

TRABAJO FIN DE GRADO

GRADO EN MEDICINA

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

DIFERENCIAS POR GÉNERO EN LA ATENCIÓN Y MANEJO DE LOS PACIENTES GRAVES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO



AUTORA: María Alba Díaz

DIRIGIDO POR: Dra. Susana Sánchez Ramón y Dr. Raúl López Izquierdo

SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO

RÍO HORTEGA

CURSO 2024-2025

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	5
OBJETIVOS	10
MATERIAL Y MÉTODOS	10
- <i>Tipo de estudio</i>	10
- <i>Criterios de inclusión</i>	11
- <i>Criterios de exclusión</i>	11
- <i>Variables de estudio</i>	11
- <i>Métodos y modelos de análisis de los resultados</i>	12
- <i>Consideraciones ético-legales</i>	12
RESULTADOS	13
DISCUSIÓN.....	18
CONCLUSIONES	23
BIBLIOGRAFÍA.....	23
ANEXO	28

RESUMEN

Introducción: La atención en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) constituye uno de los pilares del sistema sanitario. Estudios recientes han puesto de manifiesto la existencia de diferencias significativas en la atención de los pacientes en función del género, lo que puede influir en la resolución de la clínica, evolución y pronóstico. Durante los últimos años, estas diferencias se han convertido en un motivo de creciente interés tanto en la práctica médica como en la investigación.

Objetivos: Principal: estudiar las características y diferencias epidemiológicas en función del sexo de los pacientes que precisan monitorización no invasiva en un Servicio de Urgencias Hospitalario. Secundarios: analizar las pruebas diagnósticas y tratamientos establecidos en este grupo de pacientes. Valorar el impacto que puede tener la inclusión de la perspectiva de género en el manejo de pacientes y con ello en el pronóstico. Conocer el pronóstico en este grupo de pacientes y los factores asociados.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años que acudieron al SUH del HURH entre octubre del 2022 y abril del 2023 y en los que se decidió monitorización cardiaca no invasiva. Criterios de exclusión: pacientes menores de 18 años, pacientes no monitorizados, gestantes, pacientes intubados, pacientes que no firmaron el consentimiento informado y pacientes con diagnóstico terminal en tratamiento paliativo. Variables de estudio: variables de filiación y motivo de consulta, antecedentes personales, constantes vitales a la llegada a urgencias, registro de variables analíticas y diagnósticas, variables relacionadas con el proceso y del paciente. Estudio descriptivo de la muestra: variables cuantitativas continuas: mediana y rango intercuartílico (RIC). Variables cualitativas: frecuencias absolutas y relativas (%). Comparativa de variables cuantitativas y cualitativas: U de Man-Whitney y Chi-cuadrado. Análisis de las variables: cálculo Odds Ratio. Significación estadística: $p < 0,05$. Intervalo de confianza 95%. Software: SPSS 29.0.

Resultados: N: 692, 437 varones (63,15%), 255 mujeres (26,85%). Edad mediana hombres vs mujeres: 70 (RIC 57-79) vs 81 (RIC 61-85) ($p < 0,001$). Variables de filiación con asociación estadística en función del sexo: institucionalización ($p < 0,018$). Antecedentes personales asociados a mujeres: alteración tiroidea (25,6%), demencia (10,6%), asma (13%). Antecedentes personales asociados a varones: infarto de miocardio (22,7%), EPOC (17,4%). Variables diagnósticas con diferencias significativas:

solicitud de interconsultas ($p<0,017$). Variables relacionadas con el proceso con asociación estadísticamente significativa en relación a la mortalidad a los 30 días y el sexo: diagnóstico final en el SUH ($p<0,042$).

Conclusiones: El número de hombres que se monitorizan casi duplica al de mujeres, lo que podría suponer un sesgo de atención según el sexo del paciente. La edad mediana de las mujeres que acuden al Servicio de Urgencias supera en más de diez años a la mediana de edad de los hombres, reflejando diferencias significativas entre ambos sexos. Los factores de riesgo más prevalentes difieren en cada sexo. A pesar de que la valoración inicial y el acceso a pruebas complementarias son similares en hombres y mujeres, los varones reciben un mayor número de interconsultas que las mujeres. En el caso de las mujeres, existe una asociación significativa entre ciertos diagnósticos críticos, especialmente el neumológico y el traumático, y la mortalidad a los treinta días.

Palabras clave: urgencias, género, sexo.

INTRODUCCIÓN

Los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) son un componente fundamental del sistema de salud que trata de proporcionar atención rápida a pacientes en situaciones críticas. Estudios recientes han puesto de manifiesto diferencias significativas en la atención de los pacientes en función del género, lo que puede influir en la evolución y resolución de la clínica (1,2).

Los SUH consisten en una organización de sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar que garantiza una serie de condiciones de seguridad, calidad y eficiencia para atender a los pacientes. La finalidad de este servicio es la atención y manejo hasta la estabilización clínica de aquellos pacientes que necesitarán ser ingresados o como servicio final para aquellos que pueden ser dados de alta una vez solucionado su proceso clínico (4). El desarrollo científico-técnico de estos servicios ha hecho que se haya desarrollado una especialidad clínica en muchos países del mundo, algo que también ha ocurrido en nuestro país con la creación de una especialidad vía MIR en el año 2024 (5).

Otras áreas características de los actuales SUH son las áreas de observación y de los pacientes tras la valoración médica inicial. Estas áreas sirven para evaluar y monitorizar temporalmente a aquellos pacientes que necesitan atención médica pero que no van a ser hospitalizados inmediatamente (6). Estas zonas permiten prolongar la asistencia de urgencias para poder disponer de un tiempo adicional que nos permita realizar pruebas complementarias para una mejor definición del diagnóstico, un seguimiento de la evolución del paciente y valorar la efectividad de la administración de los tratamientos iniciales (7,8).

Uno de los aspectos que más se ha desarrollado en los últimos años es la existencia de diferentes tipos de monitorización hemodinámica que nos permiten la evaluación continuada del paciente obteniendo información acerca de la fisiopatología cardiocirculatoria, lo que nos ayuda a establecer el diagnóstico y guiar las decisiones terapéuticas en un paciente inestable hemodinámicamente (9,10).

Los dos tipos de monitorización disponibles son los siguientes (11):

- Monitorización NO invasiva: es aquella que podemos realizar sin introducir ningún dispositivo al paciente. Dentro de este tipo, encontramos los registros de: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial con

esfingomanómetros o monitores digitales, oximetría de pulso, ECG de 12 derivaciones, temperatura, etc.

- Monitorización invasiva: mediante unos catéteres u otros dispositivos que se introducen en el paciente realizamos mediciones de parámetros como la tensión arterial invasiva por un catéter en la arteria radial o femoral, monitorización de la presión venosa central mediante cateterismo venoso central, evaluación de la presión en la arteria pulmonar con un catéter de Swan-Ganz, ECG invasivo, volumen de diuresis con sondaje vesical, etc.

Los factores que debemos tener en cuenta a la hora de escoger el tipo de monitorización hemodinámica (12) son la complejidad del cuadro, el tipo de hipoperfusión y, por último, la disponibilidad en el servicio.

El sistema de monitorización debería ser fácil de usar, seguro, operador-independiente, de bajo coste, preciso y que proporcione la información suficiente. Sin embargo, ningún sistema es capaz de cumplir todos estos requisitos de manera conjunta, por tanto, la elección deberá ser individualizada.

La atención en los servicios de urgencias hospitalarios constituye uno de los pilares del sistema sanitario. Estos servicios se caracterizan por su gran complejidad y variabilidad dado que además de sufrir una alta demanda, atienden gran diversidad de pacientes con diferentes patologías agudas, niveles de gravedad muy variables y condiciones sociolaborales muy dispares. Estas características, hacen imprescindible el uso de protocolos de actuación que faciliten la toma rápida de decisiones y que hagan que la asistencia sanitaria sea lo más homogénea posible y no dependa del momento o del profesional que atienda. Para ello, se hace uso de una serie de parámetros y algoritmos que ayuden en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas (13).

En el contexto actual existen diversas investigaciones que han demostrado que en ocasiones se pueden encontrar diferencias en la asistencia sanitaria en función del género del paciente, derivadas del uso de los mismos protocolos indistintamente para hombres y mujeres (14–16). Durante los últimos años, estas diferencias se han ido convirtiendo en una preocupación creciente tanto en la práctica médica como en la investigación (17).

En primera instancia, conviene señalar que el sexo es una clasificación biológica, está codificado en nuestro ADN y se basa en cromosomas y procesos fisiológicos (18). Por otro lado, el género se refiere a la construcción cultural y política que influye en como las personas se perciben a sí mismas y entre sí y como interactúan entre ellas

(19). El género varía según el contexto sociocultural y el momento histórico en el que nos encontremos y los comportamientos que adoptamos derivados de esta socialización tendrán un impacto en el cuerpo. Es importante, por tanto, identificar las interacciones que se producen entre sexo y género ya que, por un lado, hacen que se exprese de forma distinta la enfermedad y por otro, porque las diferencias por sexo pueden ser la causa de sesgos de género en salud.

En los últimos años, la perspectiva de género en salud pretende proporcionar un marco analítico que procura señalar las diferencias vinculadas al género en este ámbito. Ya que parece evidente considerar el manejo del paciente teniendo en cuenta la perspectiva de género por el impacto que puedan tener en la toma de decisiones las diferencias biológicas entre hombres y mujeres.

El sesgo de género se produce cuando asumimos que una determinada situación es la misma para hombres y mujeres cuando no es así o, por el contrario, dar por hecho que existen diferencias cuando lo que hay son similitudes (2). Este concepto también hace referencia a situaciones en las que a igual necesidad de atención sanitaria en hombres y mujeres, se realiza mayor esfuerzo diagnóstico o terapéutico en un sexo respecto a otro, contribuyendo a crear desigualdades en salud entre hombres y mujeres (1).

Por otra parte, se ha descrito un sesgo de género en la investigación en salud, lo que es un problema significativo que afecta a la calidad y a la aplicación del conocimiento médico (20,21). A pesar del aumento de la conciencia social sobre este problema, existen grandes vacíos de conocimiento sobre cómo el sexo, el género y sus variables asociadas influyen en la manifestación, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad. En muchos casos, estas diferencias no se habían evaluado en ninguna de las etapas del proceso de investigación, desde la formulación de preguntas hasta el análisis final de los datos obtenidos (22).

Históricamente, las mujeres han sido excluidas o insuficientemente representadas en la selección de la muestra en la investigación clínica, lo que ha llevado a extrapolar los resultados obtenidos en estudios realizados en hombres a mujeres sin la suficiente evidencia de que realmente pueden ser aplicados de la misma manera. Esto trae como consecuencia que la probabilidad de interpretar de forma correcta unos resultados y así poder diagnosticar y tratar una enfermedad adecuadamente se vea reducida en este grupo de población si ha sido excluido del proceso de investigación (2,22).

La causa de esta exclusión pueden ser las numerosas barreras que enfrentan las mujeres a la hora de participar en ensayos clínicos, muchas de ellas derivadas del miedo de afectar a su capacidad reproductiva o de enfrentar posibles consecuencias legales en caso de dañar al feto. Esta limitación en la representación de las mujeres en los ensayos clínicos deja sin responder numerosas preguntas que requieren atención, tales como el efecto sobre el feto durante una intervención quirúrgica, la variación según el momento del ciclo menstrual en la respuesta a un tratamiento, si existen variaciones en la eficacia antes y después de la menopausia y el impacto de la terapia hormonal sustitutiva en la respuesta a otros tratamientos que se den al mismo tiempo (20).

Además, la literatura científica sigue careciendo de marcos teóricos adecuados, por lo que sigue siendo complicado localizar producción científica con perspectiva de género basándose de esta manera la mayoría del conocimiento médico en el cuerpo masculino como prototipo del cuerpo humano (23). Esta perspectiva también trae consecuencias a nivel del planteamiento de la hipótesis y el diseño metodológico de los estudios.

A pesar de que aún queda un largo camino que recorrer, en los últimos años, la comunidad científica ha comenzado a reconocer la importancia de tener en cuenta la perspectiva de género en los estudios de investigación y numerosas revistas científicas de alto impacto publican nuevos ensayos que reflejan la diversidad de la población y abordan estas desigualdades con el fin de garantizar una práctica más igualitaria (22).

Con respecto a la atención sanitaria, diversos estudios han demostrado que las mujeres tienden a recibir una atención sanitaria menos eficiente. Esto puede estar relacionado con el hecho de que los tiempos de solicitud de ayuda son mayores, lo que podría deberse a que las mujeres suelen presentar síntomas más atípicos dificultando el reconocimiento de la patología. Además, existe la tendencia de minimizar los síntomas en las mujeres en el momento de la atención sanitaria, lo que conduce a la realización de menos pruebas diagnósticas y menores opciones de tratamiento y con ello, peor recuperación y calidad de vida tras el acontecimiento (24,25).

Existen varios ejemplos en los que la perspectiva de género sigue estando poco analizada y uno de los ejemplos de sesgo de género del que mayor evidencia se dispone es el relacionado con la enfermedad cardiovascular, especialmente en el manejo del dolor torácico, una casusa muy frecuente de consulta en urgencias. Tradicionalmente, se ha considerado una patología predominantemente masculina, asumiéndose que su forma de presentación, clínica y tratamiento son iguales en hombres y mujeres (26,27). En los hombres, suele manifestarse como infarto agudo de miocardio a edades más

tempranas. En las mujeres, en cambio, aparece generalmente como angina de pecho, a edades más avanzadas y con más comorbilidades, además de manifestarse con características “atípicas” (28,29). A esto se suma que los valores de referencia de troponinas, al no estar ajustados por sexo, reducen la sensibilidad diagnóstica en mujeres. Estos factores contribuyen a un manejo inicial desigual, provocando retrasos en la realización de pruebas, lo que a su vez demora el diagnóstico y la indicación de inicio del tratamiento urgente, con un impacto negativo en el pronóstico de la enfermedad (30).

