

Caracterización clinicoepidemiológica de pacientes con síndrome coronario agudo según sexo

Clinical and epidemiological characterization of patients with acute coronary syndrome according to sex

Jorge Armando Poll Pineda,¹ Nuris María Rueda Macías,¹ Armando Poll Rueda¹ y Manuel de Jesús Linares Despaigne¹¹

¹ Policlínico Docente "Camilo Torres Restrepo", Santiago de Cuba, Cuba.

¹¹ Policlínico Docente Municipal, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó una investigación descriptiva, longitudinal y retrospectiva de 486 adultos egresados vivos tras presentar alguna forma clínica del síndrome coronario agudo, pertenecientes a 4 áreas de salud del municipio de Santiago de Cuba, desde el 2004 hasta el 2007, a fin de identificar algunas características clinicoepidemiológicas de dicha afección según sexo. En esta casuística los hombres de 45-64 años expuestos a la habituación tabáquica resultaron ser los más afectados por el síndrome coronario con elevación del segmento ST, no complicado, lo cual demostró que este problema de salud fue más frecuente en el sexo masculino que en el femenino.

Palabras clave: género, síndrome coronario agudo, síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST, infarto agudo del miocardio, angina inestable aguda.

ABSTRACT

A descriptive, longitudinal and retrospective investigation of 486 adults discharged alive after presenting some clinical form of the acute coronary syndrome belonging to 4 health areas of Santiago de Cuba was carried out, from 2004 to 2007, aimed at identifying some clinical epidemiological characteristics of this disorder according to sex. In this case material men aged 45-64 exposed to nicotine addiction were the most affected by the non complicated coronary syndrome with elevation of the ST segment, which demonstrated that this health problem was more frequent in male than in the female sex.

Key words: gender, acute coronary syndrome, acute coronary syndrome with elevation of the ST segment, acute coronary syndrome without elevation of the ST segment, acute myocardial infarction, acute unstable angina.

INTRODUCCIÓN

A escala mundial, el enfoque de género permite desarrollar conocimientos concretos sobre la situación de las féminas con respecto a los hombres. A través de los estudios de transversalización de género se puede conocer de forma objetiva, científica y dialéctica, la interrelación entre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en cada uno de los procesos o enfermedades que influyen en la calidad de vida de hombres y mujeres.¹

Las enfermedades cardiovasculares constituyen un serio problema epidemiológico en el mundo contemporáneo; aproximadamente 17 millones de personas mueren cada año por infarto agudo del miocardio (IAM) y accidente cerebrovascular. Se ha estimado que la carga epidemiológica de estas afecciones aumentará a 57 % para el 2020 y 50 % de las muertes por enfermedades no transmisibles se deberá a estas afecciones.²

Ahora bien, se denomina síndrome coronario agudo (SCA) a un conjunto de manifestaciones de cardiopatía isquémica o insuficiencia coronaria, con empeoramiento clínico del paciente en horas o días. Comprende 3 grupos de afecciones: angina de pecho inestable aguda, infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) y sin elevación de dicho segmento. Es la urgencia cardiovascular más frecuente entre las formas de la cardiopatía isquémica, que son atendidas a diario en las unidades de emergencias médicas del mundo occidental, de lo cual Cuba no está exenta. Este síndrome se produce por la rotura de una placa aterosclerótica vulnerable, complicada por fenómenos trombóticos, embolización y diferentes grados de obstrucción a la perfusión miocárdica, o sea, se produce una reducción súbita y crítica del flujo sanguíneo. La gravedad de la obstrucción y la magnitud del miocardio afectado determinarán las características de la presentación clínica.³⁻⁵

La enfermedad isquémica coronaria alcanza actualmente proporciones epidémicas, y según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es responsable de un tercio de las muertes entre varones de 45 y 54 años de edad, y de 4 mujeres por cada 10 varones en todos los grupos de edades.⁶

