

HOMBRES Y MUJERES: SÍNTOMAS Y DEMORA EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Trabajo presentado al XXIX Congreso Nacional de Enfermería en Cardiología (aunque posteriormente se siguieron recogiendo datos y se amplió la muestra).

Autores

Sánchez Donaire A*, Moratino Villalba A*, Quintas Ramos S*.

* Enfermeras de la Unidad Coronaria. Hospital Virgen de la Salud (Toledo).

Resumen

• **Introducción y objetivo:** Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en nuestro país y comunidad autónoma. Algunos estudios revelan diferencias a la hora de tratar a los hombres y a las mujeres que sufren un síndrome coronario agudo, a pesar de que estas últimas presentan mayor comorbilidad y peor pronóstico. Nuestro objetivo es conocer los síntomas y sus características, así como el tiempo que tardan en acudir a los Servicios Sanitarios los hombres y las mujeres que sufren un síndrome coronario agudo.

• **Material y métodos:** Estudio descriptivo- observacional transversal, realizado mediante cuestionario a los pacientes ingresados en una Unidad Coronaria.

• **Resultados:** Se entrevistaron 220 pacientes de los cuales 56 eran mujeres y 164 hombres. El 84,1% de ellos no presentaban antecedentes isquémicos previos; sin embargo el 96,8% tenía algún factor de riesgo. El síntoma más característico en ambos sexos fue el dolor torácico, irradiado y acompañado de sudoración. Sólo se hallaron diferencias significativas en el mareo. La intensidad del dolor se puntuó igual en ambos sexos y el tiempo que tardaron en solicitar ayuda a los servicios sanitarios fue muy similar en ambos sexos.

• **Conclusiones:** Los hombres y las mujeres viven y valoran de forma similar el Síndrome Coronario Agudo. No existieron diferencias en la demora atribuible al propio paciente. Las mujeres consultan más que los hombres.

Palabras clave: Síndrome Coronario Agudo (SCA), sexo, síntomas, demora.

MEN AND WOMEN: SYMPTOMS AND DELAY IN THE ACUTE CORONARY SYNDROME

Abstract

• **Background:** Heart diseases are the first cause of death in Spain. Some studies reveal differences about treatment between male and female patients with an acute coronary syndrome; although women present more co-morbidity and worse prognosis.

• **Aim:** to know symptoms and their features, and the delayed time used by men and women with an acute coronary syndrome, to come to hospital.

• **Material and Methods:** Observational and descriptive study using questionnaires in patients admitted in a coronary care unit.

• **Results:** 220 patients were interviewed, 56 women and 164 men. 84,1% without history of heart illness. However 96,8% had some risk factors. The most typical symptom in both genders was chest pain back with diaphoresis. Men were significantly more likely to reported sickness than women. Pain's intensity was the same in both men and women, and no gender differences were found in the time spent to ask for help.

• **Conclusion:** Men and women give a very similar significance to the acute coronary syndrome. No differences were found in the pre-hospital delay. Women ask for advice more than men.

Key words: Acute Coronary Syndrome (ACS), gender, symptoms, delayed time.

Enferm Cardiol. 2009; Año XVI(47-48):47-50

Dirección para correspondencia:

Asunción Sánchez Donaire
Av de Irlanda Nº 15 P2, 4ºC. 45005 Toledo
Correo electrónico: sunsidonaire@yahoo.es

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares se mantuvieron como la primera causa de muerte en el año 2005, representando el 32,5% de defunciones. Dentro de ellas, las isquemias de corazón (IAM, Angina...) fueron la primera causa de muerte entre los hombres (21.194) y la segunda en las mujeres (15.882)¹.

