



EL SEXO COMO FACTOR DE RIESGO EN EVENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

TRABAJO DE FIN DE GRADO 2024-2025



Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID



HOSPITAL UNIVERSITARIO
RÍO HORTEGA

ALUMNA: SOFÍA GARCÍA GUADARRAMA
TUTORA: DRA. SUSANA SÁNCHEZ RAMÓN

ÍNDICE

1.	RESUMEN	2
2.	INTRODUCCIÓN	4
3.	OBJETIVOS.....	7
4.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	7
-	TIPO DE ESTUDIO	7
-	ÁMBITO DE ESTUDIO:	7
-	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	8
-	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	8
-	FUENTE DE DATOS	8
-	VARIABLES A ESTUDIO	8
-	ANÁLISIS DE DATOS	8
-	LIMITACIONES:.....	8
-	CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES:	9
5.	RESULTADOS. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE DATOS	10
-	MUESTRA.....	10
-	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS EN RELACIÓN CON LA EDAD	10
-	FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR.....	10
-	DATOS CLÍNICOS DEL EVENTO CARDIOVASCULAR MAYOR.....	13
-	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y TRATAMIENTOS REALIZADOS EN EL SUH.....	15
-	ITINERARIO ASISTENCIAL: INGRESO HOSPITALARIO Y SEGUIMIENTO AMBULATORIO.....	16
6.	DISCUSIÓN	17
7.	CONCLUSIONES	20
8.	APLICABILIDAD	20
9.	BIBLIOGRAFÍA	21
10.	ANEXOS	23

1. RESUMEN

Introducción: Los eventos cardiovasculares mayores constituyen un motivo frecuente de consulta en urgencias y afectan de forma diferenciada a hombres y mujeres. Aunque tradicionalmente se ha atribuido un efecto protector a los estrógenos en las mujeres, investigaciones recientes evidencian que múltiples factores biológicos, sociales y asistenciales influyen en el riesgo cardiovascular femenino. Las mujeres suelen presentar su primer evento cardiovascular a una edad más avanzada, lo que incrementa la presencia de factores de riesgo como hipertensión, diabetes o dislipemia. Además, existen factores reproductivos y biológicos específicos, que se han asociado a un mayor riesgo en etapas posteriores de la vida. A nivel clínico, las mujeres tienden a presentar síntomas menos específicos, lo que contribuye a retrasos diagnósticos y a un abordaje terapéutico menos intensivo en comparación con los hombres. Estos sesgos se ven agravados por una menor representación femenina en los ensayos clínicos y por una atención sanitaria que no siempre contempla las diferencias por sexo y género. Por tanto, es fundamental incorporar un enfoque diferencial en la investigación y práctica clínica cardiovascular para garantizar una atención más equitativa y eficaz.

Objetivos: análisis de las diferencias asociadas al sexo en pacientes atendidos por eventos cardiovasculares mayores (ictus y síndrome coronario agudo) en el año 2024 en el servicio de Urgencias del Hospital Universitario Río Hortega (HURH) de Valladolid y análisis de los resultados con perspectiva de género. Revisión de la evidencia científica del sexo como factor de riesgo de enfermedad.

Material y métodos: estudio descriptivo transversal retrospectivo mediante revisión de historias clínicas del año 2024 de pacientes cuyo motivo de atención en urgencias fue un evento cardiovascular mayor (ictus o síndrome coronario agudo). Revisión bibliográfica de la literatura científica respecto a los objetivos.

Los datos fueron obtenidos de las atenciones realizadas en el Servicio de Urgencias Hospitalario por medio de la utilización del software JIMENA en el año correspondiente al estudio. Se recogieron los datos y se realizó un estudio estadístico mediante el paquete estadístico SPSS versión 29.0.1.0 con licencia de la Universidad de Valladolid, para realizar un estudio descriptivo uni y bivalente de las muestras obtenidas.

Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años que hayan acudido al Servicio de Urgencias del HURH desde el 1 de enero del 2024 a 30 de junio del 2024, cuyo diagnóstico haya sido un evento cardiovascular mayor: síndrome coronario agudo o ictus.

Criterios de exclusión: Pacientes en los que el diagnóstico principal de alta hospitalaria no sea el de evento cardiovascular mayor tal como ictus o síndrome coronario agudo, excluyendo ataques isquémicos transitorios, anginas de pecho, insuficiencia cardíaca, dolor torácico, arritmias, etc. Pacientes en los que las historias estén mal codificadas o no sean legibles.

Variables de estudio: Datos de filiación: sexo, edad, número de historia clínica fecha de atención. Antecedentes del paciente: hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, tabaquismo, antecedentes de patología cardiovascular (cardiopatía isquémica o ictus), de neoplasia, de histerectomía, fibrilación auricular, marcapasos. Tratamiento crónico del paciente: ácido acetilsalicílico, anticoagulantes orales o acenocumarol. Datos sobre el episodio agudo: prioridad en triaje, hora de inicio de los síntomas, de llegada a triaje y de atención, síntoma principal del episodio, activación de código ictus o infarto y hora de activación del mismo, diagnóstico de presunción (SCACEST, SCASEST, angor inestable, ictus isquémico o hemorrágico o AIT). Tratamientos realizados en el SUH: antiagregante y tipo, terapia anticoagulante y tipo, tratamiento con nitroglicerina, fibrinólisis, angioplastia, doble antiagregación, derivación a centro de referencia para terapia de reperfusión. Pruebas complementarias: pruebas de imagen realizadas (electrocardiograma, TC cerebral o torácico, angio-TC). Fin del episodio y seguimiento: si el paciente fue ingresado y, en caso afirmativo, en qué servicio (unidad de cuidados intensivos, cardiología, neurología); fecha de alta (estancia media), seguimiento en consultas externas.