En las enfermedades respiratorias crónicas, como el EPOC, también encontramos diferencias en cuanto a las manifestaciones de gravedad según el sexo, probablemente relacionadas con factores anatómicos, genéticos y hormonales. Aunque el aumento del hábito tabáquico ha hecho que la prevalencia de la enfermedad tienda a igualarse entre hombres y mujeres, sigue considerándose una enfermedad predominantemente masculina. Este hecho contribuye al infradiagnóstico en mujeres, especialmente porque síntomas característicos como la tos y la expectoración son menos frecuentes en ellas. Sin embargo, las mujeres suelen presentar una mayor expresión sintomática y afectación de la calidad de vida, lo que, unido al sesgo diagnóstico, resulta en una mayor demanda de recursos y un mayor coste sanitario (1).

Si hablamos de la atención de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), diferentes estudios relacionados con esta cuestión (16,17,31) han llegado a la misma conclusión. Y es que los hallazgos obtenidos en todos ellos sugieren la existencia de diferencias relacionadas con el sexo. Se observó que a pesar de que la gravedad de la enfermedad fuese similar, el número de hombres ingresados en la UCI era mayor que el de mujeres. Además, los hombres eran más propensos a recibir ventilación mecánica y monitorización hemodinámica invasiva en comparación, lo que daba como resultado, un peor pronóstico y mayor tasa de mortalidad en las mujeres.

En este contexto, hemos tenido en cuenta los escasos estudios publicados que abordan esta cuestión en los SUH, siendo aún más limitados los que se centran en los pacientes de mayor gravedad, lo que los ha llevado a plantearnos la realización del presente trabajo.

OBJETIVOS

PRINCIPAL

- Estudiar las características y diferencias epidemiológicas en función del sexo de los pacientes que precisan monitorización no invasiva en el SUH del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

SECUNDARIOS

- Analizar las pruebas diagnósticas y tratamientos establecidos en este grupo de pacientes.
- Valorar el impacto que puede tener la inclusión de la perspectiva de género en el manejo de pacientes y con ello en el pronóstico.
- Conocer el pronóstico a corto, medio y largo plazo en este grupo de pacientes y los factores asociados.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Se ha realizado un análisis retrospectivo y descriptivo de los pacientes que formaron parte del estudio: ***“Utilidad del dióxido de carbono exhalado en la valoración pronóstica de los pacientes atendidos en los Servicios de Urgencias Hospitalarios”***. Este proyecto se llevó a cabo en el SUH del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid (HURH) durante el año 2022 y forma parte de una línea de investigación del SUH que estudia los factores y escalas de gravedad asociadas a la mortalidad entre los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias Hospitalarias. En el trabajo que presentamos se ha realizado un estudio de las variables recogidas de los pacientes en función del sexo para analizar si existen diferencias en la atención y el manejo de los pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

En este estudio se seleccionaron a los pacientes mayores de 18 años que acudieron al SUH del HURH entre octubre del 2022 y abril del 2023 y en los que se decidió monitorización cardiaca no invasiva por cualquier causa.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes menores de 18 años
- Pacientes no monitorizados
- Gestantes
- Pacientes intubados
- Pacientes que no firmaron el consentimiento informado
- Pacientes con diagnóstico terminal en tratamiento paliativo

VARIABLES DE ESTUDIO

Para el estudio que planteamos se recogieron las siguientes variables y se analizaron en función del sexo:

- **Variables de filiación y motivo de consulta:** edad, género, residencia (rural/urbana), institucionalización (Sí/No), procedencia (AP, otros), medio de llegada (propios medios, SVB, SVA), y nivel de triaje.
- **Antecedentes personales:** enfermedad respiratoria crónica, hipertensión arterial (HTA), dislipemia, obesidad, alteración tiroidea, FA, antecedente COVID, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, enfermedad arterial periférica, enfermedad cerebrovascular, demencia, enfermedad del tejido conectivo, úlcera gastroduodenal, hepatopatía crónica, diabetes, hemiplejia, IRC moderada o severa, tumor, leucemia, linfoma, tumor con metástasis, EPOC y asma.
- **Constantes vitales a la llegada a urgencias:** frecuencia respiratoria (FR), frecuencia cardiaca (FC), presión arterial sistólica (PAS), presión arterial diastólica (PAD), presión arterial media (PAM), saturación de O₂ (SatO₂), nivel de conciencia mediante la Escala del Coma de Glasgow (ECG).
- **Registro de variables analíticas y diagnósticas si se han realizado en la atención habitual del paciente:** radiografía (Sí/No), ecografía (Sí/No), TAC (Sí/No), número de interconsultas desde urgencias (1/2//No).
- **Variables relacionadas con el proceso y del paciente:** diagnóstico en el Servicio de Urgencias.
- **Variables pronósticas:** ingreso en UVI (Sí/No), ingreso en la Unidad de Ictus (Sí/No), cirugía (Sí/No), mortalidad a 30 días (Sí/No).

MÉTODOS Y MODELOS DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Los datos recogidos han sido almacenados en una base de datos EXCEL. Posteriormente se ha realizado un análisis estadístico mediante el paquete estadístico SPSS 29.0 para Windows.

Se ha realizado un estudio descriptivo de las muestras obtenidas. Las variables cuantitativas continuas se describieron como media $\pm$ desviación estándar (DS) en caso de distribución normal, o como mediana y rango si la distribución no era normal, para ello se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias absolutas y relativas (%). Para la comparativa de medias de variables cuantitativas se ha utilizado el test de Mann-Whitney en las variables no normales. Se ha utilizado la prueba de Chi-cuadrado para tablas de contingencia 2x2 y contraste de proporciones para estipular la relación asociación o dependencia entre variables cualitativas. Se ha considerado significativo un nivel de confianza del 95% y una significación estadística para un p-valor menor de 0,05 ($p < 0.05$).

CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES

El trabajo se enmarca en el código de buenas prácticas científicas y en el marco jurídico compuesto por la siguiente normativa que adopta el grupo investigador: **Ley Orgánica 3/2018 de 13 de diciembre de Protección de Datos. Ley 14/2007 de 3 de julio de Investigación Biomédica. Ley 14/2011 de 1 de junio de la Ciencia Tecnología e Investigación.**

Los investigadores han seguido la Declaración de Helsinki de principios y recomendaciones que debe seguir la investigación biomédica en seres humanos, incluida la investigación de material humano y de información.

Al entrar en el estudio a cada persona se le asignó un número de identificación personal, de esta manera el nombre y apellidos no ha figurado en ningún documento generado por el estudio ni en ninguna base de datos excepto en el consentimiento informado.

El trabajo que presentamos es puramente descriptivo y retrospectivo en el que se van a reutilizar los datos del estudio **“Utilidad del dióxido de carbono exhalado en la valoración pronóstica de los pacientes atendidos en los Servicios de Urgencias Hospitalarios”** que obtuvo la aprobación por parte del Comité de Ética del Medicamento del Área de Salud Valladolid Oeste con número de referencia: 21-PI 126. Además, se

solicitó la valoración por parte del CEIm de Valladolid para la realización específica del trabajo que presentamos, obteniendo la aprobación por parte de este con el número de referencia: PI-24-649- H (ANEXO I)

RESULTADOS

En este estudio se incluyeron 692 personas, que corresponden al total de pacientes que cumplen los criterios de inclusión.

La edad mediana de los pacientes fue de 72 años (RIC 59-81,75). La muestra se componía por un total de 437 varones (63,15%) y 255 mujeres (36,85%). La edad mediana de los hombres fue de 70 años (RIC 57-79) y de las mujeres 81 años (RIC 61-85) ($p<0,001$). También se obtuvo una asociación entre los grupos de edad y el sexo, donde el mayor porcentaje de hombres se concentraba en el grupo de 66-80 años (38,7%), mientras que en el grupo de mayores de 80 estaba el mayor número de mujeres (34,3%) ($p<0,008$) (Tabla 1).

En el análisis por sexo, no se encontraron diferencias en cuanto a aquellos pacientes que vivían en zona rural comparado con los que provenían de zona urbana, siendo estos últimos más del doble que los anteriores (490 pacientes frente a 200 residentes en zona rural). En cambio, sí se hallaron diferencias significativas en cuanto a la situación de institucionalización: el 10,6% de las mujeres estaban institucionalizadas, frente al 5,7% de los hombres ($p<0,018$). (Tabla 1).

El nivel de triaje que se le asignó a la mayoría de los pacientes al llegar al SUH fue de III, suponiendo casi el 60% del total (413 pacientes). En este caso, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo. De la misma manera que ocurrió con la forma de llegada al Servicio de Urgencias por parte de los pacientes, no hubo relación con el sexo independientemente de si eran derivados desde atención primaria (29,8%) o acudían por petición propia o ambulancia a través del 112 mediante el transporte sanitario (70,2%) (Tabla 1).

Se analizaron los antecedentes personales de los pacientes para obtener las cifras de las patologías de base más prevalentes entre nuestra población. Se encontró asociación significativa en relación con el sexo en la alteración tiroidea, que se asoció con el hecho de ser mujer, presentando un porcentaje del 25,6% frente al 8,5% de los

hombres ($p<0,001$). En relación con el antecedente de demencia, la prevalencia también fue mayor en mujeres (10,6%) que en hombres (5,5%), esta diferencia también resultó estadísticamente significativa ($p<0,013$). Lo mismo ocurre si analizamos los pacientes con asma, el 13% de las mujeres padecía esta patología, frente al 3,9% de hombres, alcanzando diferencias estadísticamente significativas ($p<0,001$) (Tabla 1).

Únicamente se encontraron dos entidades en los que el porcentaje de hombres fue mayor que el de mujeres y esta diferencia tuvo significación estadística. Uno de los antecedentes fue el de infarto de miocardio, en este caso el porcentaje de hombres fue del 22,7%, mientras que el porcentaje de mujeres fue un poco mayor al 16% ($p<0,038$). La otra patología que demostró asociación significativa fue el EPOC, el porcentaje de hombres con esta enfermedad alcanzó el 17,4%, en cambio en las mujeres fue de poco más del 10% del total ($p<0,010$) (Tabla 1).

Con respecto al resto de factores de riesgo que se analizaron, entre ellos: patología respiratoria crónica (20,4%), HTA (65,8%) y dislipemia (53%), diabetes (29,8%), etc., no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos (Tabla 1).

En lo referente a las diferentes actuaciones llevadas a cabo por el Servicio de Urgencias Hospitalarias, respecto a las pruebas complementarias no hubo diferencias en función de si eran hombre o mujer en la realización de radiografía (se les hizo a un 84,2% del total de pacientes), ecografía (7,2%) o TAC (26,3%) ($p>0,05$). En cuanto a la solicitud de interconsultas a otro servicio desde el SUH, sí que se observó una asociación significativa entre la solicitud de interconsulta y el número de interconsultas realizadas ($p<0,017$). En el caso de los hombres, al 57,9% se les realizó una interconsulta y al 9,6% se les realizaron dos, mientras que en las mujeres estos porcentajes fueron del 51,8% y 5,9% respectivamente (Tabla 1).

Haciendo referencia a las variables pronósticas, observamos que el 13% del total de pacientes fueron ingresados en la UVI, de los cuales el 14% eran hombres y el 11,4% mujeres. De manera similar, el ingreso en la Unidad de Ictus fue necesario en el 13% del total de hombres y en el 12% de las mujeres. Respecto a la necesidad de cirugía el porcentaje de hombres y mujeres que necesitaron intervención quirúrgica fue el mismo, un 5% en ambos grupos. No se pudieron demostrar diferencias significativas entre el sexo femenino y el sexo masculino en ninguna de estas tres variables, ya que el p-valor en todos los casos fue superior a 0,05 (Tabla 1).

En cuanto a la mortalidad a los 30 días, tampoco se evidenció ninguna relación con el sexo: falleció el 6,1% de pacientes, de los cuales el 5% eran varones y el 7,8% mujeres (Tabla 1).

En el análisis descriptivo en función de los exitus a los 30 días, la mayor parte de pacientes fallecidos pertenecían al grupo de edad de mayores de 80 años (47,6%), mientras que en el grupo de 66-80 años predominaban la mayoría de los supervivientes (36,7%) ($p < 0,008$). En relación con la zona residencia, el 71,8% de los pacientes que provenían de zona urbana consiguieron sobrevivir, mientras que solo el 28,2% de pacientes con residencia en zona rural lo lograron ($p < 0,090$). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los datos obtenidos en ambos casos (Tabla 2).

La proporción de pacientes institucionalizados fallecidos fue mucho mayor que los que permanecieron vivos, el porcentaje de estos últimos fue del 5,5% frente al 38,1% de los exitus ($p < 0,001$) (Tabla 2).

En cuanto al nivel de triaje, no se identificó relación estadísticamente significativa respecto a la mortalidad a los treinta días (Tabla 2).

Analizando las variables relacionadas con el proceso y el paciente, se observa una relación estadísticamente significativa entre la mortalidad a los 30 días y el diagnóstico final en el SUH ($p < 0,042$) (Tabla 2).

En el análisis descriptivo en función de la mortalidad a los 30 días estratificado según el sexo, con respecto a la edad codificada por grupos únicamente se evidenció asociación significativa en los hombres: el porcentaje de fallecidos fue el mismo en los grupos de 66-88 años y de mayores de 80 años (45,5%), mientras que el mayor número de pacientes vivos pertenecían al grupo de 66-80 años (38,3%) ($p < 0,012$). Esta asociación entre grupos de edad y mortalidad no se encontró en las mujeres, en las cuales la mayor proporción de supervivientes también se concentraba en el grupo de 66-80 años pero el porcentaje de fallecidas en el grupo de mayores de 80 era notablemente superior al resto de grupos de edades (Tabla 3) (Tabla 4).

En cuanto a las variables relacionadas con los datos de filiación, tanto en los datos en función de mortalidad de los varones como en los de las mujeres se encontró asociación estadísticamente significativa en la situación de institucionalización, ya que en ambos casos el p-valor fue menor de 0,001. Entre las mujeres fallecidas, la mitad estaban institucionalizadas, frente al 7,3% de las supervivientes. Por otro lado, el 27,3% de los hombres fallecidos estaban en régimen de institucionalización y apenas el 5% de los vivos lo estaban (Tabla 3) (Tabla 4).

