



Revista Clínica de Medicina de Familia

ISSN: 1699-695X

ISSN: 2386-8201

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

Baztán Hornillos, Ainhoa; Valls Salmerón, Marta; Durán Jiménez, Carmen;
Besa Castellà, Marta; Aguilar Margalejo, Anna; Motos Bescós, Meritxell
Evaluación de las características de la clínica típica del síndrome coronario agudo en mujeres
del Área Básica de Salud de Florida Sud, Florida Nord y Pubilla Cases de 2015 a 2019*
Revista Clínica de Medicina de Familia, vol. 16, núm. 2, 2023, pp. 82-87
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

DOI: <https://doi.org/10.55783/rcmf.160204>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169675415004>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

LUENM [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Evaluación de las características de la clínica típica del síndrome coronario agudo en mujeres del Área Básica de Salud de Florida Sud, Florida Nord y Pubilla Cases de 2015 a 2019

Ainhoa Baztán Hornillos^{a*}, Marta Valls Salmerón^{a*}, Carmen Durán Jiménez^b, Marta Besa Castellà^a, Anna Aguilar Margalejo^a y Meritxell Motos Bescós^c

^aEspecialista de Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Florida Sur. SAP Delta de Llobregat. Hospitalet de Llobregat. Barcelona (España).

^bEspecialista de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Larrard. Barcelona (España).

^cEspecialista de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona (España).

*Ambas autoras han contribuido por igual al artículo.

Correspondencia

Meritxell Motos Bescós. Carrer Valencia, 116-118, 2.º 3.ª. 08011 Barcelona (España).

Correo electrónico

mmotosbescos@gmail.com

Presentado en la XII Jornada de Recerca de Residents de Medicina i Infermeria de la Unitat Docent Multiprofessional d'Atenció Familiar i Comunitària Costa Ponent, en la que recibieron el segundo premio.

Recibido el 21 de diciembre de 2022.
Aceptado para su publicación el 17 de abril de 2023

RESUMEN

Objetivo: se pretende analizar la adecuación de la clínica previa al diagnóstico de síndrome coronario agudo (SCA) en mujeres de tres Áreas de Salud de Barcelona. El objetivo secundario fue determinar si existe retraso terapéutico en las mujeres analizadas.

Métodos: estudio observacional descriptivo transversal sobre mujeres con nuevo diagnóstico de SCA durante 2015-2019 a través de recogida de datos de la historia clínica. Se estimó la adecuación clínica mediante el porcentaje de mujeres que presentaban o no la clínica típica de SCA. Se consideró la presencia de otros síntomas sugestivos y de factores de riesgo cardiovascular. Se tuvieron en cuenta el número acumulado de visitas previas al diagnóstico, el decalaje entre diagnóstico y tratamiento y la actuación en Atención Primaria el mes anterior al diagnóstico.

Resultados: se incluyeron 102 mujeres, con una media de edad de 75 años. El 49% presentaron clínica típica (intervalo de confianza [IC] 95%: 39,32-58,72). Los antecedentes más frecuentes fueron hipertensión y dislipemia. De las pacientes analizadas, 11 (10,8%) presentaron debilidad, y, de ellas, 9 (81,8%) presentaron clínica típica, siendo estadísticamente significativo (IC 95%: 4,76-16,80). En el 66,3% de los casos se administró tratamiento inmediato y en el 22,5% se llevó a cabo cateterismo inmediato.

Conclusiones: la mitad de las pacientes presentaron clínica típica y ninguno de los síntomas atípicos fue más prevalente. Solo la mitad de las mujeres recibieron tratamiento temprano, con una minoría de tratamientos invasivos. Podría ser beneficioso una mejora del registro de los síntomas en las historias clínicas para mejorar los tiempos en la instauración de tratamiento.

Palabras clave: síndrome coronario agudo, diferencias de género, retraso diagnóstico.

EVALUATION OF THE TYPICAL CLINICAL CHARACTERISTICS OF ACUTE CORONARY SYNDROME IN WOMEN FROM THE BASIC HEALTH AREA OF SOUTH FLORIDA, NORTH FLORIDA AND PUBILLA. CASES FROM 2015 TO 2019

ABSTRACT

Aim: to analyze the clinic's suitability prior to the diagnosis of Acute Coronary Syndrome in women from three health areas of Barcelona. The secondary objective was to determine whether there is a therapeutic delay in the women analyzed.

