CARACTERIZACIÓN DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN MUJERES QUE CONSULTARON AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ DURANTE EL AÑO 2021

María José Chacon Diaz, Angie Daniela Ureña Angel, Brayan Arley Gelves Guarin,
TUTOR: JUAN CARLOS ORTEGA MADARRIAGA
Hospital Erasmo Meoz
Universidad de Pamplona, Universidad de Santander

Resumen

Las enfermedades cardiovasculares han aumentado en incidencia y mortalidad en las últimas décadas, datos de la Organización Mundial de la Salud indican que la principal causa de muerte en Latinoamérica es la enfermedad cardiovascular, esto se puede atribuir a los malos hábitos alimenticios, el sedentarismo y en mujeres la pérdida de protección estrogénica post menopausia. El reconocimiento oportuno de los pacientes con síndromes coronarios agudos (SCA) es importante para el tratamiento oportuno.

Existen diferencias en epidemiologia y diagnostico según el sexo que tienen un impacto en el tratamiento y pronostico del SCA. Esta revisión evalúa las diferencias de sexo en la presentación clínica en pacientes con SCA confirmado que ingresaron al E.S.E HUEM en el año 2021.

Palabras Clave: Síndrome coronario agudo, mujeres, sexo, SCA.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares se han incrementado en la actualidad por lo que la descripción sobre la presentación según el género se hace necesario debido a que, aunque la literatura describe síntomas generales de estas afecciones sigue siendo limitado el conocimiento en concreto del comportamiento del síndrome coronario agudo (SCA) en mujeres, que es vital para fomentar un diagnóstico acertado en el menor tiempo y prevenir el empeoramiento clínico de las pacientes.

Durante décadas, se pensó que la enfermedad cardiovascular, específicamente el infarto de miocardio (IM), era una enfermedad de los hombres. Los ensayos de síndrome coronario agudo mayor (SCA) que guían la práctica clínica diaria describieran de manera desproporcionada a hombres, sin embargo, en los últimos años se reconocido cada vez más que la enfermedad cardíaca es la principal causa de muerte tanto en hombres como en mujeres y por esto podemos decir que la enfermedad cardiovascular no tiene preferencia de sexo, además se reconoce la diferencia en las características de la presentación clínica.

Dado lo anterior, el enfoque de este estudio se centra en aportar información sobre la presentación clínica del síndrome coronario agudo en mujeres en comparativa con el sexo masculino en Hospital Universitario Erasmo Meoz brindando datos locales mediante la descripción de características clínicas de aquellos pacientes que ingresaron al servicio de urgencias en el año 2021. Así mismo, contribuirá a determinar la prevalencia y la mortalidad derivada del SCA en nuestro medio hospitalario.

MARCO TEÓRICO

Definición:
El término síndrome coronario agudo (SCA) se aplica a pacientes en los que existe una sospecha o confirmación de isquemia miocárdica aguda o infarto. El infarto de miocardio sin elevación del segmento ST (IMSEST), el IM con elevación del segmento ST (IAMCEST) y la angina inestable son los tres tipos tradicionales de SCA (1). Sin embargo, el término de angina inestable fue absorbido dentro de la definición de IMSEST (2).
Así mismo, según el consenso de 2018 de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC), la Fundación del Colegio Americano de Cardiología (ACCF), la Asociación Americana del Corazón (AHA) y la Federación Mundial de la Salud (WHF) se define infarto de miocardio, ya sea IAMCEST o IMSEST, como la presencia de lesión miocárdica aguda detectada por biomarcadores cardíacos anormales en el contexto de evidencia de isquemia miocárdica aguda (3).

Epidemiología:
En Norte América las enfermedades cardiovasculares afectan a 6,6 millones de mujeres estadounidenses cada año y sigue siendo la principal amenaza de morbilidad y mortalidad en las mujeres (9), Se ha reportado que del 2011 al 2014 la prevalencia nacional de IAM fue del 3.0% en adultos mayores de 20 años; siendo los hombres los de mayor riesgo en este grupo, con 3.8% y 2.3 % para las mujeres (5).

En Colombia la enfermedad coronaria isquémica en el año 2011 fue responsable de 29 000 muertes, 16 000 en hombres, con una tasa de 43 muertes por día. En el 2013 la tasa de mortalidad fue de 107.3 por cada 100 000 personas de 45 a 64 años y de 867.1 por 100 000 personas de más de 65 años (6).

Etiología:
En el consenso ESC 2018 sobre la cuarta definición universal del infarto de miocardio (IM), definen este como daño miocárdico agudo con evidencia clínica de isquemia miocárdica aguda y alteración de troponinas cardiacas (cTn), siempre y cuando se cumpla alguna de las siguientes condiciones: Síntomas de isquemia miocárdica, cambios isquémicos nuevos en el ECG, aparición de ondas Q patológicas, Evidencia por imagen de pérdida de miocardio viable o anomalías regionales de la motilidad de la pared nuevas siguiendo un patrón compatible con una etiología isquémica, Identificación de un trombo coronario por angiografía o autopsia (no en los IM tipos 2 o 3) (7).