Refiriéndonos a la epidemiología de las enfermedades cardiovasculares entre hombres y mujeres, estudios revelan que la mortalidad poblacional por Infarto Agudo de Miocardio (IAM) es menor en la mujer que en el varón⁽²⁻⁵⁾; pero éstas presentan una mayor comorbilidad y desarrollan el primer IAM de 7 a 10 años más tarde que los hombres^(6,7). Sin embargo, una vez que se presenta un IAM, la mortalidad a los 28 días es mayor en las mujeres, especialmente en pacientes hospitalizados⁽⁸⁻¹⁶⁾ y después de las 24 horas del ingreso^(15,17,18).

Hemos encontrado muchos estudios acerca de la demora hospitalaria y el tiempo que transcurre en aplicar un tratamiento revascularizador, una vez que el paciente acude a los servicios sanitarios, pero hemos hallado poca documentación acerca de la demora pre-hospitalaria.

En el estudio PRIMVAC, el retraso total en la instauración del tratamiento revascularizador, fue superior en el subgrupo de mujeres (mediana de 210min.) con relación a los hombres (mediana de 80 minutos, atribuyendo estas diferencias a la demora pre-hospitalaria⁽¹⁹⁾).

En otro estudio realizado en un hospital de Valencia se observó una demora prehospitalaria de 61 minutos en los hombres y de 86 en las mujeres⁽²⁰⁾.

Algunos estudios han demostrado que las mujeres presentan con mayor frecuencia infartos silentes, que los hombres después de los 55 años⁽¹⁵⁾, y que desarrollan con más frecuencia síntomas atípicos y más moderados que los hombres⁽²¹⁾.

En la mayoría de los estudios, el dolor torácico fue el principal síntoma del IAM tanto en hombres como en mujeres sin encontrar diferencias. Pero sí las encuentran en cuanto a otros síntomas acompañantes. Los hombres presentan más frecuentemente diaforesis o sudoración, mientras que las mujeres presentan náuseas, palpitations, fatiga, cansancio y pérdida de apetito^(20,21). No obstante también existen estudios que no encontraron diferencias en cuanto a la sintomatología entre hombres y mujeres⁽²²⁾ o éstas eran escasas^(23,24).

Es por todo esto, que hemos querido saber cómo se comporta nuestra población frente a un episodio de dolor torácico agudo, qué les lleva a solicitar ayuda sanitaria y si existen diferencias entre a hombres y mujeres.

Objetivo

Identificar los síntomas, sus características y el tiempo que tardan en acudir a los servicios sanitarios los hombres y las mujeres que sufren un SCA, así como su relación con la demora pre-hospitalaria.

Material y método

Estudio descriptivo, observacional de carácter transversal.

Se realizó una entrevista directa y personal mediante cuestionario formalizado, verificando la información con la reflejada en la historia clínica.

La población de estudio fueron los sujetos ingresados en la Unidad Coronaria (UCOR) del Hospital Virgen de la Salud de Toledo, con el diagnóstico del

SCA desde el 15 de Diciembre de 2007 al 30 de Septiembre de 2008.

Quedaron excluidos del estudio aquellos pacientes cuyo diagnóstico de ingreso no era el mencionado (edema agudo de pulmón, taquicardias ventriculares, bloqueos,...) los que ingresaron ya sedados e intubados y que fueron trasladados a otras unidades u hospitales sin despertar, o que despertaron con secuelas neurológicas, y aquellos que presentaban previamente un diagnóstico de demencia senil.

La población de estudio fue de 261 individuos y la muestra obtenida de 220. Las variables estudiadas fueron; edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular: tabaquismo, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipemia y obesidad; patología cardiaca isquémica previa; sintomatología: dolor (localización, características e intensidad), disnea, sudoración, mareo, náuseas, vómitos, malestar general, sensación de muerte, y otros; número de episodios que presentó en las últimas 24 horas; tiempo que transcurrió desde que aparecieron los síntomas hasta que decidió acudir a los servicios sanitarios; si atribuyó los síntomas a un posible evento cardiológico; y si había presentado episodios similares anteriormente (cuántos, cuándo y si en ese momento acudió a los servicios sanitarios).