Resultados: Se analizaron **170 pacientes** atendidos en Urgencias con diagnóstico de evento cardiovascular mayor (ictus o síndrome coronario agudo). Se descartaron 20 pacientes tras valorar el diagnóstico final al alta. De los 150, 101 presentaron ictus y 49, síndrome coronario agudo. **Sexo:** en el ictus, 49 fueron hombres y 52, mujeres y en el SCA, se estudiaron 28 varones y 21 mujeres. **Edad media:** edad media global fue de 76,14 años (DE = 13,1). En el ictus: mujeres (80,2 años; DE = 12,8) /varones (75,4 años; DE = 12,1). En el SCA: mujeres (79,2 años, DE = 10,2), /hombres (67,5 años, DE = 13,4). **Factore de riesgo: hipertensión arterial (HTA)** (hombre: 68,8% / mujer: 80,8%), **diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2)** (hombre: 23,4 % / mujer: 34,2 %), **dislipemia** (hombre: 66,2 % / mujer: 67,1%), **FA** (hombre: 14,3% / mujer 26%), **antecedentes previos de ictus**(hombre: 22,1% / mujer 9,6%), o **cardiopatía isquémica** (hombre: 23,4% / Mujer 21,9%), **neoplasia** (hombre: 18,2% / mujer 21,9%), **marcapasos** (hombre: 3,9% / mujer 2,7%), **tabaco** (tabaquismo activo y antiguo más frecuente en varones, **p<0,01**), **histerectomía** (ictus: 21,2% / SCA 4,8%). **Tratamiento preventivo con antiagregantes y/o anticoagulantes orales:** no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre sexos. **Síndromes cerebrovasculares** ictus isquémico (hombre:87,8%/ mujer:84,6%), AIT (hombre:12,2%/ mujer.9,6%), ictus hemorrágico (hombre:0%/ mujer:5,8%). **Síndromes coronarios agudos:** SCASEST fue el más prevalente (71,4%), seguido del SCACEST (24,5%) y el angor inestable (4,1%), sin diferencias relevantes en su distribución por sexo. **Tiempo desde inicio de los síntomas hasta primer contacto sanitario (traje,112) y tiempo desde contacto hasta atención especializada:** sin diferencias estadísticamente significativas, con tiempos mayores en el sexo femenino. **CODIGO ICTUS/INFARTO y tiempo de activación:** código ictus(hombre:53,1%/mujer:36,5%), código infarto (hombre:21,4%/ mujer:14,3%); sin diferencia significativa en el tiempo de activación, pero con mayores tiempos en las mujeres. **Sintomatología:** presentación típica más frecuente en hombres y manifestaciones atípicas mas prevalentes en el

grupo femenino, tanto para ictus como SCA, alcanzando la significación estadística ($p=0,026$) únicamente en el estudio de la alteración de la sensibilidad en pacientes con ictus, siendo más frecuente en varones. **Prioridad en triaje:** sin diferencias estadísticamente significativas según el sexo. **Pruebas diagnósticas en SUH:** sin diferencias estadísticamente significativas en la comparación por sexos, tanto en ictus como en SCA. **Tratamiento médico en SUH:** sin diferencias estadísticamente significativas. **Terapias de reperfusión y tratamiento invasivo:** con mayor prevalencia en el grupo masculino, alcanzando la significación estadística en la trombectomía mecánica en el tratamiento del ictus, que se realizó únicamente en varones ($p=0,018$). **Derivación a otro hospital:** mayor porcentaje de varones derivados, siendo estadísticamente significativo en el SCA ($p=0,026$). **Ingresos hospitalarios:** ictus: neurología (hombre 81,6%/ mujer 94,2%), UVI (hombre 4,1%/mujer 1,9%); SCA: cardiología (hombre 92,9%/ mujer 90,5%), UVI (hombre 71,4%/mujer 33,3%), alcanzando la significación estadística en este último ($p=0,008$). **Tiempo de ingreso:** no mostraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. **Seguimiento en consultas:** sin diferencias estadísticamente significativas entre sexos.

Conclusiones: El análisis de los eventos cardiovasculares mayores desde una perspectiva sexo-género ha permitido identificar diferencias clínicas y asistenciales entre hombres y mujeres. Algunas de ellas responden a factores biológicos, como la mayor edad y la presentación clínica menos típica en mujeres, mientras que otras podrían reflejar desigualdades de género, como la menor frecuencia de intervenciones invasivas o la ligera tendencia a mayores tiempos de atención en el grupo femenino. Estos hallazgos, aunque no siempre estadísticamente significativos, resultan clínicamente relevantes y apuntan a la necesidad de seguir profundizando en la identificación de posibles sesgos en la atención sanitaria. Incorporar de forma sistemática el enfoque de género en la práctica clínica no solo mejora la equidad, sino que constituye un criterio fundamental de calidad asistencial.

2. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un motivo frecuente de consulta en urgencias y una de las principales causas de estancia hospitalaria. Se estima que 17,9 millones de personas fallecieron en 2019 como consecuencia de una enfermedad cardiovascular, lo que representa alrededor del 32% de todas las muertes a nivel global. De estos fallecimientos, el 85% se debieron principalmente a eventos cardiovasculares mayores: infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares (World Health Organization, 2021) (1).