En lo referente al medio de llegada al SUH, los varones que ingresaron con Soporte Vital Básico (SVB) fallecieron más del 76%, en cambio, aquellos que acudieron por sus propios medios o con Soporte Vital Avanzado (SVA), la tasa de supervivencia de los pacientes fue mayor en ambos casos ($p<0,001$). En las mujeres, sin embargo la mortalidad fue mayor tanto en aquellas pacientes que acudieron con SVB como con SVA, únicamente siendo mayor el porcentaje de supervivientes en aquellas mujeres que pudieron acudir a urgencias por sus propios medios ($p<0,042$). En ambos sexos se demostró asociación significativa en cuanto al medio de llegada y la mortalidad (Tabla 3) (Tabla 4).

En el grupo de los varones fue el único en el que se demostró que el nivel de triaje a la llegada al Servicio de Urgencias tiene relación significativa con la mortalidad de los pacientes ($p<0,038$): la mayor parte de los vivos se clasificó en el nivel III (61,4%), mientras que al 68,2% de los fallecidos se les otorgó el nivel II (Tabla 3) (Tabla 4).

Al examinar los antecedentes personales según los grupos, en las mujeres que padecían insuficiencia cardíaca la mortalidad alcanzó el 45%, por el contrario en el grupo de las supervivientes, más del 78% no tenían este antecedente ($p<0,018$) (Tabla 4).

En los hombres, fueron otras las patologías que demostraron asociación estadística. El hecho de haber sufrido un infarto de miocardio supuso un aumento de la mortalidad en los hombres: el 4,5% de los pacientes que habían sufrido este evento fallecieron y el 76,4% del total de pacientes vivos nunca habían tenido un infarto previo ($p>0,037$). Otro de los antecedentes en los que se halló una diferencia estadísticamente significativa entre vivos y fallecidos fue en aquellos con antecedente de úlcera gastroduodenal: más del 90% de pacientes vivos no contaban con esta patología previa, mientras que el 22,7% de los fallecidos la habían tenido anteriormente ($p<0,037$). En cuanto a la demencia, también se encontró asociación significativa: el 95,4% de pacientes vivos no presentaban este antecedente, en cambio, el 22,7% que sí lo hacían fallecieron ($p<0,001$). Además, los varones con antecedente de tumor o de leucemia mostraron diferencias significativas: el 45,5% de los fallecidos había padecido un tumor ($p<0,001$), y el 4,5% de los fallecidos leucemia ($p<0,004$) (Tabla 3).

En cuanto a las constantes vitales en la llegada al Servicio de Urgencias, se observaron asociaciones significativas en algunas de las variables en ambos sexos. Los varones fallecidos presentaban una mediana de 25 respiraciones por minuto (RIC 18,50-32,75), en comparación con los vivos en los que la frecuencia respiratoria era de 16 respiraciones por minuto (RIC 15-22) ($p<0,001$). En las mujeres fallecidas se recogió una mediana de 22 respiraciones por minuto (RIC 18-30,25) y en las vivas 16

respiraciones por minuto (RIC 15-23,75) ($p<0,005$). Asimismo, se evidenció una relación significativa entre la mortalidad y el valor de saturación de oxígeno: los varones fallecidos presentaron una mediana del nivel de saturación de un 89,50% (RIC 85-97) mientras que los vivos un 97% de saturación de O_2 (RIC 94-98) ($p<0,001$). La saturación de oxígeno en las mujeres fallecidas fue de 93,50 (87,50-97) y en las supervivientes de 97 (94-99). Otra variable en la que las diferencias resultaron estadísticamente significativas fue el nivel de conciencia medido según la Escala de Coma de Glasgow. Tanto en varones como en mujeres se obtuvieron los mismos datos: los pacientes vivos presentaron un nivel de conciencia de 15 (RIC 15-15) y, aunque en los fallecidos la mediana también fue de 15 puntos, en este caso el rango intercuartílico fue más amplio (RIC: 13-15) ($p<0,001$) (Tabla 3) (Tabla 4).

Se obtuvieron datos de dos variables en las que únicamente se demostró relación estadística entre los valores y la mortalidad en el grupo de los varones. Una de las variables fue la Presión Arterial Sistólica: en los varones vivos la PAS mediana fue de 131 (RIC 112-149) y en los fallecidos la mediana fue de 109 (90-146,50) ($p<0,044$). De la misma manera ocurrió con la Presión Arterial Diastólica, los pacientes vivos presentaron una PAD mediana de 79 (66-90) y los fallecidos de 65,50 (58,75-82) ($p<0,014$). Las mismas variables se midieron en las mujeres pero sin alcanzar significación estadística. (Tabla 3) (Tabla 4).

Considerando las diferentes actuaciones en el SUH, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el sexo masculino en cuanto a la realización de ecografía ($p<0,001$) y en la petición de interconsultas ($p<0,060$). Al 82,7% de los varones fallecidos no se les hizo una ecografía durante su estancia en urgencias, ni tampoco se les tramitó una interconsulta al 18,2% de este grupo. En la búsqueda de asociaciones significativas en las mujeres, no se pudieron demostrar diferencias en ninguna de las variables estudiadas relacionadas con la petición de pruebas diagnósticas y la mortalidad (Tabla 3) (Tabla 4).

En el análisis descriptivo de las variables relacionadas con el proceso y el paciente, se observa una relación estadísticamente significativa entre la mortalidad a los 30 días y el diagnóstico final en el SUH exclusivamente en las mujeres ($p<0,035$). Los diagnósticos más relevantes en los que se evidenció una relación significativa fueron por un lado el traumático, por el que fallecieron dos mujeres (10%) y por otro lado el neumológico, donde en este caso siete mujeres fallecieron (35%) frente a las 38 que sobrevivieron (16,2%). En el caso de los hombres, no se encontró esta relación entre el

diagnóstico final en el Servicio de Urgencias y la mortalidad a los treinta días (Tabla 3) (Tabla 3) (Tabla 4).

DISCUSIÓN

Hasta donde sabemos, el presente estudio es uno de los primeros en analizar las atenciones llevadas a cabo en un Servicio de Urgencias Hospitalario a pacientes que requieren monitorización según su sexo, si bien existen investigaciones previas que se han centrado en la influencia del sexo biológico en la atención urgente dentro de los sistemas sanitarios españoles (32,33).

Según los datos analizados, la gran mayoría de los pacientes estudiados son varones, con una diferencia porcentual muy llamativa que nos lleva a pensar en el posible sesgo de selección en la monitorización de los casos en el servicio analizado. Hay que señalar que la biología condiciona de mayor manera la expresión clínica de una determinada patología, por ejemplo, las variaciones hormonales tienen efecto en la respuesta inflamatoria o en el tono vascular. El género, por otra parte, influye en la percepción del dolor, la manera de comunicar o expresar los síntomas y búsqueda de atención médica. Algunas variables como la carga familiar, la tolerancia al dolor o la capacidad de poder delegar en otros las propias responsabilidades pueden retrasar la petición de ayuda en mujeres o hacer que sus síntomas se vean minimizados por el personal sanitario que les presta la atención en urgencias (18,19).

Además, esta dinámica podría explicar otra de las observaciones principales que encontramos en nuestro estudio: la desigualdad en cuanto a la edad mediana de los pacientes que acuden al SUH. Los pacientes pertenecientes al sexo femenino presentan una edad más avanzada que aquellos del sexo masculino. Lo mismo se observa si separamos los pacientes por grupos poblacionales. En aquellos más jóvenes hay una mayor prevalencia de varones, mientras que en el grupo de mayores de 80 años hay un mayor porcentaje de mujeres. Estos hallazgos concuerdan con los datos epidemiológicos de estudios previos en los que se afirma el retraso en la petición de asistencia por parte de las mujeres y de aquellos estudios que recogen las diferencias en las indicaciones terapéuticas de técnicas más agresivas que se explican por la edad más avanzada de las mujeres que se encuentran en una situación de urgencia (33,34).

Otro de los hallazgos de este estudio ha sido la igualdad entre ambos sexos en la valoración inicial del paciente. El nivel de triaje asignado a la mayor parte de los pacientes fue de III, no habiendo diferencias entre hombres y mujeres. El sistema de triaje, mediante una serie de medidas que tratan de ser lo más objetivas posible permite realizar una valoración inicial del enfermo estableciendo cuales son los tiempos óptimos de atención al paciente en función de la llegada al servicio de urgencias(4). Esta metodología estructurada es esencial para garantizar la igualdad.

Nuestra muestra reflejó una uniformidad en cuanto a la clasificación de gravedad sin mostrar diferencias según el género. Esto demuestra que el sistema que se utiliza en los Servicios de Urgencias Hospitalarias cumple uno de sus objetivos principales ajustando los descriptores clínicos de forma que no se vean afectados por las variables demográficas. Sin embargo, nos resulta llamativo el hecho de que a las mujeres no se les asignara un nivel de prioridad más alto a pesar de presentar mayor edad y de estar la mayoría en situación de institucionalización lo que potencialmente proporciona una mayor comorbilidad y resulta en un perfil de mayor riesgo. Esto sugiere la posibilidad de que pueda existir un sesgo en la valoración clínica. Diversos estudios previos han señalado que tanto la edad avanzada, al agravar la patología del paciente, como la presentación de algunos síntomas atípicos, que no se ajustan a los criterios que asignan un mayor nivel de gravedad, pueden conducir a un infratriaje en las mujeres. (ictus y triaje, infratriaje)

Revisando la literatura científica publicada, muchos estudios coinciden en la importancia de considerar tanto los factores de riesgo no modificables como los modificables, algunos de ellos inherentes al sexo y otros comunes a hombres y mujeres. Estos factores engloban cualquier característica, condición, conducta o patología previa que aumentan la probabilidad de padecer una enfermedad o de que la evolución y pronóstico de esta sea más desfavorable (24,35).

En nuestro estudio nos hemos centrado principalmente en los factores de riesgo que pueden estar presentes en ambos sexos. Algunos de ellos muestran asociación estadísticamente significativa, inclinando la balanza hacia uno u otro. Los resultados obtenidos demuestran que el antecedente de infarto o de EPOC son más frecuentes en el hombre, mientras que la alteración tiroidea, la demencia y el asma se relacionan más con el sexo femenino.

Trabajos previos señalan un peor abordaje de algunos factores de riesgo en la mujer debido a un infradiagnóstico derivado de un enfoque reduccionista vinculado a la mayoría de las guías y protocolos médicos actuales, los cuales no son específicos ni

por sexo ni por género. El cumplimiento metódico de dichas guías en muchas ocasiones lleva a errores diagnósticos en perjuicio de las mujeres en la mayoría de las ocasiones (32,36).

Uno de estos factores que se sigue considerando como una patología predominantemente masculina es el antecedente de infarto de miocardio. Este sesgo diagnóstico es consecuencia en gran medida de emplear un modelo de referencia masculino para reconocer el infarto. Otra de las patologías que no se termina de relacionar con el sexo femenino en el EPOC. Aunque debido al cambio del hábito tabáquico en la mujer en los últimos años, la prevalencia de esta enfermedad se ha ido igualando en ambos sexos, la falta de síntomas típicos hace que siga existiendo un gran porcentaje de infradiagnósticos que como consecuencia conllevan un peor pronóstico y una mayor tasa de morbilidad y mortalidad en las mujeres (14,18,19,23,34).

Continuando en la línea de los antecedentes personales, otro de los hallazgos obtenidos en nuestro estudio, es que la insuficiencia cardíaca se relaciona con la mortalidad en las mujeres a los 30 días. Este hecho está respaldado por estudios publicados anteriormente en la que se relaciona la fibrilación auricular (FA), con el desarrollo de insuficiencia cardíaca que duplica la mortalidad de aquellos pacientes que la padecen. Debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres, la prevalencia global es similar en ambos sexos. Sin embargo, las mujeres tienen un curso clínico más desfavorable y presentan mayor gravedad en los ictus secundarios a FA, mayor mortalidad hospitalaria y mayor número de secuelas al alta (33).

En cuanto a los procesos relacionados con la búsqueda del diagnóstico llevados a cabo en el Servicio de Urgencias Hospitalarias, en lo referente a la solicitud de pruebas complementarias no podemos hablar de retraso en la realización de dichas pruebas ya que no es una variable que hayamos tenido en cuenta, pero no hubo disparidad alguna en función de si el paciente era masculino o femenino en el número de pruebas complementarias que se solicitaron, en ambos se hizo un número equivalente tanto de radiografías, como de ecografías o de TAC sin que hubiera sesgo de género, en contraposición a lo reportado en diversos estudios previos (29,38).

No obstante, aunque el porcentaje de pacientes a los que se les solicitó al menos una interconsulta fue similar en ambos sexos, los hombres acumularon un mayor número de interconsultas múltiples, lo que señala una posible infravaloración diagnóstica en las pacientes del género femenino. Esta menor frecuencia de interconsultas múltiples en mujeres, a igual necesidad, refleja un sesgo de esfuerzo diagnóstico. Este fenómeno ya lo hemos podido constatar en estudios similares

publicados que hablan de enfermedades como el infarto de miocardio o el ictus (27–29,38,39), donde como consecuencia de formas de presentación atípicas y la edad más avanzada de las mujeres, se subestima la gravedad de la enfermedad en ellas. Esto al final, se traduce en un menor acceso a terapias específicas y la necesidad de un manejo más conservador de la patología debido al retraso en el diagnóstico (33,34).

Aun así, las discrepancias en el proceso de actuación no tuvieron impacto a nivel pronóstico. Analizando las variables pronósticas, no se encontraron diferencias significativas entre el sexo femenino y el sexo masculino en el número de pacientes que tuvieron que ser ingresados en la UVI, en la Unidad de Ictus o que tuvieron que ser intervenidos quirúrgicamente. En cuanto a la mortalidad global a los 30 días, tampoco se pudo evidenciar que hubiera repercusiones debido al sesgo de esfuerzo diagnóstico.