Methods: cross-sectional, descriptive, observational study on women with a new diagnosis of ACS during 2015-2019 by means of data collection from the medical history. Clinical suitability was estimated using the percentage of women who presented or did not present typical symptoms of ACS (dependent variable). The existence of other suggestive symptoms and cardiovascular risk factors (independent variables) was considered. The cumulative number of visits prior to diagnosis, the gap between diagnosis and treatment, and treatment and performance in primary care the month prior to diagnosis (covariables) were taken into account.

Results: a total of 102 women with a mean age of 75 years were included; 49% presented typical symptoms. The most common histories were hypertension and dyslipidaemia. Of the patients analyzed, 11 (10.8%) presented weakness, of whom 9 (81.8%) presented typical clinical symptoms. This was statistically significant. Immediate treatment was performed in 66.3% and immediate catheterization was performed in 22.5%.



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

Conclusions: *half of the patients presented typical symptoms and none of the atypical symptoms was more prevalent. Only half the women received early treatment with a minority of invasive treatments. Improved recording of symptoms in the clinical histories could be beneficial to improve the times to establish treatment.*

Keywords: *Acute Coronary Syndrome, Delay, Gender Differences.*

INTRODUCCIÓN

En España, la enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en mujeres, de forma similar al resto del mundo occidental¹. El síndrome coronario agudo (SCA) abarca en este contexto una importante línea de actuación asistencial donde se puede incidir preventivamente y con intervenciones precoces que disminuyan comorbilidades secundarias.

El SCA comprende un conjunto de síntomas producidos por la erosión o rotura de una placa de ateroma, que determina la formación de un trombo intracoronario. Actualmente, la definición de SCA considerado como típico²⁻⁵, incluye dos de los siguientes tres ítems: dolor centrotorácico opresivo con o sin irradiación, establecimiento del mismo con el esfuerzo y cesión con toma de nitroglicerina. El SCA puede presentarse como diferentes entidades clínicas como angina inestable (AI), infarto agudo de miocardio (IAM) o muerte súbita.

La forma de presentación clínica descrita, a menudo es diferente entre hombres y mujeres. A pesar de que en un porcentaje de ocasiones presentan los mismos síntomas, como el dolor centro-torácico, en otras muchas ocasiones, en el caso de las mujeres, las semanas previas además se añaden con mayor prevalencia síntomas prodrómicos como disnea o astenia^{5,6}. Esta sintomatología vegetativa se describe como «clínica atípica» e incluye desde falta de aire o fatiga inusual hasta náuseas, vómitos o indigestión⁵. Del mismo modo, las mujeres presentan con mayor frecuencia dolor interescapular y mandibular⁷. Esto puede deberse a las propias variables anatómicas y funcionales según el sexo, así como a las comorbilidades más prevalentes en cada género⁸.

Ruiz Cantero y sus colaboradores⁸ señalan que las mujeres tienen una presentación más tardía del SCA, presentan un sesgo de edad y clase social, tienen una mayor mortalidad postinfarto y mayor variedad de síntomas. Los hombres, por su parte, tienen una sobremortalidad en mediana edad con dolor precordial típico y con mayor asociación de dolor torácico con IAM.

Por tanto, aunque en el 90% de casos de IAM sí que aparece dolor en la mujer, muchas veces tienen más síntomas acompañantes que los hombres, y muchas veces el dolor torácico no es el primer síntoma de consulta. Esto conlleva un retraso diagnóstico².

El manejo del SCA consiste en la reperfusión mediante intervención percutánea. Consecuentemente, la supervivencia adquiere una relación indirectamente proporcional con el tiempo de isquemia y del retraso en la reperfusión⁴.

A nivel epidemiológico, según el registro poblacional REGICOR de IAM en Girona⁹ que incluyó a pacientes con IAM mayores de 34 años en los períodos de estudio entre 1996-1997 y comparativamente entre 2007-2008, se evidencia que la tasa de incidencia de IAM au-

menta con la edad y es mayor en hombres que en mujeres, tanto en la población de 35-64 años con 169 (hombres) y 28 (mujeres) casos/100.000/año como con 2.306 (hombres) y 1.384 (mujeres) casos/100.000/año en el rango de edad de 85-94 años.