Las enfermedades cardiovasculares representan la principal causa de mortalidad en mujeres en los países desarrollados. La enfermedad coronaria es responsable de la mayoría de estas muertes, muchas de las cuales ocurren de forma súbita. Aunque la mortalidad por cardiopatía isquémica ha disminuido en varones, su incidencia en mujeres se ha mantenido sin cambios (2). A nivel mundial,

el ictus representa la tercera causa de muerte y se considera la principal causa de discapacidad a largo plazo (3). Un mayor porcentaje de mujeres fallece a causa de ictus (6,2 % de todas las muertes) en comparación con los hombres (4,3 %). El ictus isquémico, provocado por trombosis o embolia, constituye el tipo más frecuente, representando aproximadamente el 87 % de los casos (4). Esta diferencia en la mortalidad podría explicarse, al menos en parte, por la mayor esperanza de vida de las mujeres y la edad más avanzada en la que suelen presentar su primer evento cardiovascular(3)(5), con una diferencia de 5 años para el ictus y de 10 años para el SCA, con respecto a los varones(2)(3).(Tabla 1) (6)

Tradicionalmente, esta diferencia se ha atribuido a un supuesto efecto protector de los estrógenos endógenos. Sin embargo, investigaciones más recientes cuestionan esta explicación simplista, sugiriendo que múltiples factores biológicos, sociales y asistenciales podrían estar implicados (4). Además, esta protección desaparece durante la transición a la menopausia, un periodo en el que se produce un aumento acelerado del riesgo cardiovascular en la mujer. En este contexto, la edad de aparición, especialmente si ocurre de forma prematura, los mecanismos biológicos implicados, la sintomatología propia de esta etapa y los tratamientos empleados para aliviar dichos síntomas, contribuyen de manera significativa a dicho riesgo (7).

Cabe destacar que los modelos etiológicos de la medicina cardiovascular se han basado en investigaciones científicas que utilizan muestras predominantemente masculinas, por lo que es necesario entender por qué la fisiología específica del sexo podría conducir a un desarrollo, inicio, curso de los síntomas y resultados diferentes y cómo se puede modificar tal riesgo (5). Históricamente, por múltiples razones, entre ellas, la supuesta necesidad de proteger la seguridad de las mujeres en edad fértil, fueron excluidas de los ensayos clínicos. Como consecuencia, la investigación médica y la atención sanitaria se han centrado en la fisiología masculina, partiendo de la suposición errónea de que las células y los organismos de ambos sexos eran biológicamente idénticos, y la medicina basada en la evidencia se construyó fundamentalmente a partir de ensayos clínicos realizados, en su mayoría, en hombres (4).

La mayor parte de la carga atribuible a las enfermedades cardiovasculares puede explicarse por un conjunto de factores de riesgo tradicionales que afectan tanto a hombres como a mujeres, tales como la hipertensión arterial, el tabaquismo, el sobrepeso y la obesidad, la diabetes mellitus y la dislipemia. Entre las mujeres se estima un porcentaje de hipertensas, de diabéticas y de dislipemias mayor que entre los varones. Esto podría estar relacionado con el hecho de que las mujeres suelen presentar eventos cardiovasculares mayores a una edad más avanzada, lo que aumenta la prevalencia de estos factores de riesgo. Por el contrario, el tabaquismo es el único factor de riesgo cardiovascular presente en un mayor porcentaje de varones que de mujeres, lo cual obedece a un factor cultural (5). Sin embargo, el tabaquismo parece tener un efecto más perjudicial en las mujeres que en los

hombres, lo cual podría ser preocupante dado el aumento de consumo de tabaco en mujeres jóvenes (4).

Además de los factores de riesgo clásicos, existen otros elementos propios de la biología femenina y de la vida reproductiva de la mujer, que también se asocian con un mayor riesgo cardiovascular en etapas posteriores de la vida (8). La menarquia temprana o tardía, la menopausia precoz, el uso de anticonceptivos orales, el síndrome de ovario poliquístico, la infertilidad y los resultados adversos del embarazo (trastornos hipertensivos del embarazo, la diabetes gestacional, el parto prematuro o el retraso del crecimiento intrauterino), la edad temprana en el primer parto y los antecedentes de aborto espontáneo, muerte fetal e histerectomía se han asociado de forma independiente con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular en etapas posteriores (6-8).

Por otro lado, los estudios disponibles muestran que las mujeres tienden a presentar síntomas más generales y menos específicos que los hombres. Es más frecuente que manifiesten signos no tradicionales, como desorientación, debilidad generalizada, alteraciones del estado mental, cefalea, malestar inespecífico y cambios en el nivel de consciencia. También pueden aparecer incontinencia urinaria, trastornos visuales como visión doble, y alteraciones del lenguaje. En contraste, los hombres suelen presentar síntomas como nistagmo y alteraciones sensoriales. Estas diferencias clínicas, junto con el hecho de que las mujeres suelen ser de mayor edad al momento del evento —lo que incrementa la probabilidad de que vivan solas o en instituciones—, podrían explicar las demoras en la llegada al hospital, contribuyendo así a retrasos en el reconocimiento de la enfermedad, en la atención urgente y a una mayor probabilidad de diagnóstico erróneo (3)(9).

Como consecuencia, se ha observado un menor uso de pruebas diagnósticas en mujeres en comparación con los hombres. Las mujeres tienen menos probabilidades de ser sometidas a estudios como neuroimagen, ecografías Doppler, ecocardiogramas y angiografías, además de recibir con menor frecuencia monitorización cardíaca o evaluación del perfil lipídico(3). Además, las mujeres también reciben con menor frecuencia el tratamiento farmacológico recomendado, y es menos habitual que se les indique la realización de procedimientos invasivos como el cateterismo diagnóstico o las intervenciones de revascularización o reperfusión, lo cual contribuye aún más a la desigualdad en la atención cardiovascular entre sexos (2)(4).