Además, también se clasificó clínicamente el infarto agudo de miocardio teniendo en cuenta la causa de la isquemia miocárdica, siendo los más comunes tipo 1 y 2, Los tipos 4a, 4b y 5 se describen como infarto de miocardio asociados a procedimientos hospitalarios:

- Tipo 1 – Infarto de miocardio, por ruptura o erosión de placa aterosclerótica, subyacente a enfermedad arterial coronaria aterotrombótica aguda.
- Tipo 2 – Infarto de miocardio como consecuencia de un desajuste entre la oferta y la demanda de oxígeno. Esto incluye una multiplicidad de mecanismos potenciales que incluyen disección coronaria, vasoespasmo, émbolos, disfunción microvascular, así como aumentos en la demanda con o sin enfermedad arterial coronaria subyacente.
- Tipo 3: Pacientes con cuadro clínico típico de isquemia/infarto de miocardio, como presuntos nuevos cambios isquémicos en el ECG o fibrilación ventricular, con muerte inesperada antes de que se pudieran extraer muestras de sangre para biomarcadores o antes de su aparición en la sangre.
- Tipo 4a y 4b: Infarto de miocardio asociado con la intervención coronaria percutánea (ICP) puede llevar a trombosis del stent.
- Tipo 5: Infarto de miocardio de la cirugía de injerto de derivación de la arteria coronaria (CABG).

Manifestaciones clínicas:
Las diferencias según el sexo en la presentación clínica entre pacientes con síndrome coronario agudo son cada vez más evidentes. Es bien sabido que la mayoría de los pacientes con infarto agudo de miocardio presentan la sintomatología típica como el dolor torácico, sin embargo, se ha evidenciado que las mujeres presentan más comúnmente síntomas atípicos. (9)
Siempre ha existido una gran controversia sobre la presentación clínica del síndrome coronario agudo, si los síntomas difieren o no entre sexo, y edad; Esto ha llevado a una discusión de si los llamados síntomas atípicos, son más predominantes en mujeres que en hombres, y si esto afecta o no la conducta a seguir. (7)

Un metaanálisis publicado por la JAHA, que incluyo más de un millón de pacientes, demostró que existen diferencias en la presentación de síntomas en pacientes con SCA confirmado según el sexo, este estudio analizó los datos de 2 estudios prospectivos de pacientes con signos y síntomas sugestivos de SCA por diferencias de sexo en la presentación clínica al servicio de urgencias, en el cual se evidenció que las mujeres tienen menos probabilidad de presentar dolor torácico y diaforesis en comparación con los hombres, pero tienen una mayor probabilidad de presentar dolor interescapular, dolor en el cuello y mandíbula, palpitaciones, náuseas, vómitos, Fatiga, dificultad para respirar, mareos y sincope.(6) A través de estos metaanálisis acumulativos, demostraron que las diferencias de sexo en los síntomas de los pacientes con SCA establecido han sido evidentes siempre. (6)

La variación en la presentación clínica puede explicar algunos de las disparidades de sexo en la mortalidad. Las mujeres tienen una presentación más larga. (9)

En comparación con los hombres, las mujeres son más propensas a tener presentaciones de alto riesgo. El dolor interescapular, así como fatiga inusual, disnea, náuseas, vómitos, palpitaciones, debilidad ocurren con más frecuencia en mujeres que en hombres.

Un estudio de la AHA de 2022 (9), demostró que el dolor torácico fue el síntoma más prevalente en ambos sexos, Sin embargo, las mujeres eran más propensas a presentar otros sin síntomas, sin necesidad de presentar dolor en el pecho en comparación con los hombres.

Tabla 1. Síntomas típicos vs atípicos en mujeres que presentan infarto agudo de miocardio.

Síntomas típicos	**Síntomas atípicos**
Dolor torácico o malestar (de tipo opresivo) Síntomas adicionales como irradiación del dolor a mandíbula, cuello, hombros, brazos, espalda, o epigastrio. Síntomas asociados: Disnea, náusea, emesis, aturdimiento, diaforesis.	Dolor torácico: agudo, pleurítico, urente. Otros síntomas aparte del dolor torácico Fatiga inusual, dificultad para respirar, dolor en parte superior del dorso o tórax con irradiación a cuello, mandíbula, hombros, espalda; dolor epigástrico, síntomas gripales, mareo.

Los síntomas más frecuentemente reportados en mujeres que en hombres son: dolor en la parte superior de la espalda, brazo, cuello y mandíbula, así como fatiga inusual, disnea, indigestión, náuseas/vómitos, palpitaciones, debilidad y sensación de miedo o ansiedad (9).