En Estados Unidos se notifican 17 600 000 adultos con enfermedades cardiovasculares, de estos 10 200 000 tienen angina de pecho y 8 500 000 ha sufrido un infarto agudo del miocardio; cada año 213 000 fallecen, 7 855 000 experimentarán nuevos eventos isquémicos y 470 000 tendrán recurrencia de estos eventos. En la bibliografía médica consultada se señala que la mortalidad hospitalaria atribuible al síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) es mayor que la del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) con 7 y 5 %, respectivamente.^{4,7-10}

Algunos estudios demostraron que las mujeres con SCASEST de alto riesgo tienen más edad y presentan con mayor frecuencia diabetes *mellitus* e hipertensión arterial. En los países donde se realizaron dichos estudios se identificó que estas féminas reciben con menor frecuencia la medicación recomendada para este síndrome, que incluye aspirina, heparina, inhibidores de la glucoproteína IIb-IIIa, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina y estatinas, así como se indican menos cateterismos diagnósticos o procedimientos de revascularización coronaria. Debido sobre todo a sus características más desfavorables, los eventos hospitalarios adversos (muerte,

reinfarto, insuficiencia cardiaca, accidente cerebrovascular y hemorragia) también son más frecuentes en el sexo femenino.¹¹

Entre las características diferenciales de la cardiopatía isquémica en la mujer se destacan: suelen ser más frecuentes los infartos silentes y las presentaciones de angor típico, la mortalidad al año siguiente del infarto es mayor que en los varones (38 y 35 %, respectivamente), la prueba de esfuerzo utilizada en el diagnóstico de cardiopatía isquémica es menos específica, segura y sensible, por lo que se aconseja su realización mediante estudios de perfusión miocárdica con radioisótopos (Talio 201), que son de uso obligatorio cuando se sospecha esta enfermedad en la paciente diabética o portadora de síndrome metabólico. También se señala que el diagnóstico de infarto del miocardio muchas veces se retrasa durante el embarazo o posparto, debido al bajo índice de sospecha. Se ha citado que la trombolisis podría ser menos eficaz y asociarse con mayor riesgo hemorrágico, así como los resultados de las diferentes modalidades de revascularización coronaria son significativamente peores en las féminas, y este fenómeno no parece explicarse únicamente por un menor tamaño de los vasos coronarios. Asimismo, algunos estudios han demostrado que el sexo femenino por si mismo constituye un predictor independiente de morbilidad y mortalidad; sin embargo, paradójicamente, a pesar de sus peores características basales, tanto la tasa de estenosis como la evaluación clínica a largo plazo son similares a las encontradas en la población masculina.^{10,11}

Por otra parte, investigaciones epidemiológicas realizadas en Cuba muestran que la alta tasa de mortalidad con elevada letalidad se produce debido a infartos agudos del miocardio, con una tasa bruta y tendencia ligeramente ascendente hasta 1990 con 171,5 por cada 100 000 habitantes. Al comienzo del 2 000 dicha tasa continuó su declinación y se situó en 133,7 por cada 100 000 habitantes; sin embargo, en Santiago de Cuba fue de 163,0 por cada 100 000 habitantes. Además, en el 2012 se notificaron en el país 15 464 defunciones por enfermedades del corazón; algo similar se obtuvo en 2013 con 15 429. De estas defunciones, 6 413 (en 2012) y 6 695 (en 2013) correspondieron a infarto agudo del miocardio, con tasas de mortalidad por cada 100 000 habitantes de 57,0 y 60,0, respectivamente.¹²

Sobre la base de lo anterior los autores se propusieron diseñar un estudio para determinar las características clinicoepidemiológicas del síndrome coronario agudo según género en pacientes egresados vivos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo de todos los pacientes adultos, mayores de 18 años de edad, de ambos sexos, con alguna forma clínica del síndrome coronario agudo, egresados vivos, y pertenecientes a 4 áreas de salud de Santiago de Cuba, desde el 2004 hasta el 2007, a fin de identificar algunas características clinicoepidemiológicas de dicha afección según sexo. El universo estuvo conformado por 486 pacientes que habían presentado dicha urgencia cardiológica.