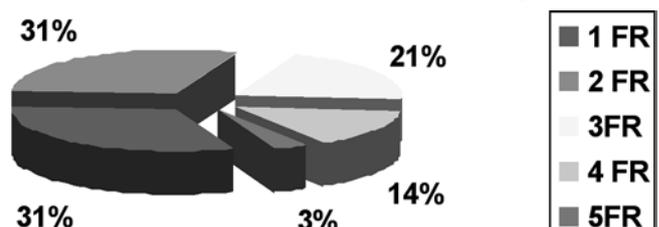
Los datos obtenidos fueron codificados y analizados con el programa estadístico SPSS versión 12.0. Para su descripción y análisis se utilizaron: tablas de frecuencias, Ji cuadrado y T de Student.

Resultados

De los 220 individuos estudiados, 164 (74.5%) eran hombres y 56 (25.5%) eran mujeres. La distribución por edades se muestra en la tabla I. La media de factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) estudiados (HTA; DM; DL; obesidad y tabaquismo) en los hombres fue de 2.17 y en las mujeres de 2.32, con una desviación típica de 1.20 y 1.18 respectivamente. El 96,8% de los pacientes presentaban al menos un factor de riesgo (Gráfico 1).

La mayor significación estadística en cuanto a los factores de riesgo la presentó el tabaquismo, con una $p < 0,01$ y Ji^2 de 41,18. Sólo el 28,6% de las mujeres eran fumadoras frente al 76,2% de los hombres. También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la obesidad con una $p < 0,005$ ($p = 0,02$) y Ji^2 de 9,86 (el 51,8% de las mujeres y el 28,7% de los hombres); y en la HTA con una $p < 0,05$ ($p = 0,02$) y Ji^2 de 5,39 (el 69,6% de las mujeres y el 51,8% de los hombres).

Gráfico 1. Distribución de Factores de Riesgo.



Del total de la muestra, solo 35 individuos habían sido diagnosticados previamente de cardiopatía isquémica; 23 hombres y 12 mujeres.

El síntoma estrella fue la opresión torácica, siendo prácticamente igual en ambos sexos. Lo presentaron el 78.7% de los hombres y el 73.2% de las mujeres. La intensidad del dolor, valorada en una escala del 1 al 10, también fue muy similar en ambos sexos. La media en el género masculino fue de 7,34 y en el femenino de 7,43, con una desviación típica de 2,24 y 2,80 respectivamente; aunque la moda fue más alta en las mujeres (10) que en los hombres (8).

En cuanto a la sintomatología acompañante sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el mareo con una $p < 0,01$ y una $Ji^2 = 10,83$ (37,5% de mujeres y un 16,5% de varones). Las diferencias más grandes encontradas, aunque sin ser significativas fueron los vómitos (19,5% en hombres y una 28,6% en mujeres) y las molestias epigástricas (con un 17.5% en hombres y 25.0% en mujeres). Es interesante destacar, la presencia de sudoración en ambos sexos (61,6% en hombres y un 50,0% en mujeres).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tiempo que tardaron en solicitar ayuda a los servicios sanitarios desde la aparición de los síntomas (Gráfico 2). Y tampoco entre los diferentes grupos de edad.

Gráfico 2. Tiempo que tardaron en solicitar ayuda.

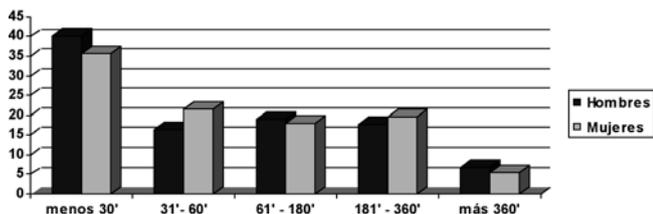


Tabla 1. Distribución por edad y sexo.