Estas variaciones en la sintomatología clínica y presentación más prolongada que ocasiona una sospecha diagnostican más larga que en hombres, puede contribuir a la mortalidad hospitalaria más elevada en el género femenino.

Según datos de la AHA, las mujeres suelen ser mayores cuando presentan su primer IAM, con una edad promedio de 71,8 años en comparación con los 65 años de los hombres. Se atribuye que la mayor edad de aparición de la cardiopatía coronaria en las mujeres en comparación con los hombres al papel protector de los estrógenos circulantes en el endotelio vascular.

DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico del síndrome coronario agudo inicia desde una sospecha precoz de la patología en el primer contacto con el paciente durante la anamnesis sobre sus síntomas, factores de riesgo y antecedentes; ya se ha descrito la importancia de estos para disminuir la brecha diagnostica entre mujeres y hombres.

La utilización de biomarcadores cardíacos séricos de daño miocárdico agudo de forma seriada es una herramienta para esclarecer la sospecha de SCA. Se deben tomar en cualquier paciente con riesgo significativo de SCA. La troponina cardiaca de alta sensibilidad es la prueba sanguínea estándar para confirmar el diagnóstico de infarto agudo de miocardio. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la troponina no es específica para la oclusión trombótica aguda de una arteria coronaria, que es la causa más común del infarto agudo de miocardio. Ya que un aumento de la concentración sanguínea de cTn se puede observar en otras enfermedades, como sepsis, fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca, embolia pulmonar, miocarditis, contusión miocárdica e insuficiencia renal (5).

Otra herramienta diagnostica fundamental es el electrocardiograma (ECG) el cual de manera temprana (objetivo de 10 minutos después del primer contacto médico) hace gran diferencia en la evaluación y el diagnóstico de pacientes a quienes se les estudia un posible síndrome coronario agudo. Sin embargo, el ECG inicial puede no ser diagnóstico, por lo cual se recomienda realizar un segundo control, 30 minutos para cualquier paciente con dolor continuo en el que la sospecha de SCA sigue siendo alta. El ECG permite la categorización inicial del paciente con sospecha de IM en uno de tres grupos según el patrón (5):

IAMCEST, IMSEST, Síndrome de dolor torácico indiferenciado (ECG no diagnóstico).

METODOLOGÍA:

Tipo y diseño de investigación

Estudio descriptivo de naturaleza cuantitativa de corte transversal con un sentido retrospectivo donde el objetivo principal es caracterizar el comportamiento clínico de los pacientes de género femenino con diagnóstico de síndrome coronario agudo que consultaron al Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el periodo comprendido entre enero y diciembre del 2021.

Población de estudio

Pacientes mayores de 18 años que ingresan al servicio de urgencias del Hospital Erasmo Meoz en el periodo 2021-01 / 2021-02 diagnosticados con Síndrome coronario agudo.

Muestra

La muestra del estudio serán aquellos pacientes con diagnóstico de ingreso que corresponda a síndrome coronario agudo y que a lo largo de su estancia no haya sido descartado dicha impresión diagnóstica.

RESULTADOS

Se notificaron un total de 305 pacientes que presentaron diagnósticos compatibles con sospecha de síndrome coronario agudo en el periodo comprendido por el estudio, del total de estos pacientes 133 fueron mujeres y 172 hombres, los cuales representaron un 43,6% y un 56,4% de los pacientes del estudio respectivamente.

La mayoría de los pacientes del estudio tuvieron una impresión diagnóstica de ingreso de acuerdo al CIE10 de infarto agudo de miocardio, con una representación del 41,28% de la población, seguida de angina de pecho, no especificada, con una representación del 30.23%.

Al realizar la observación de las variables demográficas con respecto a la edad en el análisis general, la media aritmética indica que los pacientes están alrededor de los 60,79 años con un coeficiente de variación de 23,89% que indica una moderada heterogeneidad de las edades. Se observa que la edad mínima y máxima, es de 19 a 93 años respectivamente. Estos datos evidencian un amplio rango en las edades de los pacientes.

La mediana de la muestra se encuentra en los 61 años y el promedio en los 60,79 años y los intervalos de confianza al 95% estimados en los que se encontrará la frecuencia más alta de estos pacientes se encuentra entre los 59,16 y 62,42 años.

Al realizar una comparación entre los sexos se evidencia que la población masculina con impresión diagnóstica era ligeramente más joven que la femenina, sin embargo, no hubo significancia estadística en estos datos.

Tampoco se apreció diferencia entre los sexos al estratificar las edades de los pacientes en diversos grupos etarios, en la cual podemos apreciar que ambos grupos de pacientes encuentran mayor representación en las edades comprendidas entre los 60,5 y 75,5 años de edad (Figura 1 y Figura 2).