En paralelo, la distribución de características relacionadas con el género debe estudiarse de forma independiente, ya que puede influir en la salud de forma diferente al sexo biológico (4)(10). Esto se ejemplifica claramente en el ámbito cardiovascular, donde las mujeres tienden a subestimar su riesgo en comparación con los hombres, y suelen acudir en menor medida en busca de la asistencia de emergencia, acudiendo en primer lugar a las personas de su entorno, retrasando la atención sanitaria especializada y disminuyendo las posibilidades diagnósticas y terapéuticas (4)(10).

En el ámbito sanitario, se han observado diferencias en cuanto a la atención entre hombres y mujeres, explicado parcialmente por la existencia de un sesgo inconsciente y por la idea errónea de que las enfermedades cardiovasculares son un problema masculino (11). El campo de la biología y la medicina basada en el sexo suele considerarse un área de interés especializada, en lugar de un eje central dentro de la investigación médica. Sin embargo, para garantizar el éxito de la atención clínica, es fundamental que los profesionales sanitarios e investigadores sean conscientes de que las enfermedades que tratan y estudian presentan diferencias entre mujeres y hombres en aspectos como la epidemiología, la fisiopatología, las manifestaciones clínicas, los efectos psicológicos, la evolución de la enfermedad y la respuesta al tratamiento (4).

Dado que los eventos cardiovasculares son patologías de alta prevalencia y con una tendencia creciente por el aumento de la esperanza de vida de la población, así como por su impacto pronóstico, es importante hacer un esfuerzo en detectar los posibles desequilibrios si los hubiese en el abordaje de estas patologías a fin de mejorar los resultados de las actuaciones (5). Actualmente, la mayoría de las guías clínicas y protocolos médicos no contemplan diferencias según el sexo. Por ello, se plantea que el sexo debería ser considerado a lo largo de todo el proceso de investigación, desde la formulación de las preguntas hasta la interpretación de los resultados, incluyendo la desagregación de los datos según sexo. Este enfoque contribuiría al desarrollo de guías clínicas personalizadas, específicas según sexo y género, para la prevención primaria y secundaria de las enfermedades cardiovasculares (4).

3. OBJETIVOS

- **Objetivo principal:** analizar las diferencias asociadas al sexo en pacientes atendidos por eventos cardiovasculares mayores (síndrome coronario agudo e ictus) en un servicio de urgencias.
- **Objetivos específicos:**
 - Conocer las características clínico-epidemiológicas de los pacientes.
 - Describir la diferente presentación clínica en ambos sexos
 - Conocer el manejo y pronóstico de estos pacientes
 - Revisar la evidencia científica existente sobre el sexo y el género como modificadores del estado de salud y enfermedad.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

- **TIPO DE ESTUDIO:** Estudio de investigación clínica descriptivo transversal retrospectivo.
- **ÁMBITO DE ESTUDIO:** Atención Especializada en Servicio de Urgencias de hospital de tercer nivel (HURH).

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** pacientes mayores de 18 años que hayan acudido al Servicio de Urgencias del HURH desde el 1 de enero del 2024 a 30 de junio del 2024, cuyo diagnóstico haya sido un evento cardiovascular mayor: síndrome coronario agudo o ictus.
- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**
 - Pacientes en los que el diagnóstico principal de alta hospitalaria no sea el de evento cardiovascular mayor tal como ictus o síndrome coronario agudo, excluyendo ataques isquémicos transitorios, anginas de pecho, insuficiencia cardíaca, dolor torácico, arritmias, etc.
 - Pacientes en los que las historias estén mal codificadas o no sean legibles.
- **FUENTE DE DATOS:** La información se recogió en una base de datos del total de atenciones realizadas en el Servicio de Urgencias Hospitalario por medio de la utilización del software JIMENA en el siguiente año desde el evento índice.
- **VARIABLES A ESTUDIO:**

Datos de filiación: sexo, edad, número de historia clínica, fecha de atención.

Antecedentes del paciente: hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, tabaquismo, antecedentes de patología cardiovascular (cardiopatía isquémica o ictus), de neoplasia, de histerectomía, fibrilación auricular, marcapasos.

Tratamiento crónico del paciente: ácido acetilsalicílico, anticoagulantes orales de acción directa o acenocumarol.

Datos sobre el episodio agudo: prioridad en triaje, hora de inicio de los síntomas, de llegada a triaje y de atención, síntoma principal del episodio, activación de código ictus o infarto y hora de activación de este, diagnóstico de presunción (SCACEST, SCASEST, angor inestable, ictus isquémico o hemorrágico o AIT).

Tratamientos realizados en el SUH: antiagregante y tipo, terapia anticoagulante y tipo, tratamiento con nitroglicerina, fibrinólisis, angioplastia, doble antiagregación, derivación a centro de referencia para terapia de reperfusión. *Pruebas complementarias:* pruebas de imagen realizadas (electrocardiograma, TC cerebral o torácico, angio-TC).

Fin del episodio y seguimiento: diagnóstico etiológico final (síndrome coronario agudo con o sin elevación del ST, ictus isquémico o hemorrágico); si el paciente fue ingresado y, en caso afirmativo, en qué servicio (unidad de cuidados intensivos, cardiología, neurología); fecha de alta (estancia media), seguimiento en consultas externas.

