

# Diferencias de género en la presentación, abordaje y tratamiento del TEP en un medio rural

## Autores

Eva Prieto García<sup>1</sup>, Tamara López Martínez<sup>2</sup>, Marcos Álvarez Pérez<sup>3</sup>, Maravilla Fernández-Campoamor González<sup>2</sup>, Ricardo de Dios del Valle<sup>4</sup>.

**1** Graduada en Enfermería y en Fisioterapia. Hospital Comarcal de Jarrío, Asturias.

**2** Graduada en Enfermería. Hospital Comarcal de Jarrío, Asturias.

**3** Especialista en Medicina Interna. Hospital de Jarrío, Asturias.

**4** Subdirector de Atención Sanitaria y Salud Pública. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

## Dirección para correspondencia

Eva Prieto García  
Hospital Comarcal de Jarrío  
Jarrío, s/n  
33795 Coaña (Asturias)  
**Correo electrónico:**  
evpriega@gmail.com

## Resumen

**Introducción.** El tromboembolismo pulmonar (TEP) supone un importante problema de salud en nuestro medio. Diversos estudios evidencian diferencias de género en torno al TEP, siendo la mayoría realizados en ámbito urbano. **Objetivo.** Describir las diferencias sociodemográficas y de atención sanitaria existentes entre mujeres y hombres que sufren un TEP en un hospital rural del Área I del Principado de Asturias.

**Método.** Estudio transversal realizado en el Hospital de Jarrío. Se analizaron variables sociodemográficas, de presentación clínica, de uso del Sistema Sanitario y de atención sanitaria recibida a través de las historias clínicas informatizadas de los pacientes que sufrieron un TEP en los años 2013, 2014 y 2015.

**Resultados.** Se estudiaron 116 episodios de TEP. La mayoría (59,5%) en mujeres, que presentaron una edad media superior al sufrir el TEP ( $p<0,001$ ). Los hombres eran más fumadores y consumidores de alcohol ( $p<0,001$ ). Las mujeres padecían más hipertensión arterial ( $p=0,003$ ) y obesidad ( $p=0,008$ ). Los hombres tenían como antecedentes mayor prevalencia de infarto agudo de miocardio ( $p=0,006$ ) y EPOC ( $p<0,001$ ). En relación con la atención sanitaria podemos observar que, a las mujeres se las traslada menos a otro centro hospitalario de nivel superior y se les realizan menores pruebas diagnósticas, como la ecocardiografía ( $p=0,024$ ). Durante el ingreso las mujeres presentan mayor número de complicaciones, destacando las neurológicas ( $p=0,038$ ), y una mayor mortalidad.

**Conclusiones.** Existen diferencias de género en las variables demográficas, en el perfil de riesgo cardiovascular, en la presentación clínica, en el manejo hospitalario y en la comorbilidad/mortalidad del TEP en la población del área I, que sugieren campos de mejora.

**Palabras clave:** embolia pulmonar, género y salud, atención hospitalaria, población rural, calidad de la atención de salud.

## Gender differences in the presentation, approach and treatment of PTE in a rural environment

### Abstract

**Introduction.** Pulmonary thromboembolism (PTE) poses an important health issue in our environment. Various studies evidence gender differences concerning PTE, the majority of them being performed in urban areas.

**Objective:** To describe the sociodemographic and health care differences existing between women and men suffering from PTE in a rural hospital of Area I of the Principality of Asturias.

**Method.** Cross-sectional study carried out at the Hospital of Jarrío. Variables relating to sociodemography, clinical presentation, use of the health system and health care received were analyzed through the computerized medical records of those patients who suffered from a PTE in the years 2013, 2014 and 2015.

**Results.** 116 PTE incidents were studied. The majority (59.5%) of them occurred in women, who had a higher mean age when suffering from PTE ( $p<0.001$ ). Men were heavier smokers and alcohol consumers ( $p<0.001$ ). Women suffered more from arterial hypertension

( $p=0.003$ ) and obesity ( $p=0.008$ ). Men had a higher prevalence of acute myocardial infarction ( $p=0.006$ ) and COPD ( $p<0.001$ ) as clinical history. With respect to health care, we can observe that women are moved less often to another, higher-level, hospital center and undergo less diagnostic tests, such as echocardiography ( $p=0.024$ ). During admission, women present more complications, especially neurological ones ( $p = 0.038$ ), and a higher mortality.

**Conclusions.** There are gender differences in demographic variables, in cardiovascular risk profile, in clinical presentation, in hospital management and in the co-morbidity/mortality of PTE in area I population, which suggest areas for improvement.

**Keywords:** pulmonary embolism, gender and health, hospital care, rural population, quality of health care.

Enferm Cardiol. 2019; 26 (76): 61-68.