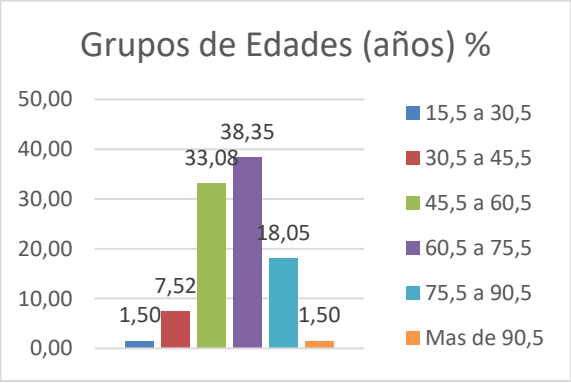

Figura 1: Grupos etarios de pacientes mujeres.

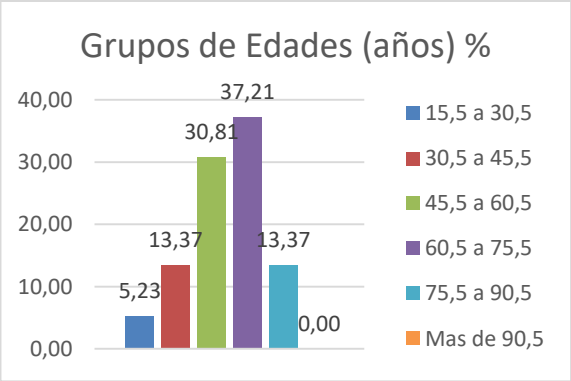

Figura 2: Grupos etarios de pacientes hombres.

A los pacientes a quienes se les confirmó síndrome coronario agudo se les realizó pesquisa con respecto a sus antecedentes, signos y síntomas, siendo consignado en la historia clínica los antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo u obesidad; se consignó también dos paraclínicos realizados a estos pacientes, toma de troponinas cardiacas y

electrocardiograma.

En cuanto a los antecedentes en pacientes mujeres se pudo demostrar que la mayor parte de los pacientes presentaban hipertensión arterial 50%, seguida de Diabetes mellitus 41.18% de los pacientes, en menor proporción encontramos los pacientes con antecedentes de obesidad, tabaquismo y sin antecedentes descritos; mientras que en los hombres presentaron mayores tasas de hipertensión arterial, y una proporción estable en cuanto a tabaquismo, obesidad y diabetes (Figura 3 y Figura 4).

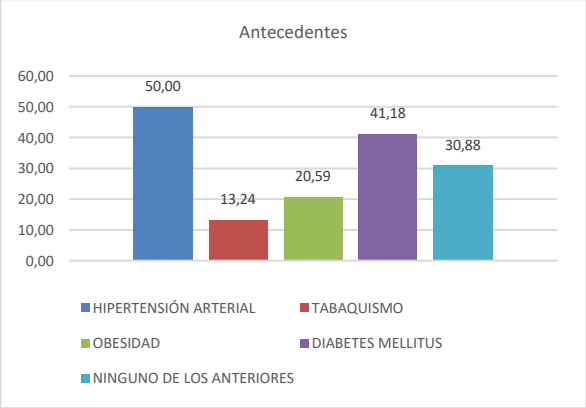

Figura 3: Antecedentes entre pacientes mujeres.

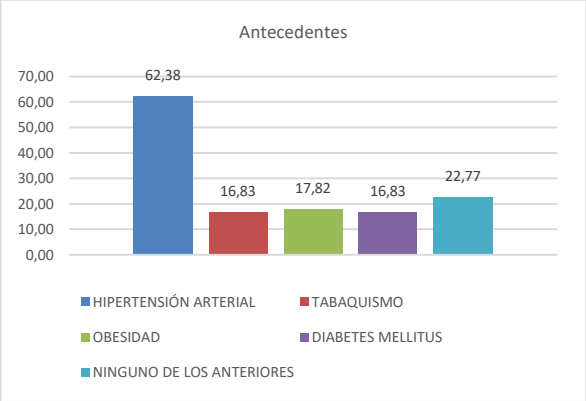

Figura 4: Antecedentes entre pacientes hombres.

En cuanto a la sintomatología, en ambos sexos predominó el dolor precordial y la disnea, seguido de dolor retroesternal, irradiación al brazo y mandíbula, sin embargo, aunque en las mujeres no predominó el dolor interescapular, se evidencio un proporción del 16% de pacientes mujeres que presentaron este tipo de dolor; (Figura 5 y Figura 6).