- **ANÁLISIS DE DATOS:** Se ha creado una hoja Excel para la recogida de las diferentes variables objeto de estudio. Para el análisis estadístico se ha empleado el paquete estadístico SPSS versión 29.0.1.0 para Windows Para la obtención de los resultados, se ha realizado un análisis descriptivo uni y bivalente de las distintas variables. Las variables cualitativas se han expresado como número de casos y porcentajes, y frecuencias absolutas y relativas. Las variables cuantitativas se han

descrito mediante tendencias centrales y de dispersión. Las variables cuantitativas continuas se han descrito como media $\pm$ desviación estándar (DS) en caso de distribución normal, o como mediana y rango si la distribución no fuera normal.

Para la comparación de medias en el caso de variables cuantitativas con una distribución normal se utilizará la prueba t de Student, si no se tratase de una distribución normal, se utilizará la prueba U de Mann-Whitney. Para determinar la relación de dependencia o asociación entre variables cualitativas ha realizado la prueba de chi cuadrado para tablas 2x2. Se ha considerado significativo un nivel de confianza del 95% y una significación estadística para un p-valor menor de 0,05 ($p < 0.05$).

- **LIMITACIONES:**

- Por otro lado, puede existir una cierta variabilidad en la interpretación de los datos, que ha hecho que una variable importante para la clínica, como es el “tiempo desde el inicio de los síntomas-atención en servicio de urgencias”, solo se pueda interpretar en el estudio para valorar las diferencias de género en la petición de ayuda al sistema sanitario y no como medida real de tiempo de asistencia, al existir una enorme dispersión entre los valores.
- La muestra de pacientes atendidos por eventos cardiovasculares mayores en el servicio de Urgencias del HURH no representa el 100% de los pacientes de nuestra área ya que muchos pacientes son trasladados directamente al HCUV por los servicios de emergencias, siendo posiblemente los más graves.

- **CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES:** Este trabajo se desarrolla de acuerdo con 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 5 de diciembre, de protección de datos con carácter personal y garantía de los derechos digitales.
- 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 se comprometen a seguir 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. El trabajo que presentamos es puramente descriptivo.

Al entrar en el estudio a cada persona se le ha asignado un número de identificación personal de esta manera el nombre y apellidos no figura en ningún documento generado por el estudio ni en ninguna base de datos. Cada miembro del proyecto de investigación es responsable de seguir los protocolos establecidos en cada Área de Salud para acceder a los datos clínicos que se precisen para completar el estudio.

Al ser un proyecto retrospectivo y la imposibilidad de solicitar un consentimiento informado consideramos que no es necesario para la realización del mismo, por otra parte, se circunscribe en un tiempo muy delimitado con una valoración mínima de la historia clínica de los pacientes y solo delimitada a las variables que se quieren investigar.

Este proyecto cumple con los requisitos establecidos en la legislación vigente en materia de investigación biomédica, protección de datos de carácter personal y bioéticas.

El estudio recibió la aprobación y autorización la aprobación por parte del Comité de Ética del Medicamento del Área de Salud Valladolid Oeste con fecha de 12 de febrero de 2025 con el número de referencia CEIm: PI-25-108-H.

5. RESULTADOS. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE DATOS

MUESTRA: Se revisaron un total de 170 historias clínicas correspondientes a pacientes atendidos en el servicio de Urgencias con un diagnóstico codificado como ictus, síndrome coronario agudo (SCA) o infarto de miocardio. De estos, se excluyeron 20 casos tras aplicar los criterios de exclusión, al no confirmarse un evento cardiovascular mayor como diagnóstico principal al alta hospitalaria. Finalmente, la muestra quedó constituida por 150 pacientes, de los cuales 77 eran hombres (51,3%) y 73 mujeres (48,7%). Del total de pacientes, 101 fueron pacientes diagnosticados de ictus, un (67,3% del total), siendo mayor el número de pacientes mujeres con 52 (51,5% del total de ictus), que el de varones con 49 (48,5 %). Del total de pacientes, 49 fueron diagnosticados de síndrome coronario agudo (32,7%), siendo el número de varones de 28 (57,1% del total de SCA) mayor que el de mujeres de 21(42,9%). (Tabla 2, Gráficos 1 y 2)

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS EN RELACIÓN CON LA EDAD: En el análisis de la muestra total, la edad mediana fue de 80 años (RIC: 66-86), con un rango comprendido entre los 44 y los 99 años. En cuanto a los pacientes que presentaron un ictus, la edad mediana fue de 81 años (RIC:71-87). Al realizar un análisis por sexo, se observó que las mujeres presentaron una mediana de edad superior (84 años; RIC: 75,5-89,7) en comparación con los varones (79 años; RIC:66,5-84). Respecto a los síndromes coronarios agudos (SCA), la edad mediana fue de 73 años (RIC: 61-84). De nuevo, se evidenció una diferencia por sexo, siendo la media de edad en mujeres de 79 años (RIC:72-89), notablemente superior a la de los hombres, que fue de 65 años (RIC:55-82). (Tabla 3, Gráfico 3)

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR: Analizamos los antecedentes de factores de riesgo cardiovascular, para determinar qué antecedentes eran más prevalentes y si había una diferenciación por sexo. (Tabla 4)

- HTA: De los 150 pacientes analizados, el 74,7% presentaban antecedentes de hipertensión arterial, siendo la patología de base más prevalente, con mayor frecuencia en mujeres (80,8%)

que en varones (68,8%). Sin embargo, esta diferencia no alcanzó significación estadística ($p = 0,091$), aunque mostró una tendencia hacia una mayor prevalencia en mujeres.