Del mismo modo, Rholf y sus colaboradores³ y Marrugat y sus colaboradores¹⁰ añaden que las mujeres con IAM son unos 10 años mayores, llegan a los hospitales 1 hora más tarde de promedio, presentan mayor comorbilidad (diabetes e hipertensión, principalmente), desarrollan cuadros clínicos más graves y tienen mayor riesgo de muerte a 28 días que los hombres.

Olivencia y sus colaboradores¹, que estudiaron una cohorte de 396 pacientes con diagnóstico de SCA con y sin elevación del S-T entre los meses de enero 2007 y junio 2008, observaron que las mujeres tenían una edad media significativamente más elevada (eran 6,4 años mayores que los hombres) y presentaron más insuficiencia cardíaca previa de forma significativa en comparación con los hombres.

Por lo que queda manifiesto el peor pronóstico general de las mujeres, debido en parte a que se trata de pacientes con más edad y con más comorbilidades, pero también al retraso en el diagnóstico y la menor utilización de algunos tratamientos.

Este hecho, asociado a que se considera que hay una mayor incidencia de la enfermedad en hombres y, por lo tanto, son más numerosos los estudios realizados en este género, probablemente haya originado la falta de orientación femenina de la clínica en la cardiopatía isquémica y sea el origen de las carencias en su abordaje. Una de las causas fundamentales de esta situación se basa en el retraso diagnóstico del IAM, con la correspondiente implicación pronóstica^{5,11-12}.

Se considera necesario un cambio de actitud en todos los ámbitos asistenciales que permita la identificación precoz de mujeres con SCA con el objetivo de acelerar el diagnóstico y aumentar el uso de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de manera equitativa a la mayor gravedad que presenta el IAM en la mujer.

Como objetivo principal, se pretende analizar la adecuación de la clínica previa al diagnóstico de SCA en mujeres de tres Áreas de Salud de Barcelona. El objetivo secundario fue determinar si existe retraso terapéutico en las mujeres analizadas.

MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo transversal. Se recogió información de las mujeres con un diagnóstico de SCA en la ECAP durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2019. La población de estudio fueron mujeres con edad igual o mayor a 18 años diagnosticadas de SCA pertenecientes al Área Básica de Salud de Florida Sud, Florida Nord y Pubilla Cases (Barcelona).

Los criterios de inclusión fueron mujeres del Área Básica de Salud de Florida Sud, Florida Nord y Pubilla Cases con edad igual o mayor a 18 años y que del 1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2019 fueron diagnosticadas en la Estació Clínica de Atención Primària (ECAP) con código de I20-I21, I22, I23, I24, I25 correspondiente a un primer episodio de infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento S-T (IAMSEST) o con elevación del segmento S-T (IAMCEST). Como criterios de exclusión fueron aquellas mujeres fuera del rango de edad descrito en el estudio y mujeres con diagnóstico de SCA con fecha anterior o posterior al período de estudio. En la **tabla 1** queda reflejada la población de estudio seleccionada.

Respecto al tamaño de la muestra, asumiendo un porcentaje de mujeres que presentan la clínica típica del 40%¹³, con una confianza del 95% y una precisión del 10%, se estimó que serían necesarias 92 mujeres. Asumiendo un porcentaje de historias incompletas o sin información que deban considerarse pérdidas del 10%, se consideró necesaria estudiar una muestra de 102 mujeres. Se hizo un muestreo no probabilístico por conveniencia con todas las mujeres con nuevo diagnóstico de SCA.

Como variable de estudio dependiente, se consideró la adecuación clínica teniendo en cuenta que las pacientes presentaran o no la clínica típica de SCA cuando reunieran dos de las siguientes tres características en el momento en que acudían a urgencias:

1. Dolor torácico centrotorácico opresivo con o sin irradiación (sí/no).
2. Dolor que mejora con nitroglicerina (sí/no).
3. Dolor que aparece en esfuerzo (sí/no).

Como variables de exposición, se incluyeron otros síntomas, registrados para el cálculo del decalaje entre la presentación de sintomatología sugestiva y el diagnóstico durante el mes anterior a la visita de urgencias. Se incluyó mareo, epigastralgia (indigestión, náuseas, dolor u opresión gástrica, ardor o malestar), dolor o malestar en mandíbula, cuello, brazos o entre las escápulas, palpitaciones, disnea, sudoración, debilidad o fatiga y confusión como variables dicotómicas (sí/no).