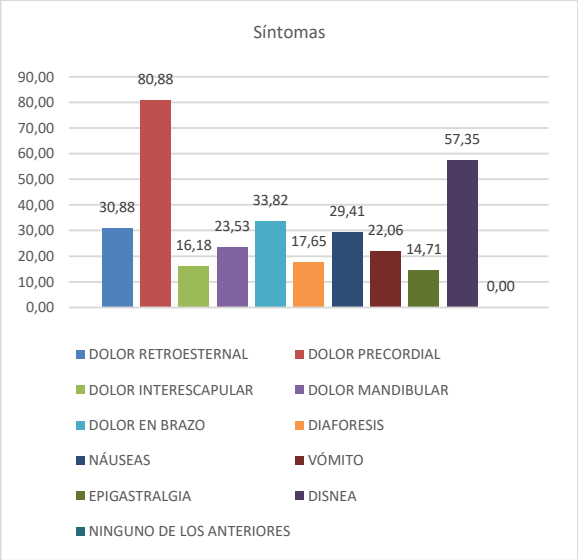

Figura 5: Síntomas entre pacientes mujeres.

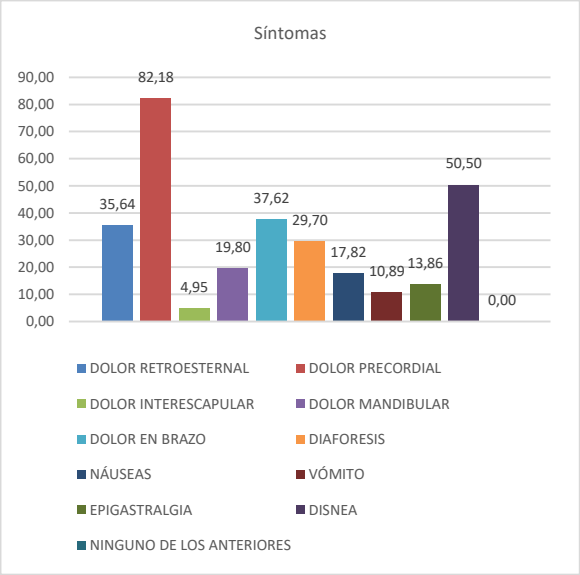

Figura 6: Síntomas entre pacientes hombres.

Con respecto a los paraclínicos de ingreso, la mayoría de los pacientes tanto mujeres como hombres con diagnóstico confirmado presentaron alteraciones electrocardiográficas o elevación de troponinas, por lo que no se encontró diferencias significativas en sexo en cuanto a los diferentes paraclínicos de ingreso. (Figura 7 y Figura 8).

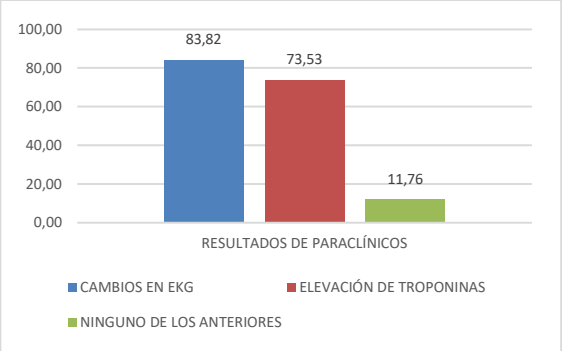

Figura 7: Resultados de paraclínicos en pacientes de sexo femenino.

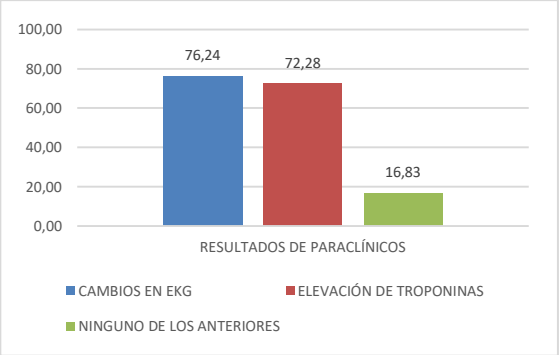

Figura 8: Resultados de paraclínicos en pacientes de sexo masculino.

DISCUSIÓN

En el presente estudio no se encontraron diferencias mayores en cuanto a la presentación sintomática del síndrome coronario aguda entre hombres y mujeres, estudios previos han encontrado que aunque la superposición de síntomas entre hombres y mujeres es substancial se ha encontrado que las mujeres con síndrome coronario agudo tienen mayores posibilidades de presentar dolor interescapular, náuseas, vómitos o disnea en comparación con los hombres mientras que, por contraposición, tienen menores posibilidades de presentar dolor torácico concomitante a diaforesis (8), con este respecto se insinúa una mayor prevalencia de dolor interescapular en mujeres, que, aunque no es significativa, podría tener una tendencia a evidenciarse en estudio con una muestra de mayor tamaño con mejor poder de predicción estadística. Sin embargo, este estudio si respalda los síntomas que se han descrito previamente como más prevalentes en ambos sexos: Dolor torácico, disnea, náuseas o emesis y dolor irradiado a brazos.