Entre las variables estudiadas figuraron: grupos etarios, sexo, formas clínicas de presentación del SCA, factores de riesgo aterogénicos presentes previamente a la ocurrencia del evento coronario y complicaciones más frecuentes encontradas.

Para el procesamiento de la información se utilizó el paquete de programas estadísticos EPIDAT con una confiabilidad de 95 % y un margen de error de 5 %. Además, se utilizó el porcentaje como medida de resumen y una encuesta confeccionada al efecto.

RESULTADOS

Obsérvese que en la tabla 1 predominó el grupo de varones con 268 pacientes y las edades comprendidas entre los 45 y 64 años (59,3 %), siendo este grupo el mayoritario según sexos.

Tabla 1. Pacientes con síndrome coronario agudo según grupos etarios y sexo

Grupo etarios (en años)	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 45	9	4,1	16	6,0	25	5,0
45-64	127	58,3	159	59,3	286	59,0
65 y más	82	37,6	93	34,7	175	36,0
Total	218	100,0	268	100,0	486	100,0

En la tabla 2 se muestra un predominio del SCACEST en 39,5 % de los afectados y del sexo masculino (104 pacientes para 38,8 %), seguido de la angina inestable aguda (180 para 37,0 %) con mayores frecuencias en las féminas (102 para 46,8 %).

Tabla 2. Formas clínicas de presentación del síndrome coronario agudo según sexo

Formas clínicas de presentación	Sexo.					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Angina inestable aguda	102	46,8	78	29,1	180	37,0
Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST	28	12,8	86	32,1	114	23,5
Síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST	88	40,4	104	38,8	192	39,5
Total	218	100,0	268	100,0	486	100,0

Nótese en la tabla 3 que la hipertensión arterial resultó ser el factor de riesgo aterogénico presente previamente a la ocurrencia del evento coronario agudo de mayor incidencia (133 pacientes para 27,4 %) con predominio de las féminas (77 para 35,3 %), seguido en orden de frecuencia por el hábito de fumar (82 para 16,9 %), siendo los varones quienes presentaron mayor exposición (72 para 26,9 %).

Tabla 3. Factores de riesgo aterogénicos presentes previamente a la ocurrencia del síndrome coronario agudo según sexo

Factores de riesgo coronarios	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Hipertensión arterial	77	35,3	56	20,9	133	27,4
Obesidad y sobrepeso	36	16,5	26	9,7	62	12,8
Hábito de fumar	10	4,6	72	26,9	82	16,9
Dislipidemia	19	8,7	44	16,4	63	12,9
Sedentarismo	32	14,7	31	11,6	63	12,9
Diabetes <i>mellitus</i>	15	6,9	12	4,4	27	5,6
2 o más factores	29	13,3	27	10,1	56	11,5
Total	218	100,0	268	100,0	486	100,0

Las complicaciones más frecuentes se presentaron en los pacientes con infarto agudo del miocardio no complicado (32,1 %) con franco predominio de los varones (34,3 %), seguido de las arritmias (19,5 %) y el dolor precordial recurrente (14,7 %) con primacía en estas 2 últimas del sexo femenino (21,5, y 14,7 %, respectivamente), a diferencia de los hombres (tabla 4).

Tabla 4. Complicaciones agudas más frecuentes en pacientes con síndrome coronario agudo según sexo

Complicaciones agudas	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Arritmias cardíacas	47	21,5	48	17,9	95	19,5
Insuficiencia cardíaca congestiva	26	11,9	31	11,6	57	11,7
Dolor precordial recurrente	32	14,7	39	14,5	71	14,7
Estado de choque cardiogénico	26	11,9	31	11,6	57	11,7
Trastornos emocionales	23	10,6	27	10,1	50	10,3
Infarto agudo de miocardio no complicado	64	29,4	92	34,3	156	32,1
Total	218	100,0	268	100,0	486	100,0