Además, se registraron los antecedentes de las pacientes incluidas en el estudio: edad, país de origen, antecedentes familiares de cardiopatía isquémica (sí/no), ansiedad o depresión (sí/no), diabetes mellitus tipo II (sí/no), hipertensión (sí/no), dislipemia (sí/no), obesidad [sí (si índice de masa corporal —IMC— >30 en el último registro)/no o no registro], hábito tabáquico (fumadora/exfumadora/no fumadora), insuficiencia cardíaca previa (sí/no), insuficiencia renal crónica [1] filtración glomerular [FG] ≥ a 60 mL/minuto/1,73 m² (es-

Tabla 1. Población de estudio

UP ASIGNADA	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Florida Nord	7	5	8	7	6	33
Florida Sud	16	6	14	9	12	57
Pubilla Cases	7	13	13	8	14	55
Total general	30	24	35	24	32	145

UP: unidad proveedora.

tadio I y II de la IRC), 2) FG 15-59 mL/minuto/1,73 m² (estadio III-IV). 3) FG < 15 mL/minuto/1,73 m² (estadio V o fallo renal)].

Se tuvieron en cuenta tres covariables y posibles confusores:

1. Número acumulado de visitas durante el mes previo al diagnóstico de SCA en Atención Primaria por parte de medicina o enfermería, en centro de urgencias de Atención Primaria o en centro de urgencias de Atención Hospitalaria.
2. El decalaje entre diagnóstico y tratamiento: se midió, el tiempo en horas/días entre la visita por la clínica estudiada sugestiva de SCA (dolor centrotorácico, aparición en esfuerzo y que cede con toma de nitroglicerina) y el tratamiento (realización de cateterismo o puesta de doble antiagregación y anticoagulación).
3. La actuación en Atención Primaria en el mes anterior al diagnóstico del SCA teniendo en cuenta la realización de un electrocardiograma, la derivación a urgencias hospitalarias, la realización de pruebas no relacionadas con cardiología y si las pacientes precisaron de ingreso hospitalario.

Para la recogida de datos, se incluyeron todas las pacientes con nuevo diagnóstico de SCA entre los años 2015 y 2019 a partir de los registros de la historia clínica informatizada. Cada médico revisó la historia clínica de Atención Primaria o ECAP, así como los informes hospitalarios y la información que aparece en la historia clínica compartida de Cataluña (HC3) de las pacientes seleccionadas de su cupo y recogió las características de la clínica que presentaron las mujeres en contexto de SCA, mediante una hoja de recogida de datos creada *ad hoc*, en la cual no figuraron datos identificativos de las mujeres de estudio.

Se hizo un análisis estadístico descriptivo. Las variables cuantitativas se describieron a través de medidas de tendencia central (media si presentaban una distribución normal o mediana en caso contrario) y dispersión (desviación estándar o rango intercuartil en caso de no ajustarse a los criterios de normalidad), y las variables cualitativas mediante frecuencias y porcentajes. Se comprobó la distribución normal de la muestra mediante la prueba de Komogorov-Smirnov.

Por otro lado, se hizo un análisis bivalente para estudiar la asociación de variables de exposición o covariables con la adecuación clínica. Para determinar las diferencias entre los grupos (clínica típica versus clínica atípica), se utilizó la prueba de t-Student o U de Mann Whitney para variables cuantitativas y chi cuadrado o prueba exacta de Fisher para cualitativas.

Los resultados se presentan con IC 95%, asumiendo un nivel de significación de pruebas estadísticas (bilaterales) p <0,05. Se ha utilizado el programa Statistical Package Social Sciences (SPSS versión 27).

Los investigadores confirman que han llevado a cabo el presente estudio de acuerdo con el protocolo revisado y aprobado en su última versión por el Comité de Ética en Investigación de la Fundación Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria Jordi

Gol (IDIAPJGol). Del mismo modo, se ha respetado la Declaración de Helsinki, actualización de Fortaleza (Brasil, 2013), la Convención sobre Derechos Humanos y Biomedicina relativa a la investigación biomédica (2005), así como las reglas de ética investigadora y la guía del Institut Català de la Salut (ICS). También se han seguido y tenido en cuenta las normativas legales vigentes, en materia de investigación (Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica), y de protección de datos personales.