Los estudios previos describen que la edad de presentación predominante y con mayor índice de riesgo mortal es por debajo de los 55 años en las mujeres; En este estudio, la media de edad de presentación de esta patología en las mujeres fue 62.92 años frente a 59.15 años en hombres por lo que estos resultados no apoyan la literatura previa.

En cuanto a diferencias en antecedentes y factores de riesgo es en donde el presente estudio encuentra las diferencias más remarcables con respecto a las 2 muestras de estudio. A pesar de que se encontraba por fuera del alcance la comparación de las cifras tensionales específicas entre las 2 poblaciones, estudios previos han encontrado que hay un marcado incremento del riesgo de enfermedad cardiaca isquémica con cada 10 mm hg que aumenta la tensión arterial, especialmente de la tensión arterial sistólica en el caso particular de las mujeres (21), sin embargo, los resultados presentados en la literatura presentan una marcada heterogeneidad entre estudios, que puede explicarse parcialmente debido a las diferentes tendencias a lo largo de todo el mundo (22).

Se evidencia también una mayor prevalencia de fumadores entre los hombres que entre las mujeres, estudios previos están de acuerdo en el aumento notable de probabilidades de infarto agudo de miocardio entre pacientes fumadores, sin embargo, existe controversia en cuanto a si este aumento del riesgo es mayor entre las mujeres (23).

La diferencia de sexo en el riesgo de enfermedad cardiovascular en personas con diabetes ha sido objeto de un interés creciente en los últimos años. Los análisis combinados de más de 800 000 personas, incluidos más de 26.000 incidentes de cardiopatía coronaria, mostraron que las mujeres con diabetes tenían un 44 % más de riesgo relativo de incidencia de cardiopatía coronaria en comparación con los hombres con diabetes. El deterioro en los niveles de factores de riesgo cardiovascular entre aquellos con y sin diabetes tipo 2 es mayor en mujeres que en hombres; por lo tanto, las mujeres con diabetes están en desventaja en comparación con los hombres, incluso antes de su diagnóstico (23), este aumento de riesgo apreciado previamente se suma a que en los resultados del presente estudio hay una prevalencia notablemente mayor de diabetes mellitus entre las mujeres que en los hombres.

Existen múltiples circunstancias potenciadoras de riesgo cardiovascular específicas de la mujer, entre ellas se destacan que, excepcionalmente, sólo las mujeres pueden experimentar un embarazo, y el embarazo es una prueba de estrés

cardiovascular, que identifica a las mujeres con un mayor riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular. Las mujeres que experimentan resultados adversos del embarazo, incluida los trastornos hipertensivos asociados al embarazo (incluidas la preeclampsia y la eclampsia), la diabetes gestacional, el parto prematuro y los partos pequeños para la edad gestacional, se asocian con un aumento de las enfermedades cardiovasculares. Se sabe además que la menopausia prematura, especialmente la menopausia prematura natural, se asocia de forma independiente con la hematopoyesis clonal de potencial indeterminado (CHIP) y sirve como factor de riesgo para la enfermedad arterial coronaria, además los efectos directos del estrógeno en el sistema vascular incluyen una mayor liberación de óxido nítrico que conduce a la vasodilatación, regulación de la producción de prostaglandinas e inhibición de la proliferación del músculo liso; El agotamiento en la menopausia aumenta la disfunción endotelial y el depósito de lípidos en la vasculatura, lo que puede favorecer el desarrollo de aterosclerosis con el tiempo. Otro ejemplo, es el síndrome de ovario poliquístico, cuya patogenia involucra resistencia a la insulina, la cual conduce a anomalías cardiometabólicas que incluyen dislipidemia, hipertensión, intolerancia a la glucosa, diabetes y síndrome metabólico, que también pone a las mujeres en un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, particularmente enfermedad arterial coronaria (24).

Cabe resaltar que los estudios de diseño similar al presente son escasos en la región de américa latina y el caribe, y que, previamente en algunos se ha evidenciado que la diferencia entre el acceso y/o suministro adecuado a la atención en salud es otro factor limitante para las mujeres que consultan por síndrome coronario agudo (24), por lo que se espera que este estudio funcione como precedente en la región para estudiar este fenómeno a mayor profundidad y aportar a largo plazo hallazgos más significativos.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se buscó realizar una caracterización epidemiológica de las mujeres con síndrome coronario agudo que consultaron al servicio de urgencias del Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el año 2021, con especial énfasis en las diferencias de presentación clínica según el género relatada en la literatura.

Los 305 pacientes clasificados con síndrome coronario agudo en 2021 en el Hospital Erasmo Meoz, se confirmó el diagnóstico en el 58.36% y se descartó en el 43.28% por ser pacientes crónicos o por presentar otra patología. En base a estos pacientes podemos concluir:

La comparación en edades en el género masculino versus el femenino no mostró una significancia estadística siendo la media de 62.92 años en mujeres y 59.15 años en hombres. Al dividir los pacientes por grupos etarios tampoco se evidencio una diferencia significativa, encontrándose una mayor prevalencia entre 60,5 y 75,5 años. Estos resultados no apoyan la literatura que refiere una menor edad de presentación en mujeres del SCA respecto a los hombres.