No obstante, si examinamos el análisis descriptivo de las variables referentes al proceso diagnóstico y el paciente, encontramos otro de los hallazgos principales de este estudio: se observó un impacto diferente del diagnóstico final en la mortalidad a los treinta días según el género del paciente. En las mujeres dos patologías se asociaron de forma significativa con una mayor mortalidad, mientras que en los hombres no se evidenció esta relación. Uno de estos diagnósticos fue el traumático. Aunque no hemos encontrado estudios que aborden directamente este hallazgo, comparando con otras investigaciones este hecho podría deberse a la mayor fragilidad de las mujeres que consultan o bien a una infraestimación de la gravedad de los síntomas en las mujeres.

Otro de los diagnósticos en los que se observó significación estadística fue el relacionado con la patología neumológica. Anteriormente, ya hemos comentado el ejemplo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, pero hay descritos otras enfermedades en las que también hay evidencia de sesgo diagnóstico. Una de ellas es la tromboembolia de pulmón (TEP). Existe una gran dificultad para su diagnóstico motivada por la gran variabilidad sintomatológica que presenta. En casi la totalidad de los casos, la sospecha clínica se establece en base a signos clínicos junto con la presencia de factores de riesgo. Según diversos estudios publicados donde se ponen de manifiesto las discrepancias entre ambos sexos, en las mujeres existe mayor riesgo de mortalidad tras sufrir un TEP. Este hecho viene dado por la mayor demora en el abordaje de la patología debido una vez más a la diferencias en la presentación clínica de hombres y mujeres (39).

A pesar de que en nuestro estudio no hemos podido demostrar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la enfermedad cerebrovascular, otra de las enfermedades de las que tenemos mayor evidencia de sesgo de género es

el ictus. El ictus es la principal causa de muerte en mujeres en nuestro país. Existen diferencias significativas en cuanto a la gravedad y el pronóstico de la enfermedad entre hombres y mujeres (40,41). Sin embargo, no está del todo claro si estas diferencias se deben a factores puramente biológicos, como una respuesta distinta a la isquemia cerebral, o si, están relacionadas con desigualdades en la atención sanitaria recibida.

En cuanto a los factores de riesgo, debemos tener en cuenta en las mujeres que el sexo femenino, por sí mismo, incrementa la predisposición a esta enfermedad (42). Además, el contar con mayor esperanza de vida que los hombres también aumenta la probabilidad de sufrir un ictus, ya que está científicamente demostrado que el envejecimiento es uno de los factores predisponentes. Por último, conviene señalar aquellos que son exclusivos de las mujeres, como el embarazo, los anticonceptivos orales y la terapia hormonal sustitutiva. También es importante tener en cuenta la posmenopausia en las mujeres ya que la disminución de estrógenos afecta negativamente al pronóstico del infarto cerebral debido al papel protector que tienen en la regulación del tono vascular y en la reducción de la gravedad.

Si queremos avanzar en la erradicación de la desigualdad, es fundamental integrar la perspectiva de género en la investigación médica y en la elaboración de guías clínicas para reducir sesgos diagnósticos y terapéuticos y asegurar una atención basada en la equidad. Cuando exista evidencia de sesgos de género en la práctica, deben redefinirse los umbrales diagnósticos y modificar el proceder terapéutico según la población que estemos atendiendo para tratar de garantizar el derecho a la salud de forma igualitaria. Esta perspectiva de género en la atención sanitaria debe integrarse desde la formación universitaria para fomentar una buena praxis y una mejor eficiencia (2,22).

Son varias las limitaciones que nos hemos encontrado a la hora de realizar este estudio. El análisis se restringe a una población reducida que incluye a los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Río Hortega y del Hospital Clínico de Valladolid durante el año 2022 únicamente, por lo que el tamaño muestral no es muy elevado y la extrapolación de los datos es limitada ya que los resultados podrían variar entre poblaciones distintas. Por otro lado, se trata de un estudio descriptivo retrospectivo, por tanto los datos dependen de la calidad y exhaustividad de las historias clínicas de los pacientes, lo que hace posible la pérdida de información importante relacionada con el proceso. Por último, no se incluyeron variables socio-culturales que podrían aportar información sobre el contexto y el comportamiento de los pacientes.

CONCLUSIONES

- El número de hombres que se monitorizan casi duplica al de mujeres, lo que podría suponer un sesgo de atención según el sexo del paciente.
- La edad mediana de las mujeres que acuden al Servicio de Urgencias supera en más de diez años a la mediana de edad de los hombres, reflejando diferencias significativas entre ambos sexos.
- Los factores de riesgo más prevalentes difieren en cada sexo: en las mujeres predominan las alteraciones tiroideas, el asma, la demencia y el antecedente de COVID, mientras que en los hombres son más frecuentes el infarto de miocardio, la presencia de tumores y el EPOC.
- A pesar de que la valoración inicial y el acceso a pruebas complementarias son similares en hombres y mujeres, persisten desigualdades en el esfuerzo diagnóstico, ya que los varones reciben un mayor número de interconsultas que las mujeres.
- En el caso de las mujeres, existe una asociación significativa entre ciertos diagnósticos críticos, especialmente el neumológico y el traumático, y la mortalidad a los treinta días, relación que no se observa en el sexo masculino.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz Cantero MT, Alonso Pérez T, Arenas Jiménez MD, Ausín Benito B, Aymerich Martínez M, Blasco Blasco M, et al. Perspectiva de género en medicina. Barcelona: ICMAB-CSIC; 2021. [Internet] [citado 23 de noviembre 2024]. Disponible en: https://icmab.es/images/gender/Libro-EM-39-Perspectiva-de-genero-en-medicina_MTRuizCantero.pdf
2. Rodríguez Castro E, López Sierra M. Ictus y desigualdades de género. Rev Cubana Salud Pública. 2012; 38 811-22.
3. Junta de Castilla y León. Urgencias [Internet]. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León; 2017 [citado 2 de mayo 2025]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/PacientesHCUV/es/urgencias>
4. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales Sis San. 2010; 33: 55-68.

5. Ministerio de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes. Real Decreto 610/2024, de 2 de julio, por el que se establece el título de Médica/o Especialista en Medicina de Urgencias y Emergencias y se actualizan diversos aspectos en la formación del título de Médica/o Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria [Internet]. Sec. 1, Real Decreto 610/2024 jul 3, 2024 p. 82078-89. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2024/07/02/610>
6. Pérez Ruiz B, Gómez Vicente C. Atención en emergencias (1997). Emergencias. 1997; 9: 77-78.
7. Roig Osca MA. Propuestas para el manejo de las Unidades de Observación. Emergencias. 1998; 10: 240-44.
8. Jiménez Díaz G. Modelos de organización en un servicio de urgencias: circuito de pacientes. [presentación en línea]. VIII Curso de Gestión Integral del Medicamento en los Servicios de Urgencias Hospitalarios; 2014. [Internet] [citado 23 de noviembre 2024]. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/redfaster/GIMUR2014/11-organizacion_SU_circuito_pacientes_GJD.pdf
9. Manual MSD versión para profesionales. Monitorización y estudio del paciente en cuidados críticos - Cuidados críticos. [Internet] [citado 25 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/cuidados-criticos/abordaje-del-paciente-con-enfermedad-critica/monitorización-y-estudio-del-paciente-en-cuidados-críticos>
10. Ochagavía A, Baigorri F, Mesquida J, Ayuela JM, Ferrándiz A, García X, et al. Monitorización hemodinámica en el paciente crítico. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Cuidados Intensivos Cardiológicos y RCP de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Med Intensiva. 2014; 38: 154-69.
11. Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente. Monitorización hemodinámica en la Unidad de Cuidados Intensivos. Concepción: Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente; [Internet] [citado 15 de febrero 2025]. Disponible en: https://www.hospitalregional.cl/repo_calidad/MONITORIZACION_HEMODINAMICA_UCI.pdf
12. Almela Quilis A, Millán Soria J, Alonso Íñigo JM, García Bermejo P. Monitorización hemodinámica no invasiva o mínimamente invasiva en el paciente crítico en los servicios de urgencias y emergencias. Emergencias. 2015; 27: 386-95.
13. Amigó-Tadín M. El valor añadido de enfermería en el desarrollo e implementación de protocolos en urgencias. Emergencias. 2024; 36: 166-67.
14. Mauvais-Jarvis F, Bairey Merz N, Barnes PJ, Brinton RD, Carrero JJ, DeMeo DL, et al. Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. Lancet. 2020; 396: 565-82.
15. Lomazzi V, Seddig D. Gender Role Attitudes in the International Social Survey Programme: Cross-National Comparability and Relationships to Cultural Values. Cross-Cult Res. 2020; 54: 398-431.

16. Fernández Martín J, et al. Estudio de diferencias por sexo en urgencias y hospitalización. Hospital Valdecilla; 2022. [Internet] [citado 27 de febrero 2025]. Disponible en: <https://fmvaldecilla.es/wp-content/uploads/2022/07/Estudio-Diferencias-por-sexo-Urgencias-Hospitalizacion-OSPC.pdf>
17. Merdji H, Long MT, Ostermann M, Herridge M, Myatra SN, De Rosa S, Metaxa V, Kotfis K, Robba C, De Jong A, Helms J, Gebhard CE. Sex and gender differences in intensive care medicine. Intensive Care Med. 2023; 49: 1155-67.
18. NIH Office of Research on Women's Health. Cómo el sexo y el género influyen sobre la salud y la enfermedad. NIH; 2022. [Internet] [citado 11 de marzo 2025]. Disponible en: <https://salud.nih.gov/sites/salud/files/2022-12/como-el-sexo-y-el-genero-influyen-sobre-la-salud-y-la-enfermedad.pdf>
19. Eagly AH, Johannesen-Schmidt MC. The leadership styles of women and men. J Soc Issues. 2001; 57: 781-97.
20. Bennett JC. Inclusion of Women in Clinical Trials – Policies for Population Subgroups. N Engl J Med. 1993; 329: 288-92.
21. Ruiz-Cantero MT, Blasco-Blasco M, Chilet-Rosell E, Peiró AM. Gender bias in therapeutic effort: from research to health care. Farm Hosp. 2020; 44: 109-13.
22. Sugranyes G, Sebastià MC, García-Delgar B, Forcadell E, Coll-Vinent B, en representación del Grup de Treball de Gènere en Salut del Hospital Clínic de Barcelona, et al. Consideraciones respecto al uso de la variable sexo/género en investigación para avanzar hacia una buena praxis: Decálogo PROGÉNEROS. Emergencias. 2023; 35: 303-5.
23. Rodríguez-Soza C, Ruiz-Cantero MT. Ceguera de género en los libros de texto de medicina. El caso de las leucemias. Gac Sanit. 2022; 36: 333-44.
24. Angulo García-Velarde, Valcárcel Pagal I, Velázquez Herrero S, López Rojo A. Sexo y género como modificadores de salud y enfermedad en la patología cerebrovascular aguda. [Trabajo fin de grado]. Valladolid: Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid; 2024. [Internet] [citado 3 abril 2025]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/47473/TFG-M2123.pdf?sequence=1>
25. Marín-Barcena C, Puig-Campmany M, Ruiz-Ramos J, Carazo-Díaz C, Vicente-Romero J, Juanes-Borrego A, et al. Abordaje integral desde la perspectiva de género de los problemas de salud relacionados con los medicamentos que causan consulta en urgencias. Emergencias. 2025; 37: 186-95.
26. Pérez Corral M, Urcola Pardo F, Fernández Rodrigo MT, Benito Ruiz E, Satústegui Dordá PJ. Inequidades en la atención al dolor torácico de origen isquémico en Urgencias desde una perspectiva de género. Rev Esp Salud Pública. 2019; 93: e201912112.
27. Riesgo García A. Diferencias de género en el abordaje de la patología cardiovascular: una aproximación desde la perspectiva de la asistencia médica urgente

[Ph.D. Thesis]. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). Universitat de Barcelona; 2012 [Internet] [citado 16 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/91287>

28. Lapostolle F, Loyeau A, Beggaz Y, Boche T, Pires V, Le Bail G, et al. Efecto de la edad, el sexo y el momento del día en el tiempo hasta el aviso a emergencias en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. Estudio CLOC'AGE. Emergencias. 2021; 33: 181-86.

29. Barron R, Mader TJ, Knee A, Wilson D, Wolfe J, Gemme SR, et al. Influence of Patient and Clinician Gender on Emergency Department HEART Scores: A Secondary Analysis of a Prospective Observational Trial. Ann Emerg Med. 2024; 83: 123-31.

30. Bolívar Muñoz J, Martínez Cassinello R, Mateo Rodríguez I, Torres Ruiz JM, Pascual Martínez N, Rosell Ortiz F, et al. Actuación de los pacientes ante un síndrome coronario agudo: diferencias desde una perspectiva de género. Emergencias. 2013; 25: 23-30.

31. Fowler RA, Sabur N, Li P, et al. Diferencias por sexo y edad en la prestación y resultados de los cuidados críticos. CMAJ. 2007; 177: 1513-19.

32. Confederación Salud Mental España. Libro blanco: salud y género. Madrid: Confederación Salud Mental España; [Internet] [citado 3 de abril 2025]. Disponible en: <https://www.consalmudmental.org/publicaciones/Libro-blanco-salud-genero.pdf>

33. Riesgo García A. Manejo clínico de las mujeres que consultan en urgencias por patología cardiovascular: ¿existen diferencias respecto a los hombres? Emergencias. 2012; 24: 325-31.

34. Fernández de Simón Almela A. Eficacia, seguridad y recurrencias de la cardioversión eléctrica en la fibrilación auricular: visión con perspectiva de género. Emergencias. 2024; 36: 245-6.

35. La prevención del ictus desde una perspectiva de género | Hospital de Bellvitge. 2023; [Internet] [citado 3 de abril de 2025]. Disponible en: <https://bellvitgehospital.cat/es/actualidad/noticia/la-prevencion-del-ictus-desde-una-perspectiva-de-genero>

36. García-Martínez A, Carbó M, Aniyar V, Antolín A, Miró O, Gómez-Angelats E. Infratriaje en urgencias de pacientes que precisan ingreso directo en cuidados intensivos por enfermedades médicas: impacto en el pronóstico y factores asociados. Emergencias. 2021; 33: 361-7.

37. Ballering AV, Bonvanie IJ, Olde Hartman TC, Monden R, Rosmalen JGM. Gender and sex independently associate with common somatic symptoms and lifetime prevalence of chronic disease. Soc Sci Med. 2020; 253: 112968.