Toda la información obtenida en el estudio ha sido tratada de manera confidencial, cumpliendo la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD).

Los propios médicos han recogido los datos de la historia clínica y han facilitado un archivo a los investigadores, donde no hubo ningún identificador personal de los pacientes (código de identificación personal [CIP], documento nacional de identidad [DNI], fecha de nacimiento, nombre o número de historia clínica), por lo que no fue necesario su consentimiento informado.

RESULTADOS

Del total de la población de 145 mujeres incluidas en el estudio con diagnóstico de SCA registrado en la historia clínica entre 2015 y 2019, se rechazaron para el estudio 43 (29,66%). Esto fue debido a error de registro diagnóstico al tratarse de historias incompletas en cuanto a síntomas de las pacientes, de tipificación en el que se diagnosticó de SCA entidades como palpitaciones o arritmias y a la ausencia de informes previos en pacientes procedentes de otros países.

La población de estudio fue de 102 mujeres, con una media de 75 años (desviación estándar [DE]: 12,24), con edades comprendidas entre los 43 y 99 años. El 90% eran nacidas en España.

El 49% de las mujeres presentaron dos o tres de los síntomas de la tríada típica (IC 95%: 39,32-58,72). La edad media de las clasificadas

con clínica típica fue de 76,84 (DE: 12,75), frente a 73,52 (DE: 11,62) ($p = 0,172$). Había 31 (30,4%) mujeres que presentaron uno de los tres síntomas típicos y 19 (18,6%) que no presentaron ninguno de ellos.

La **tabla 2** muestra la frecuencia de presentación de los distintos síntomas relacionados con el SCA y si estaban presentes en las mujeres que se clasificaban con la clínica típica o no. Tenían dolor torácico 78 mujeres (76,5%), de las cuales un 64,1% presentaban clínica típica respecto al 35,9% de las que no ($p < 0,0001$) (IC 95%: 68,24-84,70). Todas las mujeres con clínica típica tuvieron dolor torácico opresivo.

Se observó mejoría del dolor con nitroglicerina en un 20,6% de las mujeres, de las cuales un 42% cumplía criterios de clínica típica ($p < 0,001$) (IC 95%: 12,74-28,44). Ninguna de las pacientes clasificadas sin clínica típica presentaba mejoría del dolor con la nitroglicerina.

Un 44,1% de las mujeres presentó dolor torácico en relación con el esfuerzo, de las cuales un 80% cumplía con los criterios de clínica típica frente a un 9,6% que no cumplía con los criterios ($p < 0,0001$) (IC 95%: 34,48-53,75).

De las pacientes analizadas, 11 (10,8%) presentaron debilidad, y 9 (81,8%) de ellas mostraron clínica típica, siendo estadísticamente significativo (IC 95%: 4,76-16,80).

ANTECEDENTES MÉDICOS

La prevalencia de los antecedentes médicos en pacientes con SCA se observa en la **figura 1**. No se detectaron diferencias entre las prevalencias de las distintas patologías y el hecho de ser clasificadas o no con la presentación de la clínica típica.

MEDIA DE LAS VISITAS SANITARIAS EN EL MES PREVIO AL EVENTO

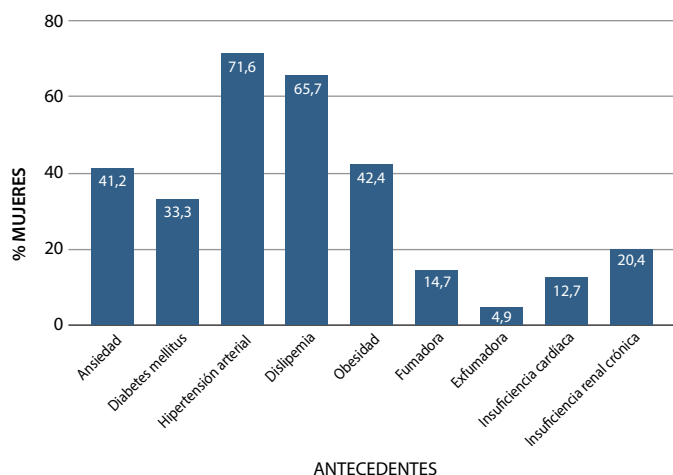
De las 102 mujeres incluidas en el estudio, 45 (44%) fueron visitadas por el médico de familia durante el mes anterior al evento isquémico.