- **DIABETES MELLITUS:** En el análisis global de la muestra, 43 pacientes (28,7%) presentaban antecedentes de diabetes mellitus. Al desglosar por sexo, se observó una mayor prevalencia en mujeres, con 25 casos (34,2%), frente a 18 casos en varones (23,4%). No obstante, esta diferencia no resultó estadísticamente significativa ($p = 0,141$).
- **DISLIPEMIA:** En cuanto a los antecedentes de dislipemia, 100 de los 150 pacientes (66,7%) los presentaban. La prevalencia fue muy similar entre sexos, con 51 varones (66,2%) y 49 mujeres (67,1%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p = 0,91$).
- **TABACO:** En relación con el hábito tabáquico, 17 pacientes (11,3%) eran fumadores activos, 32 (21,3%) exfumadores y 101 (67,3%) nunca habían fumado. Al analizar por sexo, se observaron diferencias significativas ($p < 0,01$). El hábito tabáquico activo fue más prevalente en hombres (16 casos; 20,8%) que en mujeres (1 caso; 1,4%). Asimismo, el número de exfumadores fue mayor en varones (28; 36,4%) frente a mujeres (4; 5,5%). Por el contrario, la proporción de pacientes que nunca habían fumado fue notablemente mayor en mujeres (68; 93,2%) que en hombres (33; 42,9%).
- **ANTECEDENTES DE PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR (ICTUS PREVIO O CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CONOCIDA):** Un total de 24 pacientes (16%) presentaban antecedentes de ictus. Esta condición fue significativamente más frecuente en varones (17 casos; 22,1%) que en mujeres (7 casos; 9,6%), alcanzando significación estadística ($p = 0,037$). Por otro lado, 34 pacientes (22,7%) tenían antecedentes de cardiopatía isquémica, con proporciones similares entre sexos: 18 hombres (23,4%) y 16 mujeres (21,9%), sin observarse diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,831$). En cuanto al tratamiento antiagregante, del total de pacientes incluidos ($n = 150$), 48 (32%) estaban en tratamiento activo en el momento del estudio. La proporción fue muy similar entre sexos: 32,5% en hombres y 31,5% en mujeres ($p = 0,9$), sin diferencias estadísticamente significativas.

Al analizar los subgrupos según antecedentes clínicos, se observó que entre los pacientes con ictus previo ($n = 24$), 14 (58,3%) se encontraban en tratamiento antiagregante. Por sexo, esto correspondía al 52,9% de los hombres y al 71,4% de las mujeres ($p = 0,4$). Aunque no significativa, esta diferencia sugiere una tendencia hacia un mayor uso de antiagregantes en mujeres con antecedentes de ictus. En el grupo con cardiopatía isquémica conocida ($n = 34$), 20 pacientes (58,8%) estaban también en tratamiento antiagregante. En este caso, el 66,7% de los hombres y el 50% de las mujeres recibían tratamiento ($p = 0,32$), lo que muestra una

tendencia opuesta a la observada en el grupo con ictus, con mayor uso en hombres.

- **ANTECEDENTES DE NEOPLASIA:** En cuanto a los antecedentes de neoplasias, se identificaron en 30 pacientes (20%), sin diferencias estadísticamente significativas entre sexos: 14 hombres (18,2%) y 16 mujeres (21,9%) ($p = 0,567$).
- **FIBRILACIÓN AURICULAR:** La fibrilación auricular se observó en 30 pacientes (20%). Esta arritmia fue más frecuente en mujeres (19 casos; 26%) que en hombres (11 casos; 14,3%), si bien la diferencia no alcanzó significación estadística ($p = 0,072$). En cuanto al tratamiento anticoagulante, 34 pacientes (22,7%) de la muestra total se encontraban anticoagulados, siendo la fibrilación auricular (FA) la principal indicación en 30 de los casos (20%) y por otros motivos en 4 pacientes (2,7%). Respecto al tipo de anticoagulante utilizado, se observaron las siguientes distribuciones:
 - Sintrom (acenocumarol): utilizado en 11 pacientes (7,3%), con mayor frecuencia en mujeres (11%) que en hombres (3,9%), diferencia no estadísticamente significativa ($p = 0,097$).
 - Apixabán: utilizado en 14 pacientes (9,3%), también con mayor uso en mujeres (13,7%) frente a hombres (5,2%) ($p = 0,074$).
 - Rivaroxabán: administrado en 3 pacientes (2%), sin diferencias relevantes por sexo ($p = 0,59$).
 - Edoxabán: empleado en 6 pacientes (4%), con distribución similar entre hombres (3,9%) y mujeres (4,1%) ($p = 0,95$).
 - Dabigatrán: únicamente un paciente (0,7%), un varón (1,3%), sin mujeres en tratamiento con este fármaco ($p = 0,329$).

Aunque ninguna de las diferencias alcanzó significación estadística, se observó una tendencia al uso más frecuente de anticoagulantes en mujeres, especialmente con los antagonistas de la vitamina K y con apixabán. Este patrón puede deberse a la mayor prevalencia de fibrilación auricular en mujeres de edad avanzada.

- **MARCAPASOS:** Un total de 5 pacientes (3,3%) eran portadores de marcapasos. Esta condición se presentó en 3 hombres (3,9%) y 2 mujeres (2,7%), sin observarse diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos ($p = 0,693$).
- **HISTERECTOMÍA:** Con la idea de estudiar otros elementos propios de la biología femenina y de la vida reproductiva de la mujer, que se asocian con un mayor riesgo cardiovascular en etapas posteriores de la vida, decidimos valorar la asociación de la histerectomía con la aparición de ictus y síndrome coronario agudo. Se realizó un análisis estadístico de una muestra de 73 pacientes, comparando la presencia de ictus y SC en relación con antecedentes de histerectomía.