38. Miota Hernández N, Canadell Marcos N, García-Martínez A, del Olmo Vargas C, Massó Muratel M, Miravalles Fernández E, et al. Eficacia y seguridad de la cardioversión eléctrica en urgencias: factores asociados y perspectiva de sexo. Emergencias. 2024; 36: 263-70.

39. Prieto García E, López Martínez T, Álvarez Pérez M, Fernández-Campoamor González M, Dios del Valle R de. Diferencias de género en la presentación, abordaje y tratamiento del TEP en un medio rural. *Enferm Cardiol*. 2019; 26: 61-8.
40. Peñalver Pérez F, Moreno E, Martínez C, López Barrio MJ, Marín López T, Saorín Marín D. El ictus en las mujeres: perspectiva de género en el ictus cardioembólico secundario a fibrilación auricular. 2015; 9.
41. Torres Rodríguez Z. Diferencias de género en la presentación de ictus y triaje en urgencias: revisión bibliográfica [Trabajo fin de grado]. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos; 2024. [Internet] [citado 3 abril 2025]. Disponible en: <https://burjcdigital.urjc.es/server/api/core/bitstreams/bb049c4e-7d5a-4c79-93cb-3ef7c9b509c1/content>
42. Dirección General de Transformación Digital, Innovación y Derechos de los Usuarios. Perspectivas sociales y de género en torno al ictus en Aragón: informe de resultados. Zaragoza: Gobierno de Aragón, Departamento de Sanidad; 2021. [Internet] [citado 23 de abril 2025]. Disponible en: https://www.saludinforma.es/portalsi/documents/10179/10891/ictus_perspec_sociales2_0210510.pdf/8d3b03cd-fee5-47c3-b332-ee7b8c1f49db

ANEXO

TABLA 1. ANÁLISIS POR SEXO				
	Sexo Masculino Mediana (RIC)	Sexo Femenino Mediana (RIC)	Total Mediana (RIC)	p
Edad	70 (57-79)	75 (61-85)	72 (59-81,75)	0,001
	Varones N (%)	Mujeres N (%)	Total N (%)	p
Edad codificada				0,008
18-50	63 (14,4)	25 (9,8)	88 (12,7)	
51-65	105 (24)	59 (23,2)	164 (23,7)	
66-80	169 (38,7)	83 (32,7)	252 (36,5)	
>80	100 (22,9)	87 (34,3)	187 (27,1)	
Residencia				0,249
Zona urbana	303 (69,5)	187 (73,6)	490 (71)	
Zona rural	133 (30,5)	67 (26,4)	200 (29)	
Institucionalizado				0,018
Sí	25 (5,7)	27 (10,6)	52 (7,5)	
No	412 (94,3)	227 (89,4)	639 (92,5)	
Procedencia				0,539
AP	129 (30,6)	71 (28,4)	200 (29,8)	
Otros	292 (69,4)	179 (71,6)	471 (70,2)	
Medio de llegada				0,558
Propios medios	178 (42,3)	102 (41,6)	280 (42)	
SVB	150 (35,6)	96 (39,2)	246 (36,9)	
SVA	93 (22,1)	47 (19,2)	140 (21)	
Nivel de triaje				0,962
I	2 (0,5)	1 (0,4)	3 (0,4)	
II	170 (38,9)	101 (39,8)	271 (39,2)	
III	262 (60)	151 (59,4)	413 (59,8)	
IV	3 (0,7)	1 (0,4)	4 (0,6)	
Enf. Coronaria				0,483
Sí	36 (8,2)	25 (9,8)	61 (8,8)	
No	401 (91,8)	230 (90,2)	631 (91,2)	

Enf. pulmonar crónica				0,993
Sí	89 (20,4)	52 (20,4)	141 (20,4)	
No	348 (79,6)	203 (79,6)	551 (79,6)	
HTA				0,698
Sí	285 (65,2)	170 (66,7)	455 (65,8)	
No	152 (34,8)	85 (33,3)	237 (34,2)	
Dislipemia				0,904
Sí	231 (52,9)	136 (53,3)	367 (53)	
No	206 (47,1)	119 (46,7)	325 (47)	
Obesidad				0,600
Sí	93 (21,3)	50 (19,6)	143 (20,7)	
No	344 (78,7)	205 (80,4)	549 (79,3)	
Alteración tiroidea				<0,001
Sí	37 (8,5)	65 (25,6)	102 (14,8)	
No	400 (91,5)	189 (74,4)	589 (85,2)	
FA				0,780
Sí	114 (26,1)	69 (27,1)	183 (26,4)	
No	323 (73,9)	186 (72,9)	509 (73,6)	
Antecedente COVID				0,060
Sí	144 (33,3)	103 (40,4)	247 (35,9)	
No	289 (66,7)	152 (59,6)	441 (64,1)	
Infarto de miocardio				0,038
Sí	99 (22,7)	41 (16,1)	140 (20,2)	
No	338 (77,3)	214 (83,9)	552 (79,8)	
Insuficiencia cardíaca				0,116
Sí	81 (18,5)	60 (23,5)	141 (20,4)	
No	356 (81,5)	195 (76,5)	551 (79,6)	
Enf. arterial periférica				0,137
Sí	46 (10,5)	18 (7,1)	64 (9,3)	
No	391 (89,5)	235 (92,9)	626 (90,7)	
Enf. cerebrovascular				0,980
Sí	46 (10,5)	27 (10,6)	73 (10,5)	
No	391 (89,5)	228 (89,4)	619 (89,5)	
Demencia				0,013
	24 (5,5)	27 (10,6)	51 (7,4)	

	Sí	413 (94,5)	228 (89,4)	641 (92,6)	
	No				
Enf. tejido conectivo					0,088
	Sí	9 (2,1)	11 (4,3)	20 (2,9)	
	No	428 (97,9)	244 (95,7)	672 (97,1)	
Úlcera gastroduodenal					0,723
	Sí	43 (9,8)	23 (9)	66 (9,5)	
	No	394 (90,2)	232 (91)	626 (90,5)	
Hepatopatía crónica					0,151
	Sí	24 (5,5)	8 (3,1)	32 (4,6)	
	No	411 (94,5)	247 (96,9)	658 (95,4)	
Diabetes					0,277
	Sí	138 (31,6)	68 (26,7)	206 (29,8)	
	No	299 (68,4)	187 (73,3)	486 (70,2)	
Hemiplejia					0,263
	Sí	3 (0,7)	4 (81,6)	7 (1)	
	No	434 (99,3)	251 (98,4)	685 (99)	
IRC moderada o severa					0,817
	Sí	63 (14,4)	35 (13,8)	98 (14,2)	
	No	374 (85,6)	219 (56,2)	593 (85,8)	
Tumor					0,076
	Sí	81 (18,5)	34 (13,3)	115 (16,6)	
	No	356 (81,5)	221 (86,7)	577 (83,4)	
Leucemia					0,128
	Sí	2 (0,5)	4 (1,6)	6 (0,9)	
	No	434 (99,5)	250 (98,4)	684 (99,1)	
Linfoma					0,885
	Sí	3 (0,7)	2 (0,8)	5 (0,7)	
	No	433 (99,3)	253 (99,2)	686 (99,3)	
Tumor con metástasis					0,754
	Sí	12 (2,7)	6 (2,4)	18 (2,6)	
	No	425 (97,3)	249 (97,6)	674 (97,4)	
EPOC					0,010
	Sí	76 (17,4)	26 (10,2)	102 (14,7)	
	No	361 (82,6)	229 (89,8)	590 (85,3)	

Asma				<0,001
Sí	17 (3,9)	33 (13)	50 (7,2)	
No	420 (96,1)	221 (87)	641 (92,8)	
	Sexo Masculino Mediana (RIC)	Sexo Femenino Mediana (RIC)	Total Mediana (RIC)	p
Frecuencia respiratoria (FR)	16 (15-22)	17 (15-24)	16 (15-22,5)	0,117
Frecuencia cardíaca (FC)	87 (68-110)	93 (71-115,25)	90 (70-112)	0,026
Presión Arterial Sistólica (PAS)	131 (110-149)	132 (107-150,50)	131 (109-150)	0,838
Presión Arterial Diastólica (PAD)	79 (65-90)	77 (63-92)	78 (65-90)	0.757
Saturación de oxígeno (SatO₂)	97 (93-98)	97 (93-98,50)	97 (93-98)	0,847
Temperatura (°C)	36 (35,4-36,3)	36 (35,5-36,4)	36 (35,5-36,3)	0,324
Nivel de conciencia (Escala Glasgow)	15 (15-15)	15 (15-15)	15 (15-15)	0,308
	Varones N (%)	Mujeres N (%)	Total N (%)	p
Radiografía				0,847
Sí	369 (84,4)	214 (83,9)	583 (84,2)	
No	68 (15,6)	41 (16,1)	109 (15,8)	
Ecografía				0,396
Sí	30 (6,9)	22 (8,6)	52 (7,5)	
No	407 (93,1)	233 (91,4)	640 (92,5)	
TAC				0,867
Sí	114 (26,1)	68 (26,7)	182 (26,3)	
No	323 (73,9)	187 (73,3)	510 (73,7)	
Interconsulta desde Servicio de Urgencias				0,017
Sí (1)	253 (57,9)	132 (51,8)	385 (55,6)	
Sí (2)	42 (9,6)	15 (5,9)	57 (8,2)	
No	142 (32,5)	108 (42,4)	250 (36,1)	
Diagnóstico en el Servicio de Urgencias				0,226
Neumología	78 (17,8)	45 (17,6)	123 (17,8)	

Cardiología	210 (48,1)	109 (42,7)	319 (46,1)	
Traumático	26 (5,9)	7 (2,7)	33 (4,8)	
Neurología	39 (8,9)	37 (14,5)	76 (11)	
Metabolismo-hidroeléctrico	11 (2,5)	9 (3,5)	20 (2,9)	
Digestivo	31 (7,1)	21 (8,2)	52 (7,5)	
Psiquiátrico-intoxicación	13 (3)	9 (3,5)	22 (3,2)	
Urológico	11 (2,5)	5 (2)	16 (2,3)	
Otras	18 (4,1)	13 (5,1)	31 (4,5)	
Ingreso en UVI				0,329
Sí	61 (14)	29 (11,4)	90 (13)	
No	376 (86)	226 (88,6)	602 (87)	
Ingreso Unidad de Ictus				0,235
Sí	13 (3)	12 (4,7)	25 (3,6)	
No	424 (97)	242 (95,3)	666 (96,4)	
Cirugía				0,385
Sí	5 (1,1)	5 (2)	10 (1,4)	
No	432 (98,9)	250 (98)	682 (98,6)	
Mortalidad a los 30 días				0,135
Sí	22 (5)	20 (7,8)	42 (6,1)	
No	415 (95)	235 (92,2)	650 (93,9)	

RIC: rango intercuartílico; p: significación estadística; N: número de pacientes; %:porcentaje de pacientes; AP: atención primaria; SVB: soporte vital básico; SVA: soporte vital avanzado; FA: fibrilación auricular; IRC: insuficiencia renal crónica.

TABLA 2. ANÁLISIS POR MORTALIDAD GLOBAL A LOS 30 DÍAS				
	Vivos N (%)	Fallecidos N (%)	Total N (%)	p
Edad codificada				0,008
18-50	87 (13,4)	1 (2,4)	88 (12,7)	
51-65	157 (24,2)	7 (16,7)	164 (23,7)	
66-80	238 (36,7)	14 (33,3)	252 (36,5)	
>80	167 (25,7)	20 (47,6)	187 (27,1)	
Residencia				0,090

Zona urbana	465 (71,8)	25 (59,5)	490 (71)	
Zona rural	183 (28,2)	17 (40,5)	200 (29)	
Institucionalizado				<0,001
Sí	36 (5,5)	16 (38,1)	52 (7,5)	
No	613 (94,5)	26 (61,9)	639 (92,5)	
Procedencia				0,784
AP	187 (29,7)	13 (31,7)	200 (29,8)	
Otros	443 (70,3)	28 (68,3)	471 (70,2)	
Medio de llegada				<0,001
Propios medios	275 (43,9)	5 (12,5)	280 (42)	
SVB	218 (34,8)	28 (70)	246 (36,9)	
SVA	133 (21,2)	7 (17,8)	140 (21)	
Nivel de triaje				0,100
I	3 (0,5)	0 (0)	3 (0,4)	
II	247 (38,1)	24 (57,1)	271 (39,2)	
III	395 (60,9)	18 (42,9)	413 (59,8)	
IV	4 (0,6)	0 (0)	4 (0,6)	
Enf. pulmonar crónica				0,861
Sí	132 (20,3)	9 (21,4)	141 (20,4)	
No	518 (79,7)	33 (78,6)	551 (79,6)	
HTA				0,256
Sí	424 (65,2)	31 (73,8)	455 (65,8)	
No	226 (34,8)	11 (26,2)	237 (34,2)	
Dislipemia				0,468
Sí	347 (53,4)	20 (47,6)	367 (53)	
No	303 (46,6)	22 (52,4)	325 (47)	
Obesidad				0,509
Sí	136 (20,9)	7 (16,7)	143 (20,7)	
No	514 (79,1)	35 (83,3)	549 (79,3)	
Alteración tiroidea				0,419
Sí	94 (14,5)	8 (19)	102 (14,8)	
No	555 (85,5)	34 (81)	589 (85,2)	
FA				0,780
Sí	171 (26,3)	12 (28,6)	183 (26,4)	
No	479 (73,7)	30 (71,4)	509 (73,6)	
Antecedente COVID				0,332
	229 (35,4)	18 (82,9)	247 (35,9)	
	417 (64,6)	24 (57,1)	441 (64,1)	