Tabla 2. Frecuencia de presentación de los distintos síntomas relacionados con el síndrome coronario agudo y si estaban presentes en las mujeres que se clasificaban con la clínica típica o no

SÍNTOMA	CLÍNICA TÍPICA NÚMERO (%)	NO CLÍNICA TÍPICA NÚMERO (%)	TOTAL NÚMERO (%)	SIGNIFICACIÓN
Dolor torácico opresivo ^a	50 (64,1%)	28 (35,9%)	78 (76,5%)	<0,0001
Mejora con nitroglicerina ^a	21 (100%)	0 (0%)	21 (20,6%)	<0,0001
Dolor relacionado con el esfuerzo ^a	40 (88,9%)	5 (11,1%)	45 (44,1%)	<0,0001
Debilidad ^a	9 (81,8%)	2 (18,2%)	11 (10,8%)	0,021
Mareo	10 (45,5%)	12 (54,5%)	22 (21,6%)	0,706
Epigastralgia	6 (54,5%)	5 (45,5%)	11 (10,8%)	0,698
Dolor irradiado	12 (48%)	13 (52%)	25 (24,5%)	0,907
Palpitaciones	7 (70%)	3 (30%)	10 (9,8%)	0,162
Sudoración	12 (48%)	13 (52%)	25 (24,5%)	0,907
Disnea	19 (61,3%)	12 (38,7%)	31 (30,4%)	0,101
TOTAL	50 (48%)	52 (51%)	102 (100%)	

^a Síntomas relacionados con el SCA con significación estadística.

Figura 1. Prevalencia de antecedentes médicos en pacientes con síndrome coronario agudo



co agudo por cualquier motivo. Del mismo modo, 27 (26%) mujeres fueron visitadas por la enfermera el mes previo, 6 (5,8%) consultaron al centro de urgencias de Atención Primaria, y 15 (17%), al servicio de urgencias. Sin diferencias si presentan o no clínica típica. Había 49 (48%) de las mujeres que no habían consultado en ninguno de los dispositivos.

ACTUACIÓN TERAPÉUTICA

En 22 pacientes (21,6%) no hubo registro en la historia clínica del tratamiento realizado (figura 2). De entre las 80 (78,4%) pacientes que sí había registro de tratamiento, en 53 (66,3%) no hubo retraso terapéutico, 35 (43,8%) recibieron tratamiento médico el mismo día de aparición de la clínica y en 18 (22,5%) se realizó cateterismo en las primeras 48 horas (figura 3). No hay diferencias significativas en relación con el inicio de tratamiento según la edad.

DISCUSIÓN

En este estudio se ha hallado que solo la mitad de las mujeres con SCA presentaba la tríada típica y el 19% no presentaba ninguno de

Figura 2. Tratamiento en mujeres con diagnóstico de síndrome coronario agudo

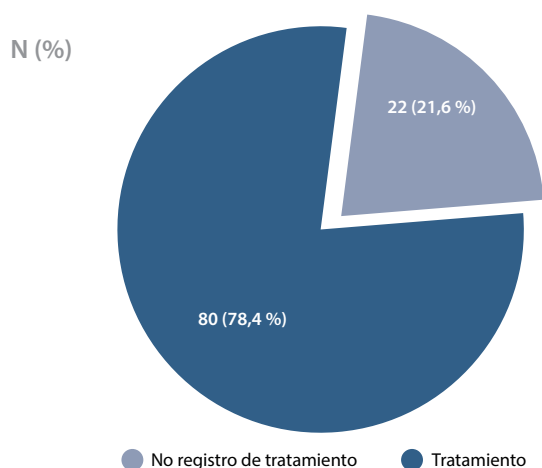
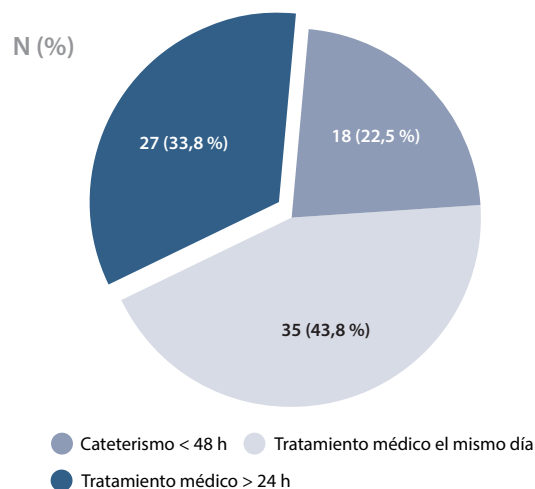


Figura 3. Actuación terapéutica en mujeres con registro de tratamiento



estos síntomas. El cuadro típico analizado en este trabajo está definido para el sexo masculino, por eso solo sirve para clasificar la mitad de las diagnosticadas.

