) considerada inicialmente una enfermedad del hombre, es en la actualidad la principal causa de muerte para la mujer. Se extrapoló el mismo patrón de diagnóstico y tratamiento para ellas sin tener en cuenta diferencias de género y sexo. **Objetivo del estudio:** Evaluar las diferencias de género en las crisis coronarias.

Material y Método: Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, con N=1336 pacientes ingresados en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, diagnosticados de síndrome coronario agudo (SCA) entre 2009-2014. Se recogieron variables cuantitativas y cualitativas: edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular (FRCV): hipertensión arterial (HTA), dislipemia (DLP), diabetes (DM), obesidad y tabaquismo; Killip, características, localización e irradiación del dolor; clínica acompañante y pródromos.

Resultados: El 28% eran mujeres, edad media 5,3 años superior al hombre. Los FRCV más prevalentes fueron HTA, DLP, DM, tabaquismo y obesidad. En las mujeres encontramos valores significativamente superiores de HTA, DM y obesidad. El tabaquismo resultó mayor en el hombre. En la localización del dolor destacaron el dolor torácico, epigástrico, espalda y brazo izquierdo. En el hombre se objetivó más dolor torácico y en la mujer más dolor de espalda, dolor atípico y disnea. El 43,9% presentaron irradiaciones a brazo izquierdo, espalda y mandíbula, siendo significativamente mayor la irradiación a espalda en la mujer.

Conclusiones: Encontramos importantes diferencias de género en la presentación del SCA. Resultó llamativa la presencia en la mujer del dolor de espalda. Sería importante la educación preventiva a la mujer y la concienciación de los profesionales.

Palabras clave: cardiopatía isquémica, género y salud, sexo, dolor, enfermedad coronaria.

EVALUATION OF GENDER DIFFERENCES IN CORONARY CRISIS PRESENTATION

Abstract

Introduction: Ischemic cardiomyopathy (IC), formerly considered a disease of man, is nowadays the leading cause of death for women. The same pattern of diagnosis and treatment was extrapolated for women regardless of gender and sex differences. Aim of the study: To evaluate gender differences in coronary crises.

Material and Method: Descriptive, retrospective, observational study, with N = 1336 patients admitted to the Hospital de la Santa Creu i Sant Pau in Barcelona, who had been diagnosed with acute coronary syndrome (ACS) between 2009 and 2014. Quantitative and qualitative variables were collected: age, sex, cardiovascular risk factors (CVRF): arterial hypertension (AHT), dyslipidemia (DLP), diabetes (DM), obesity and tobacco use; Killip, pain characteristics, location and radiation; accompanying clinical data and prodrome.

Results: 28% were women, with an average age 5.3 years older than men. The most prevalent CVRF were AHT, DLP, DM, tobacco use and obesity. In women, we found significantly higher values of AHT, DM and obesity. Tobacco use turned out to be higher in men. In pain location, chest, epigastric, back and left arm pain stood out. In man, more chest pain, and in woman, more back pain, atypical pain and dyspnea were objectified. 43.9% presented radiations to the left arm, back and jaw, with radiation to the back being significantly higher in women.

Conclusions: We found important gender differences in ACS presentation. The presence of back pain in women was noteworthy. Preventive education for women and professional's awareness would be of great importance.

Keywords: ischemic heart disease, gender and health, sex, pain, coronary heart disease.

INTRODUCCIÓN

La Cardiopatía Isquémica (CI) fue considerada inicialmente una enfermedad del hombre. Con el tiempo, y a pesar de ser en la actualidad la principal causa de muerte para la mujer en la sociedad occidental, se extrapoló el mismo patrón de diagnóstico y tratamiento a la mujer, sin tener en cuenta diferencias de género y sexo. La investigación médica se hizo siempre dirigida al hombre, sobre hombres, o muy sesgada por la escasa representación de la mujer¹⁻³.

Durante años se consideró la CI en la mujer de peor pronóstico que en el hombre y se limitó, en parte, el tratamiento por falta de resultados. La sociedad médica acabó planteándose las razones por las que la mujer tenía diferente respuesta. La prevalencia del infarto en la mujer era menor, pero la mortalidad más alta, estaba subtratada, se les hacía menos coronariografías, menos angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) e incluso se les ingresaba menos en las Unidades Coronarias o áreas de Cardiología⁴⁻⁷. Las manifestaciones clínicas no siempre coincidían con las del hombre. Según la bibliografía existente había más síntomas prodrómicos^{8,9}, más dolor atípico¹⁰, más infartos silentes¹¹, el electrocardiograma (ECG) en el inicio de la crisis podía ser menos llamativo, con menor elevación del segmento ST y, como se consideraba hormonalmente protegida, no se estudiaban y reconocían sus síntomas como isquémicos hasta después de la menopausia.

Socioculturalmente el comportamiento de la mujer también era diferente, tendía a retrasar la solicitud de asistencia¹² porque era el elemento cuidador de la familia y tenía que estar pendiente de ancianos, niños, dietas, etc., por lo que prefería esperar. La cultura popular tampoco ayudaba, sabían cuál era

la presentación del infarto: «dolor torácico opresivo, irradiado a brazo izquierdo o mandíbula» y les costaba relacionarlo con eso que a muchas mujeres les estaba pasando: fatiga, trastornos de sueño, dificultad para respirar, dolor epigástrico, palpitaciones, náuseas, vómitos, ansiedad, entumecimiento de manos, debilidad, cefalea, dolor de espalda, mandíbula o muñecas, aunque el malestar fuera importante. El infarto agudo de miocardio (IAM) en la mujer iba precedido, en un alto porcentaje, de un periodo previo de síntomas prodrómicos, que si aprendiera a reconocer podría servirle de alerta.

Los factores de riesgo se consideraban similares en hombres y mujeres. En la mujer se sumaba el hecho de que debutaba en la CI a edad más avanzada, situación que la llevaba a tener también los factores de riesgo asociados más evolucionados¹³, mayores consecuencias y peor pronóstico^{14,15}. La ansiedad y depresión, también más frecuente en la mujer¹⁶, aumentaban con la edad y llevaban a las que la padecían a un menor cumplimiento en tratamiento y autocuidado. El tabaco era un FRCV más presente en el hombre, sin embargo, la mujer se iniciaba a edades más tempranas y sumado a los anticonceptivos tenía un potente efecto trombogénico que aumentaba el riesgo de CI.

La mortalidad en la mujer era mayor, tanto inmediata como tardía, ingresaban con un mayor deterioro (Killip III y IV)¹⁷ y, a largo plazo, sostenían peor calidad de vida por mayor cronificación, más insuficiencia cardíaca, reinfarto, shock cardiogénico y ruptura cardíaca. Había diferencias fisiopatológicas entre hombres y mujeres. En la mujer se daban más fenómenos vasoespásticos y vasculitis; los estrógenos protectores de aterosclerosis coronaria hacían que, cuando ésta llegaba, el miocardio no tuviera la revascularización