	Sí				
	No				
Infarto de miocardio					0,029
	Sí	137 (21,1)	3 (7,1)	140 (20,2)	
	No	513 (78,9)	39 (92,9)	552 (79,8)	
Insuficiencia cardíaca					0,031
	Sí	127 (19,5)	14 (33,3)	141 (20,4)	
	No	523 (80,5)	28 (66,7)	551 (79,6)	
Enf. arterial periférica					0,223
	Sí	58 (8,9)	6 (14,6)	64 (9,3)	
	No	591 (91,1)	35 (85,4)	626 (90,7)	
Enf. cerebrovascular					0,183
	Sí	66 (10,2)	7 (16,7)	73 (10,5)	
	No	584 (89,8)	35 (83,3)	619 (89,5)	
Demencia					<0,001
	Sí	42 (6,5)	9 (21,4)	51 (7,4)	
	No	608 (93,5)	33 (78,6)	641 (92,6)	
Enf. tejido conectivo					0,249
	Sí	20 (3,1)	0 (0)	20 (2,9)	
	No	630 (96,9)	42 (100)	672 (97,1)	
Úlcera gastroduodenal					0,105
	Sí	59 (9,1)	7 (16,7)	66 (9,5)	
	No	591 (90,9)	35 (83,3)	626 (90,5)	
Hepatopatía crónica					0,400
	Sí	29 (4,5)	3 (7,3)	32 (4,6)	
	No	620 (95,5)	38 (92,7)	658 (95,4)	
Diabetes					0,602
	Sí	192 (29,5)	14 (33,3)	206 (29,8)	
	No	458 (70,5)	28 (66,7)	486 (70,2)	
Hemiplejia					0,499
	Sí	7 (1,1)	0 (0)	7 (1)	
	No	643 (98,9)	42 (100)	685 (99)	
IRC moderada o severa					0,634
		91 (14)	7 (16,7)	98 (14,2)	
		558 (86)	35 (83,3)	593 (85,8)	

	Sí No				
Tumor					0,003
	Sí No	101 (15,5) 549 (84,5)	14 (33,3) 28 (66,7)	115 (16,6) 577 (83,4)	
Leucemia					0,276
	Sí No	5 (0,8) 643 (99,2)	1 (2,4) 41 (97,6)	6 (0,9) 684 (99,1)	
Linfoma					0,568
	Sí No	5 (0,8) 644 (99,2)	0 (0) 42 (100)	5 (0,7) 686 (99,3)	
Tumor con metástasis					0,926
	Sí No	17 (2,6) 633 (97,4)	1 (2,4) 41 (97,6)	18 (2,6) 674 (97,4)	
EPOC					0,716
	Sí No	95 (14,6) 555 (85,4)	7 (16,7) 35 (83,3)	102 (14,7) 590 (85,3)	
Asma					0,210
	Sí No	49 (7,6) 600 (92,4)	1 (2,4) 41 (97,6)	50 (7,2) 641 (92,8)	
		Vivos Mediana (RIC)	Fallecidos Mediana (RIC)	Total Mediana (RIC)	p
Frecuencia respiratoria (FR)		16 (15-22)	23,50 (18-32,25)	16 (15-22,25)	<0,001
Frecuencia cardíaca (FC)		89 (70-110)	101,50 (71,25-119,25)	90 (70-112)	0,107
Presión Arterial Sistólica (PAS)		131 (110-150)	123,50 (91-148,50)	131 (109-150)	0,171
Presión Arterial Diastólica (PAD)		79 (65-90)	73,50 (61,75 – 91,75)	78 (65-90)	0,409
Saturación de oxígeno (SatO₂)		97 (94-98)	92,50 (86,75-97)	97 (93-98)	<0,001
Temperatura (°C)		36 (35,5-36,3)	36 (35,45-36,7)	36 (35,5-36,3)	0,327
Nivel de conciencia (Escala Glasgow)		15 (15-15)	15 (13-15)	15 (15-15)	<0,001
		Vivos N (%)	Fallecidos N (%)	Total N (%)	p
Radiografía					0,253

	Sí	545 (83,8)	38 (90,5)	583 (84,2)	
	No	105 (16,2)	4 (9,5)	109 (15,8)	
Ecografía					0,086
	Sí	46 (7,1)	6 (14,3)	52 (7,5)	
	No	604 (92,9)	36 (85,7)	640 (92,5)	
TAC					0,480
	Sí	169 (26)	13 (31)	182 (26,3)	
	No	481 (74)	29 (69)	510 (73,7)	
Interconsulta desde Servicio de Urgencias					0,018
	Sí (1)	363 (55,8)	22 (52,4)	385 (55,6)	
	Sí (2)	50 (7,7)	7 (16,7)	57 (8,2)	
	No	237 (36,5)	13 (31)	250 (36,1)	
Diagnóstico en el Servicio de Urgencias					0,042
Neumología		108 (16,6)	15 (35,7)	123 (17,8)	
Cardiología		305 (46,9)	14 (33,3)	319 (46,1)	
Traumático		31 (4,8)	2 (4,8)	33 (4,8)	
Neurología		70 (10,8)	6 (14,3)	76 (11)	
Metabolismo-hidroeléctrico		20 (3,1)	0 (0)	20 (2,9)	
Digestivo		49 (7,5)	3 (7,1)	52 (7,5)	
Psiquiátrico-intoxicación		22 (3,4)	0 (0)	22 (3,2)	
Urológico		87,5 (2,2)	2 (4,8)p<	16 (2,3)	
Otras		31 (4,8)	0 (0)	31 (4,5)	

RIC: rango intercuartílico; p: significación estadística; N: número de pacientes; %: porcentaje de pacientes; AP: atención primaria; SVB: soporte vital básico; SVA: soporte vital avanzado; FA: fibrilación auricular; IRC: insuficiencia renal crónica.

TABLA 3. ANÁLISIS MORTALIDAD A LOS 30 DÍAS DE VARONES				
	Vivos Mediana (RIC)	Fallecidos Mediana (RIC)	Total Mediana (RIC)	p
Edad	70 (57-79)	79,50 (70-87,25)	70 (57-79)	<0,001
	Vivos N (%)	Fallecidos N (%)	Total N (%)	p
Edad codificada		0 (0) 2 (9,1)		0,012

18-50	63 (15,2)	10 (45,5)	63 (14,4)	
51-65	103 (24,8)	10 (45,5)	105 (24)	
66-80	159 (38,3)		169 (38,7)	
>80	90 (21,7)		100 (22,9)	
Residencia				0,118
Zona urbana	291 (80,3)	12 (54,5)	303 (69,5)	
Zona rural	123 (29,7)	10 (45,5)	133 (30,5)	
Institucionalizado				<0,001
Sí	19 (4,6)	6 (27,3)	25 (5,7)	
No	396 (95,4)	16 (72,7)	412 (61,3)	
Procedencia				0,784
AP	122 (30,5)	7 (33,3)	129 (30,6)	
Otros	278 (69,5)	14 (66,7)	292 (69,4)	
Medio de llegada				<0,001
Propios medios	176 (44)	2 (9,5)	178 (42,3)	
SVB	134 (33,5)	16 (76,2)	150 (35,6)	
SVA	90 (22,5)	3 (14,3)	93 (22,1)	
Nivel de triaje				0,038
I	2 (0,5)	0 (0)	2 (0,5)	
II	155 (37,3)	15 (68,2)	170 (38,9)	
III	255 (61,4)	7 (31,8)	262 (60)	
IV	3 (0,7)	0 (0)	3 (0,7)	
Enf. respiratoria crónica				0,794
Sí	85 (20,5)	4 (18,2)	89 (20,4)	
No	330 (79,5)	18 (81,8)	348 (79,6)	
HTA				0,448
Sí	269 (64,8)	16 (72,7)	285 (65,2)	
No	146 (35,2)	6 (27,3)	152 (34,8)	
Dislipemia				0,475
Sí	221 (53,3)	10 (45,5)	231 (52,9)	
No	194 (46,7)	12 (54,5)	206 (47,1)	
Obesidad				0,715
Sí	89 (21,4)	4 (18,2)	93 (21,3)	
No	326 (78,6)	18 (81,8)	344 (78,7)	
Alteración tiroidea				0,498
Sí	36 (8,7)	1 (4,5)	37 (8,5)	
No	379 (91,3)	21 (95,5)	400 (91,5)	

FA					0,386
	Sí	110 (26,5)	4 (18,2)	114 (26,1)	
	No	305 (73,5)	18 (81,8)	323 (73,9)	
Antecedente COVID					0,751
	Sí	136 (33,1)	8 (36,4)	144 (33,3)	
	No	275 (66,9)	14 (63,6)	289 (66,7)	
Infarto de miocardio					0,037
	Sí	98 (23,6)	1 (4,5)	99 (22,7)	
	No	317 (76,4)	21 (95,5)	338 (77,3)	
Insuficiencia cardíaca					0,604
	Sí	76 (18,3)	5 (22,7)	81 (18,5)	
	No	339 (81,7)	17 (77,3)	356 (81,5)	
Enf. arterial periférica					0,230
	Sí	42 (10,1)	4 (18,2)	46 (10,5)	
	No	373 (89,9)	18 (81,8)	391 (89,5)	
Enf. cerebrovascular					0,626
	Sí	43 (10,4)	3 (13,6)	46 (10,5)	
	No	372 (89,6)	19 (86,4)	391 (89,5)	
Demencia					<0,001
	Sí	19 (4,6)	5 (22,7)	24 (5,5)	
	No	396 (95,4)	17 (77,3)	413 (94,5)	
Enf. tejido conectivo					0,485
	Sí	9 (2,2)	0 (0)	9 (2,1)	
	No	406 (97,8)	22 (100)	428 (97,9)	
Úlcera gastroduodenal					0,037
	Sí	38 (9,2)	5 (22,7)	43 (9,8)	
	No	377 (90,8)	17 (77,3)	394 (90,2)	
Hepatopatía crónica					0,410
	Sí	22 (5,3)	2 (9,5)	24 (5,5)	
	No	392 (94,7)	19 (90,5)	411 (94,5)	
Diabetes					0,980
	Sí	131 (31,6)	7 (31,8)	138 (31,6)	
	No	284 (68,4)	15 (68,2)	299 (68,4)	

Hemiplejia				
Sí	3 (0,7)	0 (0)	3 (0,7)	0,689
No	412 (99,3)	22 (100)	44 (99,3)	
IRC moderada o severa				
Sí	58 (14)	5 (22,7)	63 (14,4)	0,255
No	357 (86)	17 (77,3)	374 (85,6)	
Tumor				
Sí	71 (17,1)	10 (45,5)	81 (18,5)	<0,001
No	344 (82,9)	12 (54,5)	356 (81,5)	
Leucemia				
Sí	1 (0,2)	1 (4,5)	2 (0,5)	0,004
No	413 (99,8)	21 (95,5)	434 (99,5)	
Linfoma				
Sí	3 (0,7)	0 (0)	3 (0,7)	0,689
No	411 (99,3)	22 (100)	433 (99,3)	
Tumor con metástasis				
Sí	11 (2,7)	1 (4,5)	12 (2,7)	0,596
No	404 (97,3)	21 (95,5)	425 (97,3)	
EPOC				
Sí	72 (17,3)	4 (18,2)	76 (17,4)	0,920
No	343 (82,7)	18 (81,8)	361 (82,6)	
Asma				
Sí	17 (4,1)	0 (0)	17 (3,9)	0,333
No	398 (95,9)	22 (100)	420 (96,1)	
	Vivos Mediana (RIC)	Fallecidos Mediana (RIC)	Total Mediana (RIC)	p
Frecuencia respiratoria (FR)	16 (15-22)	25 (18,50-32,75)	16 (15-22)	<0,001
Frecuencia cardíaca (FC)	86 (68-109)	98,50 (71,25-119,75)	87 (68-110)	0,228
Presión Arterial Sistólica (PAS)	131 (112-149)	109 (90-146,50)	131 (110-149)	0,044
Presión Arterial Diastólica (PAD)	79 (66-90)	65,50 (58,75-82)	79 (65-90)	0,014
Saturación de oxígeno (SatO₂)	97 (94-98)	89,50 (85-97)	97 (93-98)	<0,001
Temperatura (°C)	36 (35,4-36,2)	36,2 (35,45-36,7)	36 (35,4-36,3)	0,110

Nivel de conciencia (Escala Glasgow)	15 (15-15)	15 (13-15)	15 (15-15)	<0,001
	Vivos N (%)	Fallecidos N (%)	Total N (%)	p
Radiografía				0,390
Sí	349 (79,9)	20 (90,9)	369 (84,4)	
No	66 (15,9)	2 (3,1)	68 (15,6)	
Ecografía				<0,001
Sí	24 (5,8)	6 (37,3)	30 (6,9)	
No	391 (94,2)	16 (82,7)	407 (93,1)	
TAC				0,713
Sí	109 (26,3)	5 (22,7)	114 (26,1)	
No	306 (73,7)	17 (77,3)	323 (73,9)	
Interconsulta desde Servicio de Urgencias				0,060
Sí (1)	240 (57,8)	13 (59,1)	253 (57,9)	
Sí (2)	37 (8,3)	5 (22,7)	42 (9,6)	
No	138 (33,3)	4 (18,2)	142 (32,5)	
	Vivos N (%)	Fallecidos N (%)	Total N (%)	p
Diagnóstico en el Servicio de Urgencias				0,227
Neumología	70 (16,9)	8 (36,4)	78 (17,8)	
Cardiología	201 (48,4)	9 (40,9)	210 (48,1)	
Traumático	26 (6,3)	0 (0)	26 (5,9)	
Neurología	38 (9,2)	1 (4,5)	39 (8,9)	
Metabolismo-hidroeléctrico	11 (2,7)	0 (0)	11 (2,5)	
Digestivo	28 (6,7)	3 (13,6)	31 (7,1)	
Psiquiátrico-intoxicación	13 (3,1)	0 (0)	13 (3)	
Urológico	10 (2,4)	1 (4,5)	11 (2,5)	
Otras	18 (4,3)	0 (0)	18 (4,1)	

RIC: rango intercuartílico; p: significación estadística; N: número de pacientes; %: porcentaje de pacientes; AP: atención primaria; SVB: soporte vital básico; SVA: soporte vital avanzado; FA: fibrilación auricular; IRC: insuficiencia renal crónica.