Los tres síntomas relacionados con la clínica típica son los que se han observado con más frecuencia, posiblemente por el sesgo diagnóstico, y precisamente las mujeres que no los presentan sufren un infradiagnóstico. El síntoma observado de forma más habitual ha sido el dolor torácico, con porcentajes similares a los hallados en otros artículos¹⁴.

El resto de síntomas atípicos se han registrado en pocas ocasiones. No existen diferencias en el análisis bivalente entre mujeres que presentan clínica típica y las que no, a excepción de la debilidad y a favor de mujeres con clínica típica. En consecuencia, los síntomas sugestivos de SCA analizados no permiten definir o intuir un perfil de presentación atípica.

En el presente estudio, el 10% presentaba epigastralgia, y el 10%, debilidad, resultados que, a pesar de ser bajos, son más frecuentes que los que describen otros autores¹⁵. Esto puede deberse a una limitación de los trabajos, que se han realizado a partir de datos secundarios registrados en la historia, y destaca el hecho de que se interroga poco sobre estos síntomas, que podrían existir, pero no se incorporan en la anamnesis rutinaria que se hace a estas mujeres.

En la literatura, se describe^{3,5} la presentación de otros síntomas prodrómicos como falta de aire o fatiga inusual, semanas o meses antes de un evento isquémico agudo. En nuestro estudio, estos síntomas no se han registrado como frecuentes previos al diagnóstico, aunque cabe destacar que la mitad de las mujeres no había consultado en el mes anterior.

Casi tres cuartas partes de las mujeres presentaban antecedente de hipertensión arterial, que ya se ha descrito como el factor de riesgo modificable más prevalente en los casos de SCA¹⁶. Otros síntomas que destacan en el análisis de las variables son los antecedentes de dislipemia, obesidad y diabetes mellitus, todos ellos relacionados con patología cardiovascular. En la bibliografía descrita se remarca que el abordaje previo de estos factores de riesgo es menor en las

mujeres que en los hombres^{7,16}. En nuestro caso, no se ha abordado si las pacientes estaban en tratamiento y su grado de control, pero es un aspecto a tener en cuenta en futuros estudios.

Está demostrado el beneficio de los distintos tratamientos tanto en hombres como en mujeres, pero se ha visto que en las mujeres se hacen menos exploraciones complementarias y los tratamientos son menos agresivos^{5,7,10}. Esto explicaría que en el presente estudio solo la mitad de las mujeres habían recibido el tratamiento en el tiempo correcto.

El presente estudio presenta distintas limitaciones, como la ya mencionada anteriormente del uso de datos secundarios. Cuando se estudia la consulta previa al diagnóstico, no puede describirse el motivo de la misma, por lo que, al hecho de pocas consultas, debe añadirse que algunas de ellas eran por otros motivos. En muchos de los casos estudiados no se ha podido recopilar información de datos hospitalarios, porque no había informes o referían tener la patología desde hacía muchos años, incluso diagnosticada fuera del país.

La población a estudiar se ha seleccionado a partir de la fecha de diagnóstico en la historia clínica informatizada. Este hecho también puede conllevar un sesgo, ya que se registra la fecha en que la mujer consulta, que puede ser posterior al evento si ha requerido hospitalización, y no se realiza hasta el día que la paciente acude al centro de Atención Primaria. En estos casos, la información registrada del mes anterior a la fecha del diagnóstico no coincidiría con el período de tiempo real previa la aparición de la enfermedad.

Estas posibles limitaciones y sesgos podrían obviarse realizando estudios de casos incidentes, en lugar de prevalentes, que mejoran la calidad de la información recogida.

CONCLUSIONES

La mitad de las pacientes con registro de síndrome coronario presentó clínica típica previa al diagnóstico. Ninguno de los otros síntomas atípicos registrados, que no forman parte de la clasificación de la clínica típica, estaban descritos en la mayoría de las mujeres, creando la duda de si no existían o no habían sido interrogados.