Aunque los resultados globales no alcanzaron significación estadística ($p = 0,087$), se observó una tendencia particularmente llamativa en el grupo de ictus: el 21,2% de las mujeres histerectomizadas presentaron ictus, frente a solo el 4,8% en el grupo con SC.

DATOS CLÍNICOS DEL EVENTO CARDIOVASCULAR MAYOR:

En base a los diagnósticos de presunción en urgencias, se observó que el ictus isquémico fue el diagnóstico más frecuente entre los casos neurológicos (86,1%), seguido del accidente isquémico transitorio (10,9%) y del ictus hemorrágico (3%). Al desglosar por sexo, los hombres presentaron mayor proporción de ictus isquémico (87,8% vs. 84,6%) y AIT (12,2% vs. 9,6%) en comparación con las mujeres, mientras que estas últimas concentraron todos los casos de ictus hemorrágico (5,8%). En cuanto a los eventos cardiovasculares, el síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) fue el más prevalente (71,4%), seguido del SCACEST (24,5%) y el angor inestable (4,1%), sin diferencias relevantes en su distribución por sexo (Tabla 5).

Se analizó el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el primer contacto sanitario (112 o triaje hospitalario) en pacientes con eventos neurológicos y cardiovasculares, comparando entre sexos. En el grupo de ictus, los hombres presentaron una mediana de 150 minutos (RIC: 82,5–533,5), frente a 168,5 minutos (RIC: 90–635,5) en mujeres. En el grupo cardiovascular, la mediana fue de 329 minutos (RIC: 101,75–1440) en hombres y de 325 minutos (RIC: 104,5–3600) en mujeres. La prueba de normalidad de Shapiro-Wilk indicó una distribución no normal en la mayoría de los grupos, por lo que se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para la comparación entre sexos. No se observaron diferencias estadísticamente significativas ni en el grupo neurológico ($p=0,742$) ni en el cardiovascular ($p=0,911$). No obstante, se observa una tendencia en el grupo cardiovascular, donde las mujeres presentaron un tiempo más prolongado hasta el primer contacto sanitario (Tabla 5).

Se evaluó el tiempo transcurrido desde el primer contacto sanitario hasta la atención especializada, con el objetivo de identificar posibles diferencias según el sexo en pacientes con eventos neurológicos y cardiovasculares. En el grupo neurológico, la mediana fue de 19 minutos (RIC: 8–53,5) en hombres y 23 minutos (RIC: 8,5–47,5) en mujeres. En el grupo cardiovascular, los tiempos fueron de 21 minutos (RIC: 14,5–53,75) en hombres y 19 minutos (RIC: 12–45,5) en mujeres. La prueba de Shapiro-Wilk mostró una distribución no normal de los datos en la mayoría de los grupos, por lo que se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para la comparación. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni en el grupo neurológico ($p=0,876$) ni en el cardiovascular ($p=0,467$) (Tabla 5).

En relación con la activación de los principales códigos de emergencia, el código ictus fue activado en 45 pacientes (44,6% del total), con una mayor proporción en hombres (53,1%) que en mujeres (36,5%). Aunque se observó una tendencia hacia una mayor activación en varones, esta diferencia

no resultó estadísticamente significativa ($p=0,095$). Por otro lado, el código infarto fue activado en 9 pacientes (18,4%), también con predominio en hombres (21,4%) frente a mujeres (14,3%), sin diferencias estadísticamente significativas ($p=0,523$) (Tabla 5).

Se analizó el tiempo transcurrido entre el inicio de la atención especializada en urgencias y la activación del código ictus o infarto, excluyendo aquellos que fueron activados de forma extrahospitalaria. Para el código ictus, se observó que el tiempo mediano hasta la activación fue de 7,5 minutos (RIC: 4,2–24) en hombres y de 13 minutos (RIC: 6–28) en mujeres. Aunque la diferencia fue amplia, especialmente por un caso extremo en el grupo femenino (máximo: 674 minutos), la comparación mediante la prueba U de Mann-Whitney no mostró diferencias estadísticamente significativas ($p=0,179$). En cuanto al código infarto, el tiempo mediano de activación fue de 19 minutos (RIC: 14,5–110,5) en hombres y de 68 minutos (RIC: 28–68) en mujeres, sin alcanzar tampoco significación estadística ($p=0,250$) (Tabla 5).

En el análisis de la prioridad asignada durante el triaje en el servicio de Urgencias, se observa que, en los casos de sospecha de ictus, tanto en hombres como en mujeres, la mayoría de los pacientes fueron clasificados como prioridad 3 (65,3% en hombres y 73,1% en mujeres), con una menor proporción asignada a prioridad 2 (30,6% en hombres y 25% en mujeres). Solo un paciente varón fue clasificado como prioridad 1, mientras que en el grupo de mujeres no se registraron casos con esta prioridad. Las diferencias entre sexos no alcanzaron significación estadística ($p=0,66$). En el caso de los pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo (SCA), también predominó la asignación de prioridad 3, tanto en hombres (89,3%) como en mujeres (90,5%), con un pequeño porcentaje clasificado como prioridad 2 (10,7% y 9,5%, respectivamente), y ningún caso fue registrado como prioridad 1 o 4 en ambos grupos. Tampoco se encontraron diferencias significativas entre sexos en esta categoría ($p=0,892$) (Tabla 5).