TABLA 4. ANÁLISIS MORTALIDAD A LOS 30 DÍAS DE MUJERES				
	Vivos Mediana (RIC)	Fallecidos Mediana (RIC)	Total Mediana (RIC)	p
Edad	74 (61-84)	79,50 (64,25-91,50)	75 (61-85)	0,095
	Vivos N (%)	Fallecidos N (%)	Total N (%)	p
Edad codificada				0,364
18-50	24 (10,3)	1 (5)	25 (9,8)	
51-65	54 (23,1)	5 (25)	59 (23,2)	
66-80	79 (33,8)	4 (20)	83 (32,7)	
>80	77 (32,9)	10 (50)	87 (34,3)	
Residencia				0,362
Zona urbana	174 (74,4)	13 (65)	187 (73,6)	
Zona rural	60 (25,6)	7 (35)	67 (36,4)	
Institucionalizado				<0,001
Sí	17 (7,3)	10 (50)	27 (10,6)	
No	217 (92,7)	10 (50)	227 (89,4)	
Procedencia				0,869
AP	65 (28,3)	6 (30)	71 (28,4)	
Otros	165 (71,7)	14 (70)	179 (71,6)	
Medio de llegada				0,042
Propios medios	99 (43,8)	3 (15,8)	102 (41,6)	
SVB	84 (37,2)	12 (63,2)	96 (39,2)	
SVA	43 (19)	4 (21,1)	47 (19,2)	
Nivel de triaje				0,942
I	1 (0,4)	0 (0)	1 (0,4)	
II	92 (39,3)	9 (45)	101 (39,8)	
III	140 (59,8)	11 (55)	151 (59,4)	
IV	1 (0,4)	0 (0)	1 (0,4)	
Enf. respiratoria crónica				0,594
Sí	47 (20)	5 (25)	52 (20,4)	
No	188 (80)	15 (75)	203 (79,6)	
HTA				0,410
Sí	155 (66)	15 (75)	170 (66,7)	
No	80 (34)	5 (25)	85 (33,3)	

Dislipemia					0,756
Sí	126 (53,6)	10 (50)	136 (53,3)		
No	109 (46,4)	10 (50)	119 (46,7)		
Obesidad					0,589
Sí	47 (20)	3 (15)	50 (19,6)		
No	188 (80)	17 (85)	205 (80,4)		
Alteración tiroidea					0,315
Sí	58 (24,8)	7 (35)	65 (25,6)		
No	176 (75,2)	13 (65)	189 (74,4)		
FA					0,175
Sí	61 (26)	8 (40)	69 (27,1)		
No	174 (74)	12 (60)	186 (72,9)		
Antecedente COVID					0,362
Sí	93 (39,6)	10 (50)	103 (40,4)		
No	142 (60,4)	10 (50)	152 (59,6)		
Infarto de miocardio					0,441
Sí	39 (16,6)	2 (10)	41 (16,1)		
No	196 (83,4)	18 (90)	214 (83,9)		
Insuficiencia cardíaca					0,018
Sí	51 (21,7)	9 (45)	60 (23,5)		
No	184 (78,3)	11 (55)	195 (76,5)		
Enf. arterial periférica					0,547
Sí	16 (6,8)	2 (10,5)	18 (7,1)		
No	218 (93,2)	17 (89,5)	235 (92,9)		
Enf. cerebrovascular					0,154
Sí	23 (9,8)	4 (20)	27 (10,6)		
No	212 (90,2)	16 (80)	228 (89,4)		
Demencia					0,154
Sí	23 (9,8)	4 (20)	27 (10,6)		
No	212 (90,2)	16 (80)	228 (89,4)		
Enf. tejido conectivo					0,323
Sí	11 (4,7)	0 (0)	11 (4,3)		
No	224 (95,3)	20 (100)	244 (95,7)		

Úlcera gastroduodenal				0,873
Sí	21 (8,9)	2 (10)	23 (9)	
No	214 (91,1)	18 (90)	232 (91)	
Hepatopatía crónica				0,619
Sí	7 (3)	1 (5)	8 (3,1)	
No	228 (97)	19 (95)	247 (96,9)	
Diabetes				0,380
Sí	61 (26)	7 (35)	68 (26,7)	
No	174 (74)	13 (65)	187 (73,3)	
Hemiplejia				0,556
Sí	4 (1,7)	0 (0)	4 (1,6)	
No	231 (98,3)	20 (100)	251 (98,4)	
IRC moderada o severa				0,609
Sí	33 (14,1)	2 (10)	35 (13,8)	
No	201 (75,9)	18 (90)	219 (86,2)	
Tumor				0,361
Sí	30 (12,8)	4 (20)	34 (13,3)	
No	205 (87,2)	16 (80)	221 (86,7)	
Leucemia				0,556
Sí	4 (1,7)	0 (0)	4 (1,6)	
No	230 (98,3)	20 (100)	250 (98,4)	
Linfoma				0,679
Sí	2 (0,9)	0 (0)	2 (0,8)	
No	233 (99,1)	20 (100)	253 (99,2)	
Tumor con metástasis				0,470
Sí	6 (2,6)	0 (0)	6 (2,4)	
No	229 (97,4)	20 (100)	249 (97,6)	
EPOC				0,460
Sí	23 (9,8)	3 (15)	26 (10,2)	
No	212 (90,2)	17 (85)	229 (89,8)	
Asma				0,268
Sí	32 (13,7)	1 (5)	33 (13)	
No	202 (86,3)	19 (95)	221 (87)	
	Vivos Mediana (RIC)	Fallecidos Mediana (RIC)	Total Mediana (RIC)	p

Frecuencia respiratoria (FR)	16 (15-23,75)	22 (18-30,25)	17 (15-24)	0,005
Frecuencia cardíaca (FC)	92 (71-113,50)	110 (65,50-119,75)	93 (71-115,25)	0,330
Presión Arterial Sistólica (PAS)	132 (107-150,50)	130 (98,50-153)	132 (107-150,50)	0,907
Presión Arterial Diastólica (PAD)	77 (63-91)	87 (68,25 – 95,50)	77 (63-92)	0,187
Saturación de oxígeno (SatO₂)	97 (94-99)	93,50 (87,50-97)	97 (93-98,50)	0,013
Temperatura (°C)	36 (35,5-36,4)	35,9(35,35-36,65)	36 (35,5-36,4)	0,752
Nivel de conciencia (Escala Glasgow)	15 (15-15)	15 (13,25-15)	15 (15-15)	<0,001
	Vivos N (%)	Fallecidos N (%)	Total N (%)	p
Radiografía				0,441
Sí	196 (83,4)	18 (90)	214 (83,9)	
No	39 (16,6)	2 (10)	41 (16,1)	
Ecografía				0,152
Sí	22 (9,4)	0 (0)	22 (8,6)	
No	213 (90,6)	20 (100)	233 (91,4)	
TAC				0,160
Sí	60 (25,5)	8 (40)	68 (26,7)	
No	175 (74,5)	12 (60)	187 (73,3)	
Interconsulta desde Servicio de Urgencias				0,653
Sí (1)	123 (52,3)	9 (45)	132 (51,8)	
Sí (2)	13 (5,5)	2 (10)	15 (5,9)	
No	99 (42,1)	9 (45)	108 (42,4)	
	Vivos N (%)	Fallecidos N (%)	Total N (%)	p
Diagnóstico en el Servicio de Urgencias				0,035
Neumología	38 (16,2)	7 (35)	45 (17,6)	
Cardiología	104 (44,3)	5 (25)	109 (42,7)	
Traumático	5 (2,1)	2 (10)	7 (2,7)	
Neurología	32 (13,6)	5 (25)	37 (14,5)	

Metabolismo-hidroeléctrico	9 (3,8)	0 (0)	9 (3,5)	
Digestivo	21 (8,9)	0 (0)	21 (8,2)	
Psiquiátrico-intoxicación	9 (3,8)	0 (0)	9 (3,5)	
Urológico	4 (1,7)	1 (5)	5 (2)	
Otras	13 (5,5)	0 (0)	13 (5,1)	

RIC: rango intercuartílico; p: significación estadística; N: número de pacientes; %:porcentaje de pacientes; AP: atención primaria; SVB: soporte vital básico; SVA: soporte vital avanzado; FA: fibrilación auricular; IRC: insuficiencia renal crónica.

TABLA 5. ANÁLISIS MORTALIDAD POR EDAD Y SEXO					
Edad codificada		Vivos N (%)	Fallecidos N (%)	Total N (%)	p
18-50	Varones	63 (72,4)	0 (0)	63 (71,6)	0,110
	Mujeres	24 (27,6)	1 (100)	25 (28,4)	
51-65	Varones	103 (65,6)	2 (28,6)	105 (64)	0.046
	Mujeres	54 (34,4)	5 (71,4)	59 (36)	
66-80	Varones	159 (66,8)	10 (71,4)	169 (67,1)	0,721
	Mujeres	79 (33,2)	4 (28,6)	83 (32,9)	
>80	Varones	90 (53,9)	10 (50)	100 (53,3)	0,742
	Mujeres	77 (46,1)	10 (50)	87 (46,5)	

p: significación estadística; N: número de pacientes; %:porcentaje de pacientes.

DIFERENCIAS POR GÉNERO EN LA ATENCIÓN Y MANEJO DE LOS PACIENTES GRAVES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO



AUTORA: María Alba Díaz
Alumna de 6º de Medicina de la Facultad de Medicina de Valladolid.

TUTORES:
Dra. Susana Sánchez Ramón.

Profesora asociada del Dpto. de Medicina, Dermatología y Toxicología. Facultad de Medicina de Valladolid. Servicio de Urgencias del HURH.

Dr. Raúl López Izquierdo.
Profesor asociado del Dpto. de Cirugía. Facultad de Medicina de Valladolid. Servicio de Urgencias del HURH.



INTRODUCCIÓN

La atención en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) constituye uno de los pilares del sistema sanitario. Estudios recientes han puesto de manifiesto la existencia de diferencias significativas en la atención de los pacientes en función del género, lo que puede influir en la evolución, resolución de la clínica y pronóstico. Durante los últimos años, estas diferencias se han convertido en un motivo de creciente interés tanto en la práctica médica como en la investigación.

OBJETIVOS

- PRINCIPAL:** Estudiar las características y diferencias epidemiológicas en función del sexo de los pacientes que precisan monitorización no invasiva en el SUH del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.
- SECUNDARIOS:** Analizar las pruebas diagnósticas y tratamientos establecidos, valorar el impacto que puede tener la inclusión de la perspectiva de género en el manejo de pacientes y con ello en el pronóstico y los factores asociados.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Tipo de estudio:** observacional, descriptivo y retrospectivo.
- Criterios de inclusión:** pacientes mayores de 18 años que acudieron al SUH del HURH entre octubre del 2022 y abril del 2023 y en los que se decidió monitorización cardiaca no invasiva.
- Criterios de exclusión:** pacientes menores de 18 años, pacientes no monitorizados, gestantes, pacientes intubados, pacientes que no firmaron el consentimiento informado y pacientes con diagnóstico terminal en tratamiento paliativo.
- Variables de estudio:** variables de filiación y motivo de consulta, antecedentes personales, constantes vitales a la llegada a urgencias, registro de variables analíticas y diagnósticas, variables relacionadas con el proceso y del paciente.
- Estudio descriptivo de la muestra:** variables cuantitativas continuas: mediana y rango intercuartílico (RIC). Variables cualitativas: frecuencias absolutas y relativas (%). Comparativa de variables cuantitativas y cualitativas: U de Man-Whitney, Chi-cuadrado. Análisis de las variables: cálculo Odds Ratio. Significación estadística: $p < 0,05$. Intervalo de confianza 95%. Software: SPSS 29.0.

RESULTADOS

N: 692 Edad mediana varones*: 70 (RIC 57-79) Edad mediana mujeres*: 81 (RIC 61-85)