DISCUSIÓN

Como es conocido, a medida que aumenta la edad se incrementa la frecuencia de la cardiopatía isquémica y, por tanto, disminuye en personas de menor edad. En esta casuística predominaron los hombres de 45-64 años. Al respecto, Gómez *et al*¹³ señalan que según datos del estudio español OFRECE, 4,9 % de la población mayor de 40 años ha sufrido un SCA y 2,6 % tiene con seguridad angina estable, lo cual guarda similitud con los resultados de este estudio; sin embargo, Borges *et al*¹⁴ difieren de estos hallazgos, pues en su estudio sobre características clínicoepidemiológicas del síndrome coronario agudo en la mujer, predominaron las féminas con edades comprendidas entre los 70 años y con media de la edad en 80 años, seguidas por

aquellas de la sexta década de la vida, tanto en las que presentaron angina inestable aguda como infarto agudo del miocardio.

Algunos autores han planteado que hasta hace algunos años se creía que la enfermedad cardiovascular isquémica afectaba predominantemente a los varones, tal como sucedió en esta serie, de lo cual se infiere que este criterio solo es cierto cuando se comparan grupos de población menores de 55 años, donde se puede afirmar que el riesgo cardiovascular en mujeres premenopáusicas es más bajo que entre los varones, con una proporción de 3:1 en edades de 45-54 años.^{13,14}

En esta casuística predominaron los hombres que tuvieron como forma clínica de presentación del síndrome coronario agudo al infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST, a diferencia de Rosas *et al*¹⁵ quienes en su estudio realizado en el Servicio de Urgencias del Hospital General de México encontraron que en 56 % de los pacientes se presentó con mayor frecuencia el síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST.

La bibliografía consultada indica que es más frecuente encontrar IAMSEST en las mujeres y cuando esto sucede suele ser grave; por tanto, la incidencia de complicaciones es mayor.¹⁶

El estudio sobre el efecto de factores de riesgo potencialmente modificables asociados con el infarto de miocardio en 52 países (INTERHEART) mostró que alrededor de 50 % del riesgo de IAM atribuible a la población corresponde al perfil lipídico y 25 %, a la hipertensión arterial. El desarrollo de dicha afección en la mujer se asocia con el aumento del peso corporal y el sedentarismo, por ello las mujeres con síndrome coronario agudo tienen mayor incidencia de hipertensión arterial que los hombres, con elevada significación estadística.¹⁷ Dicho hallazgo permite reflexionar sobre lo citado por otros autores, quienes infieren que el control adecuado de la tensión arterial permite lograr una reducción significativa en las tasas de infarto cerebral (30-40 %), insuficiencia cardíaca (15-30 %), insuficiencia coronaria (20 %) y en las tasas de mortalidad en general por todas estas causas (13 %), así como por enfermedades cardiovasculares (25 %), aunque no se refiere en particular el género de la persona expuesta.¹⁶

Obsérvese que en esta casuística predominó el infarto agudo del miocardio no complicado, lo cual significa que a pesar de existir pacientes con estado de choque, este no fue significativo. Teniendo en cuenta la manifestación de estos episodios coronarios en la población estudiada se puede reflexionar sobre la necesidad de perfeccionar y sistematizar las acciones de prevención y promoción de salud en la población expuesta al riesgo, independientemente del género.

Se concluyó que los pacientes del sexo masculino con 45-64 años de edad expuestos a la habituación tabáquica resultaron ser los más afectados por el síndrome coronario con elevación del segmento ST, no complicado, lo cual demostró que este problema de salud fue más frecuente en los hombres que en las féminas de la población estudiada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Layarde M. Género e Identidades. Metodología de trabajo con mujeres. 2 ed. La Habana: UNICEF; 1994:1-2.