La tensión arterial en ambos grupos mostró una leve elevación, que a pesar de no tener una media de gran significancia (sistólica 144,26 mmHg, diastólica 80.72 mmHg), si se observa diferencia entre la presión mínima y máxima entre los pacientes del estudio (sistólica mínima: 59 mmHg, sistólica máxima 251 mmHg, diastólica mínima 30 mmHg, diastólica máxima 121 mmHg), esto es predecible teniendo en cuenta los antecedentes de los pacientes, en los cuales la mayor comorbilidad asociada es la hipertensión arterial en ambos sexos.

La disnea es el segundo síntoma de mayor presentación en ambos sexos en este estudio, hallándose en el 57.37% de las mujeres y en el 50.50% de los hombres, por lo que la medición de la saturación de oxígeno al llegar al servicio de urgencias fue uno de los datos recolectados. A pesar de la disnea presentada, el 87.97% de las mujeres y el 90.21 % de los hombres se mostraron normo-saturados.

Se demostró que la mayor parte de las pacientes ingresadas al servicio de urgencias presentaban Hipertensión arterial y Diabetes mellitus, mientras que en los hombres se evidenció con mayor fuerza la hipertensión arterial como antecedente de importancia, por lo que podemos reiterar la implicación de los antecedentes patológicos como factores de riesgo con gran peso para el desarrollo del síndrome coronario agudo.

El síntoma más predominante, fue el dolor precordial; sin embargo, las mujeres refirieron en mayor proporción (16.18% en mujeres frente a 4.95% en hombres) dolor interescapular; tal como lo describió la AHA en una revisión sistemática y metaanálisis de 2020, donde evaluó la diferencia en presentación de síntomas entre hombres y mujeres.

Así mismo en este estudio se encontró que las náuseas y el vómito fueron referidos por el 29.41% y 22.06% respectivamente en las mujeres de este estudio mientras que en hombres fue del 17.82% en náuseas y del 10.89% en vómito. Además, en ambos sexos se demostró una prevalencia poco significativa de epigastralgia tanto en mujeres (14.7%) como en hombres (13.8%)

El biomarcador sérico utilizado como herramienta diagnóstica para SCA fue la medición de las troponinas cardíacas (cTn) en pacientes con sintomatología de daño al miocardio; En mujeres se evidenció una elevación de estas en el 73.53% y en hombres en el 72.28%. Números muy similares se encontraron en los cambios electrocardiográficos, en los cuales no solo se tuvieron en cuenta los cambios en el primer ECG al ingreso a urgencias si no los posteriores; mostrando un 83.82% en mujeres versus un 76.24% en hombres, lo cual sirvió de base para estratificar el tipo de SCA presentado y enfocar el tratamiento. Estos dos instrumentos siguen siendo los más utilizados en nuestro medio y se mostraron de gran utilidad para esclarecer el diagnóstico final.

Se encontraron limitaciones en este estudio, debido al tamaño de la muestra en comparación con otros trabajos, y el corto tiempo de seguimiento, sin embargo, se considera una base para sentar futuros estudios centrados en nuestra población que permitan una mayor comprensión de cómo esta patología de suma importancia en la salud pública se manifiesta en ambos sexos con presentaciones clínicas que pueden diferir y su identificación precoz hace la diferencia en cuanto a posible tratamiento y complicaciones que se ven reflejados en mortalidad.