	HOMBRES	MUJERES
Menores de 65 años	87	17
De 65 a 74 años	50	17
Mayores de 75 años	27	22
Total	164	56

Las medias de episodios previos de dolor fueron muy similares en ambos sexos, ya que en los hombres fue de 3,05 (DS=1,58) y en las mujeres de 3,44 (DS=1,62). Sin embargo, sí se encontraron diferencias significativas a la hora de solicitar ayuda a los servicios sanitarios, sólo el 30,2% de los hombres, frente al 72,7% de las mujeres, con una $p < 0,01$ y una $Ji^2 = 17,68$.

Discusión

Aunque alguna de la bibliografía revisada^(15,21) defiende que la sintomatología que presenta la mujer que sufre un SCA es más inespecífica que en el varón; en nuestro estudio, al igual que en otros^(22,23,24) el dolor torácico opresivo es el síntoma principal en ambos sexos. Además ambos sexos puntúan la intensidad del dolor prácticamente igual.

La sintomatología acompañante tampoco difiere mucho, si bien es cierto que en la mujer son más prevalentes el mareo, las molestias epigástricas y los vómitos. Quizás sean estos los síntomas que confunden al personal sanitario a la hora de declinarse por uno u otro diagnóstico.

El número de episodios previos en ambos sexos son similares, sin embargo, cuando estos se presentan, la mujer consulta mucho más a los servicios sanitarios.

A diferencia de otros estudios^(20,25,26) no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en la demora pre-hospitalaria que se le puede atribuir al individuo. Quizás pueda ser debido al hecho de haber fraccionado el tiempo en intervalos y no haberlo cuantificado en minutos simplemente.

Por lo tanto creemos que cuando existe un evento cardiológico importante, como es el SCA, el hombre y la mujer lo viven y lo valoran de forma muy similar, aunque con pequeñas connotaciones concretas. Además la mujer consulta más, por lo que los sanitarios nos tendremos que plantear qué está pasando y por qué se valora y se trata de forma diferente esta patología en función del género.

Bibliografía

1. INE. Defunciones según la causa de muerte. Año 2006. Nota de prensa 30/Enero/2008. Disponible en <http://www.ine.es/prensa/np0108.htm>
2. World Health Statistics. World Health Organization. Geneve, 2000. Disponible en: http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/InfoBasePolicyMarker/Reports/
3. Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Amouyel P, Arveiler D, Rajakangas AM, Pajak A.. WHO MONICA Project. Myocardial infarction and coronary deaths in the World Health Organization MONICA Project. Registration procedures, event rates, and case-fatality rates in 38 populations from 21 countries in four continents. *Circulation*.1994;90:583-612.
4. McGovern PG, Pankow Shahar E, Doliszny KM, Folsom AR, Blackburn H, et al, for the Minnesota Herat Survey Investigators. Recent trends in acute coronary heart disease. *N Engl J Med*.1996;334:884-90.
5. Pérez G, Pena A, Sala J, Roset P, Masiá R, Marugat J and the REGICOR Investigators. Acute myocardial infarction case-fatality, incidence and mortality rates in a population registry in the province of Gerona, Spain 1990 to 1992. *Int J Epidemiol*.1998;27:59-604.
6. Vaccarino V, Krumholz HM, Berkman LF, Horwitz RI. Sex differences in mortality after myocardial infarction. Is there evidence for an increased risk for women? *Circulation*.1995;91:1861-71.
7. Eaker ED, Chesebro JH, Sacks FM, Wender NK, Whisnant, Winston M. Cardiovascular disease in women. *Circulation*.1993;88:1999-2009.
8. Greenland P, Reicher-Reiss H, Goldbourt U, Behar S, and the Israeli SPRINT Investigators. In-hospital and 1-year mortality in 1524 women after myocardial infarction. Comparison with 4315 men. *Circulation*.1991;83:484-91.
9. Becker RC, Terrin M, Ross R, Knatterud GL, Desvigne-Nickens P, Gore JM, et al. Comparison of clinical outcomes for men and women after acute myocardial infarction. *Ann Intern Med*.1994;120:638-45.
10. Jenkins JS, Flaker GC, Nolte B, Prince LA, Morris D, Kurz J, et al. Causes of higher in-hospital mortality in women than in men after acute myocardial infarction; the Framingham study. *Am J Cardiol*.1994;73:319-22.
11. Marrugat J, Antó JM, Sala J, Masiá R and the REGICOR Investigators. Influence of gender in acute and long-term cardiac mortality after a first myocardial infarction. *J Clin Epidemiol*.1994;47:11-8.
12. Cenicerros Rozalén I, Gastaldo, Simeón R, Cabadés O'Callaghan A, Cebrián Doménech J. El sexo femenino es un factor pronóstico independiente de mortalidad en la fase aguda del infarto de miocardio. *Med Clin (Barc)*.1997;109:171-4.
13. Ferriz JA, Vera A, Suarez G, Torrado E, Rodríguez JJ, Alvarez JM, et al. Sexo femenino y mortalidad tras infarto agudo de miocardio. *Rev Esp Cardiol*.1993;46:796-801.
14. Demirovic J, Blackburn H, McGovern PG, Luepker R, Sprafka JM, Gilbertson D. Sex differences in early mortality after acute myocardial infarction (The Minnesota Herat Survey). *Am J Cardiol*.1995;75:1096-101.
15. Tunstall Pedoe H, Morrison C, Woodward M, Fitzpatrick B, Watt G. Sex differences in myocardial infarction and coronary deaths in the Scottish MONICA population of Glasgow 1985-91; presentation, diagnosis, treatment, and 28-day case fatality of 3991 events in men and women. *Circulation*.1996;93:1981-92.
16. Marrugat J, Gil M, Masiá R, Sala J, Elosua R, Antó JM, et al, and the REGICOR Investigators. Role of age and sex in short-term and long term mortality after a first Q wave myocardial infarction. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55:487-93.
17. Chambles L, Keil U, Dobson A, Mahomen M, Kuulasma K, Rajakangas AM, et al,