Los antecedentes patológicos más habituales fueron hipertensión y dislipemia.

Solo la mitad de las mujeres recibió el tratamiento correcto de manera temprana, siendo los tratamientos invasivos muy poco frecuentes.

Es necesario hacer más estudios, especialmente sobre casos incidentes, para poder describir mejor los síntomas que presentan las mujeres con SCA. Asimismo, es preciso mejorar la anamnesis y el registro de los síntomas en la historia clínica para poder diagnosticar e instaurar el tratamiento de una manera precoz.

BIBLIOGRAFÍA

- Olivencia Peña L, Bueno Cavanillas A, Soto Blanco JM, Yuste Ossorio ME, Barranco Ruiz F. Síndrome coronario agudo en la mujer. Diferencias de género. *Med Clin (Barc)*. 2011;137(14):623-30.
- 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. *Circulation*. 2018;137(8):781-90.
- Rohlf s I, García MM, Gavalda L, Medrano MJ, Juvinyà D, Baltasar A, et al. Género y cardiopatía isquémica. *Gac Sanit*. 2004;18(2):55-64.
- Reuter PG, Pradeau C, Huo Yung Kai S, Lhermusier T, Bourdè A, Tentillier E, et al. Predicting acute coronary syndrome in males and females with chest pain who call an emergency medical communication centre. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2019;27(1):27-92.
- Murga Eizagaetxebarria N, Rodríguez-Padial L, Muñiz J, Sambola A, Gómez Doblas JJ, Pedreira M, et al. Perspectiva de género en el estudio OFRECE: diferencias en la atención entre pacientes que consultan por dolor torácico o por palpitaciones. *Rev Esp Cardiol*. 2019;72(10):813-9.
- Khan NA, Daskalopoulou SS, Karp I, Eisenberg MJ, Pelletier R, Tsadok MA, et al. Sex differences in acute coronary syndrome symptom presentation in young patients. *JAMA Intern Med*. 2013;173(20):1.863-71.
- Khamis RY, Ammari T, Mikhail GW. Gender differences in coronary heart disease. *Heart*. 2016;102(14):1.142-9.
- Ruiz Cantero MY. Perspectiva de género en medicina. Editor. Barcelona: Editorial; 2019. p. 249.
- Vázquez Oliva G, Zamora A, Ramos R, Martí R, Subirana I, Grau M, et al. Acute Myocardial Infarction Population Incidence and Mortality Rates, and 28-day Case-fatality in Older Adults. The REGICOR Study. *Rev Esp Cardiol*. 2018;71(9):718-25.
- Marrugat J, Sala J, Aboal J. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en la mujer. *Rev Esp Cardiol*. 2006;59(3):264-74.
- Alonso J, Bueno H, Bardajic A, García-Moll X, Badia X, Layola M et al. Influencia del sexo en la mortalidad y el manejo del síndrome coronario agudo en España. *Rev Esp Cardiol Suppl*. 2008;8(4):8-22D.
- Ferraz Torres M, Belzunegui Otano T, Marín Fernández B, Martínez García Ó, Ibañez Beroiz B. Differences in the treatment and evolution of acute coronary syndromes according to gender: what are the causes? *J Clin Nurs*. 2015;24(17-18):2.468-77.
- Calculadora de Grandària Mostral GRANMO. Barcelona: Institut Hospital del Mar d'Investigació Mèdica: IMIM [Internet]. [Consultado 25 Mar 2021]. Disponible en: <https://www.imim.cat/ofertadeserveis/software-public/granmo/>
- Heras M. Cardiopatía isquémica en la mujer: presentación clínica, pruebas diagnósticas y tratamiento de los síntomas coronarios agudos. *Rev Esp Cardiol*. 2006;59(4):371-81.
- Mackay MH, Ratner PA, Johnson JL, Humpries KH, Buller CE. Gender differences in symptoms of myocardial ischaemia. *European Heart Journal*. 2011;32:3.107-14.
- McSweeney JC, Rosenfeld AG, Abel WM, Braun LT, Burke LE, Daugherty SL et al. Preventing and Experiencing Ischemic Heart Disease as a Woman: State of the Science: A Statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association. *Circulation*. 2016 March 29;133(13):1302-31.