## INTRODUCCIÓN

En España, en el año 2015, el grupo de las enfermedades del sistema circulatorio se mantuvo como la primera causa de muerte<sup>1</sup>. También fue la principal causa de hospitalización<sup>2</sup>. La tromboembolia de pulmón (TEP) es la tercera causa de enfermedad cardiovascular tras el infarto agudo de miocardio y el ICTUS, siendo igual de grave que éstas<sup>3,4</sup>. La incidencia anual de TEP es de 1-2 casos por cada 1.000 habitantes, y aumenta en un 1% por año de edad en las personas mayores de 75 años<sup>5</sup>.

Sólo la tercera parte de los TEP son diagnosticados<sup>4-9</sup>. Esta gran dificultad para el diagnóstico viene motivada por la amplia y variada sintomatología con la que cursa, inespecífica en muchas ocasiones<sup>10</sup>. En un 90% de los casos la sospecha de TEP se plantea en base a signos clínicos, junto a la presencia de factores de riesgo, presentes en el 75%-94% de los casos<sup>5</sup>. Esta dificultad condiciona que el TEP sea un importante consumidor de recursos humanos y materiales.

En los últimos años se está produciendo un avance en la equiparación de sexos en diferentes ámbitos, sin embargo, en el sanitario existe una variabilidad clínica injustificada en relación al manejo y abordaje de determinadas patologías<sup>11-17</sup>. La evidencia científica sobre diferencias de género en torno al TEP<sup>11-15</sup> pone de manifiesto las discrepancias existentes entre ambos sexos, estudiadas también en otras patologías<sup>16-17</sup>. Así, han sido publicados estudios donde el riesgo de mortalidad tras sufrir un TEP es superior en mujeres<sup>13</sup>. En esos mismos estudios se ha mostrado un comportamiento diferente en la presentación clínica del TEP en hombres y mujeres, lo cual también puede ayudar a la existencia de mayores demoras en el abordaje del proceso clínico en mujeres frente a hombres<sup>13</sup>.

Todo ello, unido a las peculiaridades del mundo rural, el modo de acceso a los servicios sanitarios, la dispersión geográfica, el nivel sociocultural y económico, hace que sea aún más difícil el abordaje de esta patología en los núcleos de población rural<sup>18</sup>.

La identificación de diferencias de género en las enfermedades cardiovasculares ha permitido formular estrategias de promoción de la salud y prevención más eficaces, lo que a su vez ha redundado en mejoras de la salud.

**Objetivo general:** describir las diferencias de género en pacientes con TEP de un Hospital Rural del Área I del Principado de Asturias en relación a características socio-demográficas, clínicas y de utilización del Sistema Sanitario.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Diseño:** estudio descriptivo transversal. Tras solicitar autorización al Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias y a la Gerencia del Área Sanitaria I, se realizó una revisión de las Historias Clínicas en soporte electrónico tanto en atención hospitalaria (Selene) como en Atención Primaria (OMI-AP).

**Ámbito:** Hospital de Jarrio. Este centro presta atención a unos 48.000 habitantes y tiene una capacidad de 104 camas.

**Población de estudio:** todos los pacientes que presentan un TEP y acuden al Hospital de Jarrio durante los años 2013, 2014 y 2015. La población pertenece a un ámbito rural enmarcada en una zona con gran dispersión geográfica, formada por 17 municipios, de los cuales más de la mitad pertenecen a zonas de interior.

**Muestra:** no se realiza cálculo del tamaño muestral ya que se decide estudiar a todos los pacientes con TEP atendidos en el hospital durante esos tres años.

**Variables estudiadas:** se recogen 6 grupos de variables: sociodemográficas, variables sobre la situación previa al TEP (factores de riesgo y tratamientos previos), presentación clínica del TEP, gravedad y consecuencias del TEP, tratamiento al alta del TEP y variables asociadas al uso del Sistema Sanitario. Entendemos que en todos estos bloques pudieran presentarse diferencias en función del género.

• **Variables sociodemográficas:** edad (años cumplidos), sexo (hombre/mujer), actividad laboral (activo-entendiendo por tal actividad laboral remunerada- o jubilado-el resto-), Concejo/Municipio de procedencia.

• **Variables que describen la situación previa al TEP:**

Factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, diabetes mellitus (DM), dislipemia, obesidad (IMC>30), tabaquismo (si fuma o no), consumo perjudicial de alcohol (consumo regular promedio >40 g/día en la mujer y >60 g/día en el varón).

Factores de riesgo específicos para TEP: inmovilización (mayor a 3 días), ingresos recientes (últimos 3 meses), viajes prolongados (>6-8 horas).

Antecedentes médicos y quirúrgicos relacionados con el TEP: infarto agudo de miocardio (IAM), cardiopatía hipertensiva, fibrilación auricular (FA), prótesis valvular, insuficiencia cardiaca (IC), episodios previos de TEP, trombosis venosa profunda (TVP) previa, insuficiencia venosa, trastornos de coagulación,