- for the MONICA Project. Population versus clinical view of case fatality from acute coronary heart disease. Results from the WHO MONICA Project. 1985-1990. *Circulation*. 1997; 96: 3849-59.
18. Sonke GS, Beaglehole R, Steward AW, Jackson R, Steward FM. Sex differences in case fatality and after admission to hospital after acute cardiac events: analysis of community-based coronary heart disease register. *BMJ*. 1996;313:853-5.
 19. Echánove I, Cabadés A, Pérez G. El IAM en las mujeres. Registro PRIMVAC. *INS-VACOR* 2002. Valencia
 20. Peiró Andrés A; Sierra Talamantes C, Muñoz Izquierdo A, Zamorano Lluésma N y Garríos Hernández A. La demora en la aplicación del tratamiento del infarto agudo de miocardio. Estudio por sexos. *Rev Enferm Cardiol*. 2005; Año XII(34):25-28.
 21. Lovlien M, Schei B, Gjengedal E. Are there gender differences related to symptoms of acute myocardial infarction? A Norwegian perspective. *Pro Cardiovasc Nurs*. 2006 Winter;21(1):14-9.
 22. Janson Fagring A, Gaston-Johansson F, Danielson E. Description of unexplained chest pain and its influence on daily life in men and women. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2005 Dec;4(4):337-44.
 23. Penque S, Halm M, Smith M, Deutsch J, van Roekel M, Mslaughlin L, Dzubay S, Doll N, Bearhrs M. Women and coronary disease: relationship between descriptors of signs and symptoms and diagnostic and treatment course. *Am J Crit Care*. 1998 May;7(3):175-82.
 24. DeVon HA, Zerwic JJ. The symptoms of instable angina: do women and men differ? *Nurs Res*. 2003 Mar-Apr;52(2):108-18.
 25. Mose DK, Dracup K. Gender differences in treatment-seeking delay in acute myocardial infarction. *Prog Cardiovasc Nurs*. 1993 Summer;8(1):6-12.
 26. 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*. 2007 Oct 31.