Figura 1. Distribución por sexo

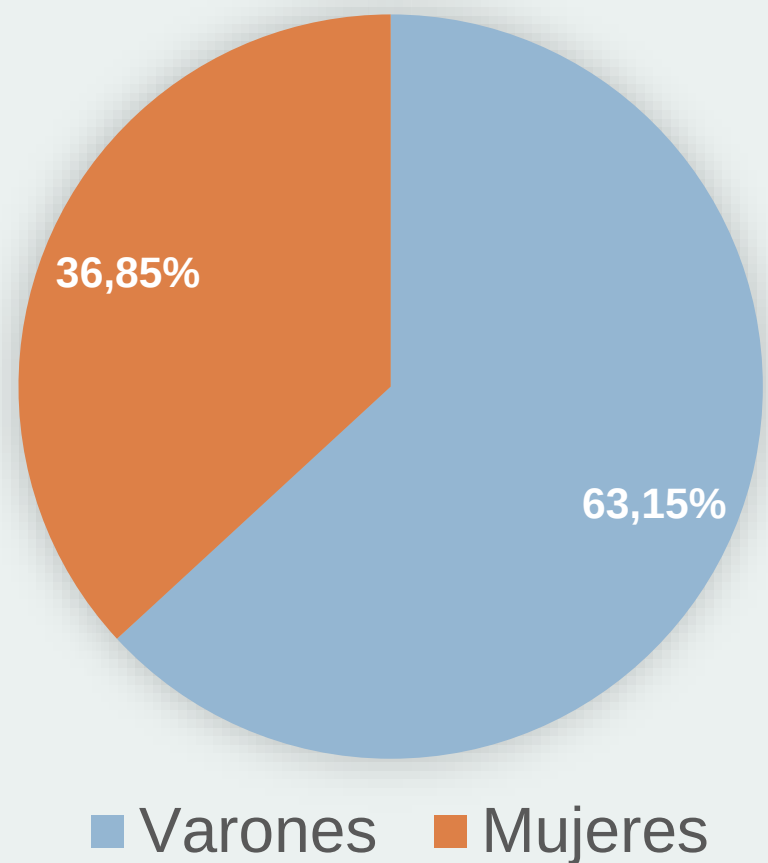
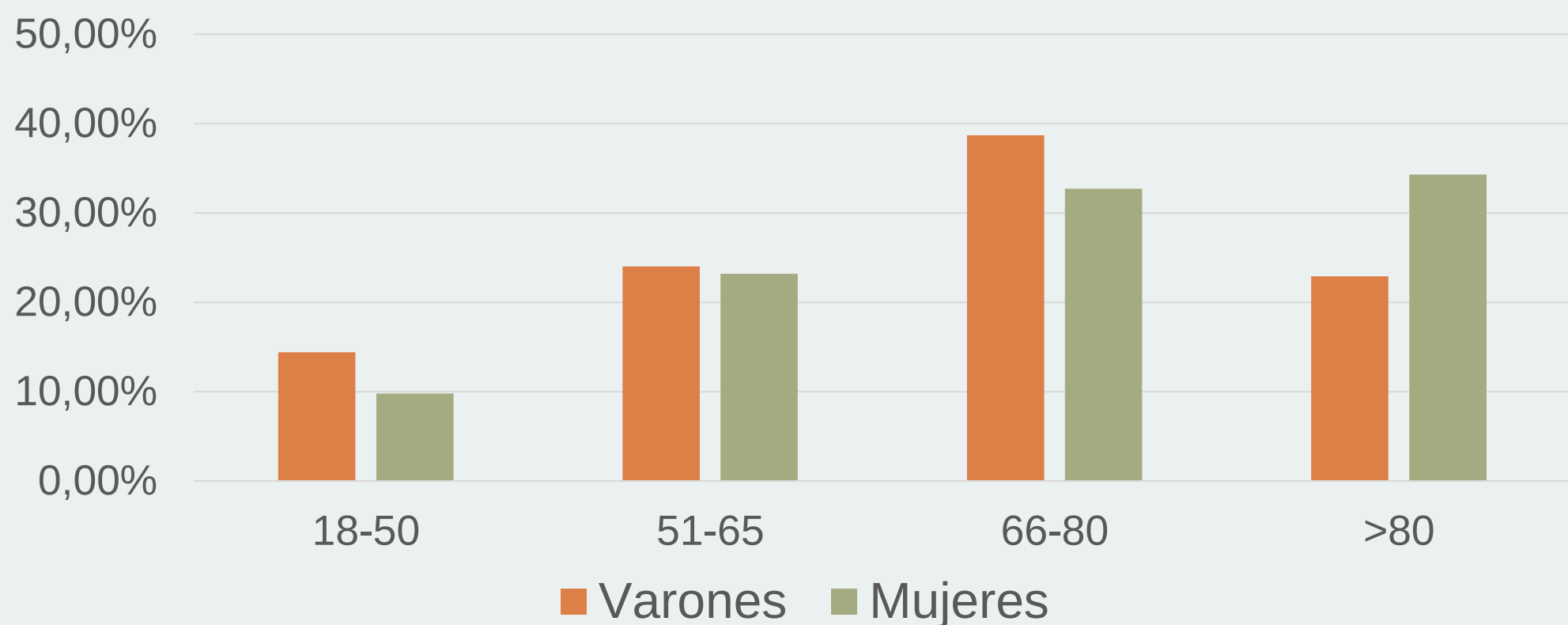


Figura 2. Edad mediana codificada por sexo**



Significación estadística
*: $p < 0,001$
** : $p < 0,05$

Figura 3. Antecedentes personales en función del sexo

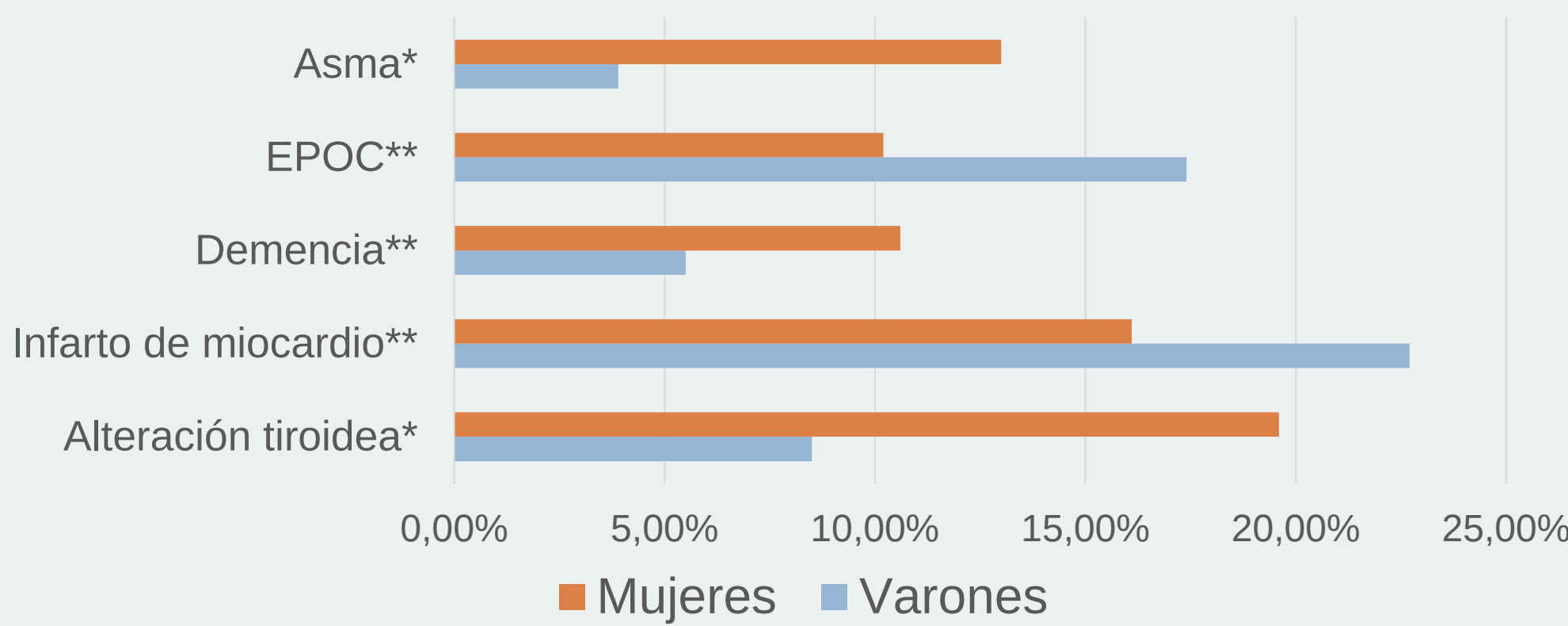


Figura 4. Solicitud de interconsultas en función del sexo**

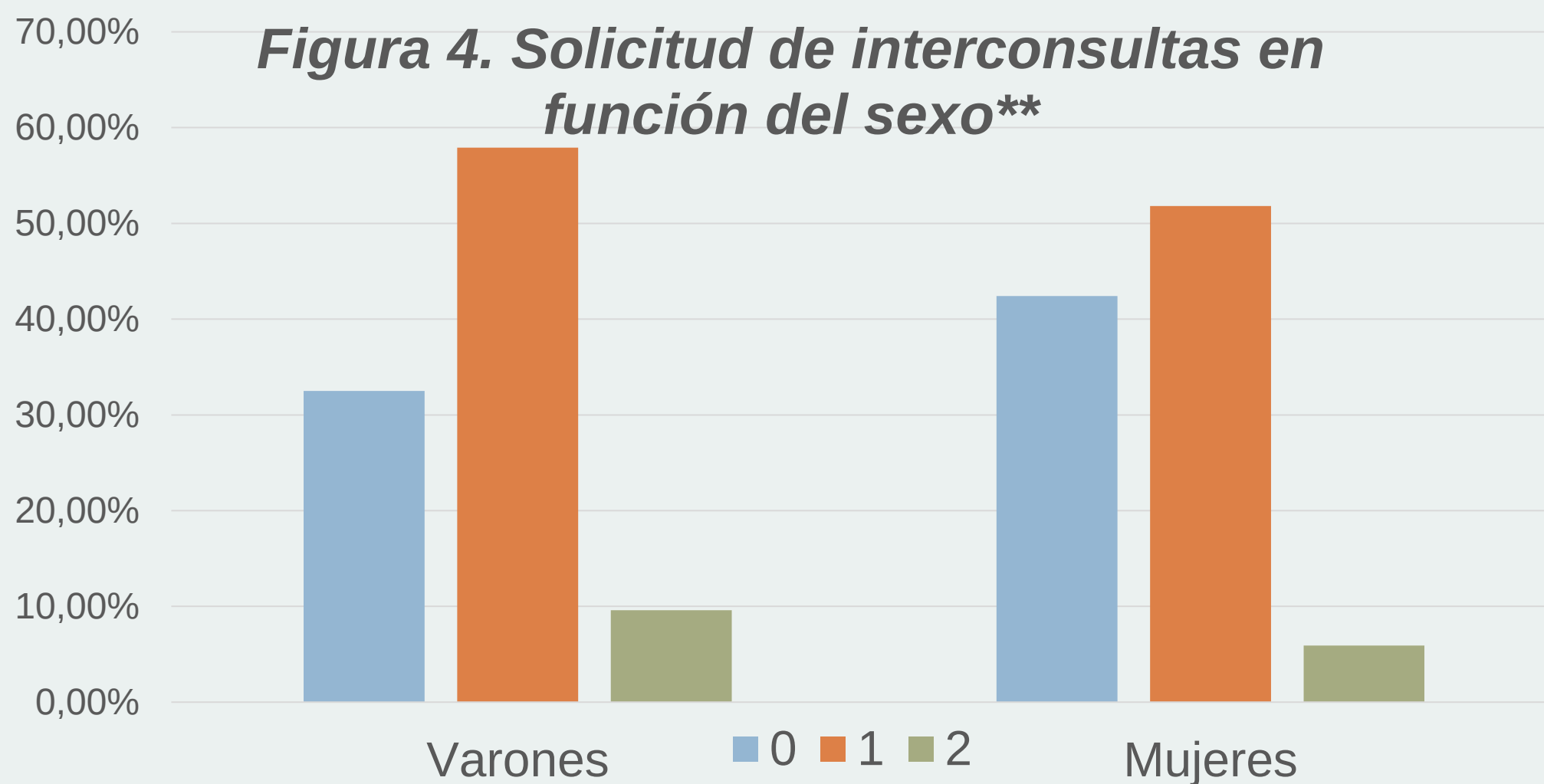
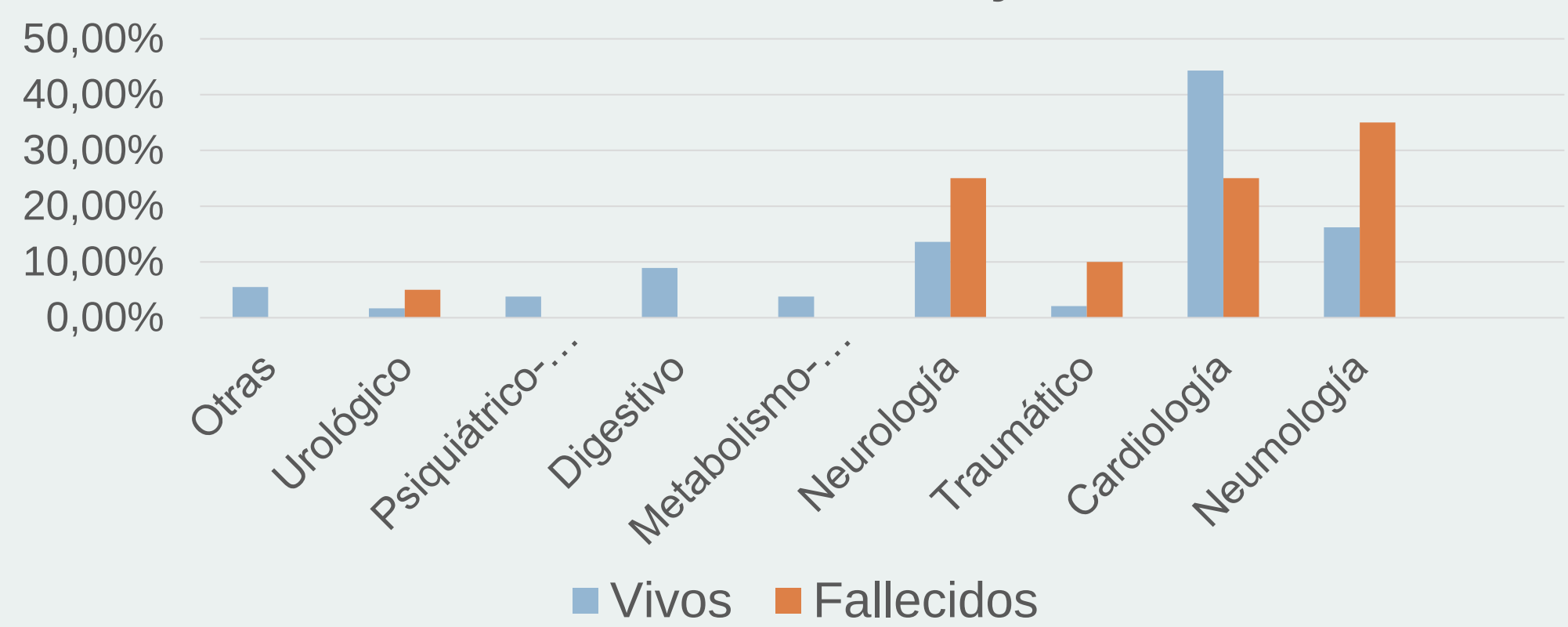


Figura 5. Diagnóstico en función de la mortalidad en las mujeres**



CONCLUSIONES

- El número de hombres que se monitorizan casi duplica al de mujeres, lo que podría suponer un sesgo de atención según el sexo del paciente.
- La edad mediana de las mujeres que acuden al Servicio de Urgencias supera en más de diez años a la mediana de edad de los hombres, reflejando diferencias significativas entre ambos sexos.
- Los factores de riesgo más prevalentes difieren en cada sexo: en las mujeres predominan las alteraciones tiroideas, el asma y la demencia, mientras que en los hombres son más frecuentes el infarto de miocardio y el EPOC.
- A pesar de que la valoración inicial y el acceso a pruebas complementarias son similares en hombres y mujeres, persisten desigualdades en el esfuerzo diagnóstico, ya que los varones reciben un mayor número de interconsultas que las mujeres.
- En el caso de las mujeres, existe una asociación significativa entre ciertos diagnósticos críticos, especialmente el neumológico y el traumático, y la mortalidad a los treinta días, relación que no se observa en el sexo masculino.

BIBLIOGRAFÍA