REFERENCIAS

1. Simons M, Alpert JS. Uptodate - Acute coronary syndrome: Terminology and classification. [Online].; 2022. Acceso 1 de 11 de 2022. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-coronary-syndrome-terminology-and-classification.
2. Gibson M, Morrow DA. Uptodate - Elevated cardiac troponin concentration in the absence of an acute coronary syndrome. [Online].; 2022. Acceso 3 de 11 de 2022. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/elevated-cardiac-troponin-concentration-in-the-absence-of-an-acute-coronary-syndrome.
3. Sociedad Española de Cardiología. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). [Online]; 2018. Acceso 02 de 11de 2022. Disponible en: https://secardiologia.es/cientifico/guias-clinicas/cardiopatia-isquemica/9779-fourth-universal-definition-of-myocardial-infarction-2018.
4. Mehta LS, Beckie TM, DeVon HA, Grines CL, Krumholz HM, Johnson MN, Lindley KJ, Vaccarino V, Wang TY, Watson KE, Wenger NK. American Heart Association Cardiovascular Disease in Women and Special Populations Committee of the Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, and Council on Quality of Care and Ou. Circulation. 2016; 133(9).
5. Pagidipati N, Douglas PS. Uptodate - Clinical features and diagnosis of coronary heart disease in women. [Online]; 2022. Acceso 05 de 11de 2022. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-coronary-heart-disease-in-women.
6. Gaviria S, Ramírez A, Alzate M, Contreras H, Jaramillo N, Muñoz MC. Epidemiología del síndrome coronario agudo. Medicina U.P.B. 2020; 39(1).
7. McCarthy CP, Kolte D, Kennedy KF, Vaduganathan M, Wasfy JH, Januzzi JL Jr. Patient Characteristics and Clinical Outcomes of Type 1 Versus Type 2 Myocardial Infarction. J Am Coll Cardiol. 2021; 77(848).
8. Roos E. M. van Oosterhout, Annemarijn R. de Boer, Angela H. E. M. Maas, Frans H. Rutten, Michiel L. Bots and Sanne A. E. Peters. Sex Differences in Symptom Presentation in Acute Coronary Syndromes: A Systematic Review and Meta-analysis. JAHA. 2020; 8(8).
9. Canto JG, Slipak MG, Rogers WJ, et al. Prevalence, clinical characteristics, and mortality among patients with myocardial infarction presenting without chest pain. JAMA. 2000; 283(3223).
10. Nils Arne Sörensen, Johannes Tobias Neumann, Francisco Ojeda, Sarina Schäfer, Christina Magnussen, Till Keller, Karl J. Lackner, Tanja Zeller, Mahir Karakas, Thomas Münzel, Stefan Blankenberg, Dirk Westermann and Renate B. Schnabel. Relations of Sex to Diagnosis and Outcomes in Acute Coronary Syndrome. JAHA. 2018; 7(6).
11. Sandhu, R. K., Jimenez, M. C., Chiuve, S. E., Fitzgerald, K. C., Kenfield, S. A., Tedrow, U. B., & Albert, C. M. Smoking, smoking cessation, and risk of sudden cardiac death in women. Circulation. 2012; 5(6).
12. Podrid PJ. Uptodate - Overview of sudden cardiac arrest and sudden cardiac death. [Online]; 2022.

Acceso 4 de 11de 2022. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-sudden-cardiac-arrest-and-sudden-cardiac-death.

13. Forcadell M.J., Vila-Corcoles A., de Diego C. et al.. Incidence and mortality of myocardial infarction among Catalonian older adults with and without underlying risk conditions: the CAPAMIS study. Eur. J. Prev. Cardiol. 2018; 25(17)
14. Martin Castellanos A., Cabanas Armesilla M.D., Barca Duran F.J. et al.. Obesity and risk of myocardial infarction in a sample of European males. Waist to-hip-ratio presents information bias of the real risk of abdominal obesity. Nutr Hosp. 2017; 34(1).
15. Attard R., Dingli P., Doggen C.J.M. et al. The impact of passive and active smoking on inflammation, lipid profile and the risk of myocardial infarction. Open Heart. 2017; 4(2).
16. Steele L., Lloyd A., Fotheringham J. et al. A retrospective cohort study of the association between smoking and mortality after acute ST-segment elevation myocardial infarction. Postgrad. Med. J. 2017; 93.
17. Ek A., Ekblom O., Hambraeus K. et al. Physical inactivity and smoking after myocardial infarction as predictors for readmission and survival: results from the SWEDEHEART-registry. Clin. Res. Cardiol. 2019; 108(3).
18. Kubesch N.J., Therming Jorgensen J., Hoffmann B. et al.. Effects of leisure-time and transport-related physical activities on the risk of incident and recurrent myocardial infarction and interaction with traffic-related air pollution: a cohort study. J. Am. Heart Assoc. 2018 ; 7(15).
19. Gehani A.A., Al-Hinai A.T., Zubaid M. et al. Association of risk factors with acute myocardial infarction in middle eastern countries: the INTERHEART Middle East study.. Eur. J. Prev. Cardiol. 2014; 21(4).
20. 2Lee C., Cui Y., Song J. et al. Effects of familial hypercholesterolemia-associated genes on the phenotype of premature myocardial infarction.. Lipids Health Dis. 2019; 18(1).
21. Peters SAE, Huxley RR, Woodward M. Comparison of the sex-specific associations between systolic blood pressure and the risk of cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis of 124 cohort studies, including 1.2 million individuals. Stroke. 2013; 44(9).
22. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19·1 million participants. The Lancet. 2016; 389(10064).
23. Millett E R C, Peters S A E, Woodward M.. Sex differences in risk factors for myocardial infarction: cohort study of UK Biobank participants. BMJ. 2018; 363 (k4247).
24. Cader FA, Banerjee S, Gulati M. Sex Differences in Acute Coronary Syndromes: A Global Perspective.. J Cardiovasc Dev Dis. 2022; 9(8)