2. O´Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, Casey Jr DE, Chung MK, De Lemus JA, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology foundation/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2013; 61(4): e78-140.
3. Ferri FF. Acute Coronary Syndrome. In: Ferris Clinical Advisor. USA: Elsevier Mosby; 2013. p. 38-40.
4. Lee Golman MD, Shafer AI, Boden WE. Angina pectoris and stable ischemic heart disease. In: *Golmans Cecil Medicine*. 24th ed. EEUU: Elsevier Sanders; 2012. p. 125–35.
5. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán. Síndromes Coronarios Agudos sin elevación persistente del segmento ST. En: *Manual de Terapéutica Médica y Procedimientos de urgencias*. 6 ed México: Mc Graw Hill; 2011. p. 45.
6. Pinto MA, Viera García M, Agramonte Martínez M, Cordero López G. Infarto agudo del miocardio en diabéticos relacionado con factores de riesgo. Hospital Universitario Dr. Enrique Cabrera (2002-2004). *Rev Haban Cienc Méd*. 2012 [citado 12 Feb 2012]; 11(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Orozco Beltrán D, Cooper RS, Gil Guillen V, Bertomeu Martínez V, Pita Fernandez S, Durazo Arvizu R, et al. Tendencias en mortalidad por Infarto de miocardio. Estudio comparativo entre España y Estados Unidos: 1990–2006. *Rev. Esp. Cardiol*. 2012; 65(12): 1079–85.
8. Barneto Valero MC, Garmendia Leisa JR, Ardura Fernández J, Casaseca de la Higuera JP, Andrés del Llano JM, Corral Torres E. Relación entre infarto de miocardio y ritmo circadiano en pacientes atendidos por un servicio de emergencias prehospitalario. *Med Clin*. 2012; 139(12): 515-21.
9. Andrés E, Cordero A, Magan P, Alegría E, León M, Luengo E, et al. Mortalidad a largo plazo y reingreso hospitalario tras infarto agudo de miocardio, un estudio de seguimiento de ocho años. *Rev Esp Cardiol*. 2012; 65(5): 414-20.
10. Crespo MG, Paniagua Martén MJ. Guía práctica clínica de Cardiología en la gestante con cardiopatía. *Rev Esp Cardiol*. 2004; 57: 8839.
11. Blankstein R, Ward RP, Arnsdorf M, Jones B, Lou YB, Pine M. Female gender is an independent predictor of operative mortality after coronary artery bypass graft surgery: contemporary analysis of 31 midwestern hospitals. *Circulation*. 2005; 112(9 suppl): 1323–7.
12. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2013. La Habana: MINSAP; 2014.

13. Gómez Doblás JJ, Muñiz J, Alonso Martín JJ, Rodríguez Roca G, Lobos JM, Awamleh P, et al. Prevalencia de fibrilación auricular en España. Resultados del estudio OFRECE. Rev Esp Cardiol. 2014; 67: 259-69.
14. Borges Moreno YR, Jardines Basulto G, Borges Moreno YC. Comportamiento clínico del síndrome coronario agudo en la Mujer. Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc. 2016 [citado 10 Feb 2017]; 22(2). Disponible en: http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/640/html_41
15. Rosas Peralta M, Attie F. Enfermedad cardiovascular. Primera causa de muerte en adultos de México y el mundo. Arch Cardiol Méx. 2007 [citado 4 Jul 2011]; 77(2). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402007000200001
16. Bonet A, Bardají A. Variabilidad en el tratamiento del síndrome coronario agudo sin elevación del ST y sus consecuencias. Rev Esp Cardiol Supl. 2011; 11(A):8-13.
17. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión arterial (2013). Hipertens riesgo vasc. 2013; 30(Supl 3):4-91.

Recibido: 3 de octubre de 2015.

Aprobado: 11 de septiembre de 2017.

Jorge Armando Poll Pineda. Policlínico Docente "Camilo Torres Restrepo", calle Heredia nr 354, entre Calvario y Reloj, Santiago de Cuba, Cuba.
Correo electrónico: jorge.poll@infomed.sld.cu