En el análisis de la presentación clínica del ictus en función del sexo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de los síntomas evaluados. El mareo fue más frecuente en mujeres (25%) que en hombres (14,3%), aunque esta diferencia no alcanzó significación estadística ($p = 0,177$). De forma similar, la alteración de la marcha se presentó en un 7,7% de las mujeres frente a un 4,1% de los hombres ($p = 0,443$). La disartria fue un síntoma común en ambos grupos, con una prevalencia del 40,8% en hombres y del 36,5% en mujeres ($p = 0,659$). La paresia fue el síntoma más frecuente, con proporciones muy similares entre sexos (42,9% en hombres y 44,2% en mujeres; $p = 0,889$). La afasia también mostró una distribución equitativa, observándose en el 11,5% de las mujeres y en el 8,2% de los hombres ($p = 0,570$). En cuanto a la alteración facial, se detectó en el 20,4% de los hombres y en el 15,4% de las mujeres, sin alcanzar significación estadística ($p = 0,510$). La alteración de la sensibilidad, por el contrario, fue significativamente más frecuente en hombres (26,5%) que en mujeres (9,6%), siendo esta la única variable que mostró una diferencia estadísticamente significativa entre sexos ($p = 0,026$). Finalmente, al evaluar otra

sintomatología, se observó una mayor frecuencia en mujeres (46,2%) respecto a los hombres (34,7%), aunque sin diferencias significativas ($p = 0,241$) (Tabla 5).

En relación con la sintomatología presentada por los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA), el dolor centrotorácico fue el síntoma predominante, presente en el 77,6% de los casos. Se observó una mayor frecuencia en varones (85,7%) en comparación con mujeres (66,7%), aunque esta diferencia no alcanzó significación estadística ($p=0,114$). En cuanto al dolor epigástrico, se identificó en un 12,2% del total, sin diferencias estadísticamente significativas entre sexos ($p=0,615$). El dolor en otras localizaciones (22,4%), incluyendo irradiaciones atípicas, mostró una distribución similar entre hombres (21,4%) y mujeres (23,8%) ($p=0,843$). Entre los síntomas acompañantes, el cortejo vegetativo (30,6%) y la disnea (10,2%) fueron más frecuentes en mujeres, especialmente el primero (42,9% frente al 21,4% en hombres), con una $p=0,107$. Finalmente, otro tipo de sintomatología también fueron más prevalentes en mujeres (19% frente a 10,7%), aunque sin diferencias significativas ($p=0,409$) (Tabla 5).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y TRATAMIENTOS REALIZADOS EN EL SUH:

En cuanto a las pruebas diagnósticas realizadas en Urgencias, se analizaron las diferencias entre ambos sexos para cada patología. En los casos de sospecha de ictus ($n=101$), prácticamente la totalidad de los pacientes fueron sometidos a tomografía computarizada (TAC), con una tasa del 100% en hombres y del 98,1% en mujeres, sin diferencias estadísticamente significativas ($p=0,329$). La realización de ECG fue algo más frecuente en hombres (63,3%) que en mujeres (55,8%), y el uso de angio-TAC fue también superior en hombres (61,2% frente al 55,8%), aunque estas diferencias no alcanzaron significación estadística ($p=0,443$ y $p=0,578$, respectivamente). En el grupo de pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo ($n=49$), el ECG fue la prueba más utilizada, con una frecuencia del 82,1% en hombres y del 95,2% en mujeres ($p=0,166$), mientras que el TAC solo se realizó en una paciente mujer (4,8%), sin diferencias significativas ($p=0,243$) (Tabla 6).

Respecto al tratamiento administrado en Urgencias, en los casos de ictus, el uso de ácido acetilsalicílico (AAS) fue bajo, con una mayor proporción en mujeres (7,7%) que en hombres (2%), sin alcanzar significación estadística ($p=0,191$). En cuanto al tratamiento antiagregante en ictus, se prescribió doble antiagregación por parte de Neurología en proporciones similares en ambos sexos (32,7% en hombres y 34,6% en mujeres; $p=0,835$). También se utilizaron clopidogrel y otros fármacos antiagregantes, aunque en frecuencias muy bajas. En cuanto a las terapias de reperfusión, la fibrinólisis intravenosa se aplicó más frecuentemente en hombres (16,3%) frente a mujeres (5,8%), sin diferencias estadísticamente significativas ($p=0,089$). No obstante, la trombectomía mecánica se realizó exclusivamente en varones (10,2%), diferencia que sí fue significativa ($p=0,018$). En el contexto del síndrome coronario agudo (SCA), el uso de AAS fue similar en hombres y mujeres (57,1% en ambos grupos; $p=1,000$). En cuanto a los antiagregantes, clopidogrel se utilizó en el 14,3%

de los hombres y en el 9,5% de las mujeres ($p=0,615$), mientras que Ticagrelor mostró una tendencia a mayor uso en mujeres (33,3% frente a 14,3%), aunque sin significación estadística ($p=0,114$). El empleo de nitroglicerina (39,3% en hombres y 33,3% en mujeres; $p=0,669$), heparina (25% y 28,6%, respectivamente; $p=0,779$) y anticoagulantes orales fue escaso y sin diferencias relevantes. En cuanto a las estrategias de reperfusión, no se realizó fibrinólisis en ningún caso, mientras que la intervención coronaria percutánea (ICP) primaria se realizó en el 46,4% de los hombres y en el 28,6% de las mujeres ($p=0,204$). Asimismo, la angioplastia diferida fue más común en varones (50%) frente a mujeres (28,6%), aunque estas diferencias tampoco alcanzaron significación estadística ($p=0,131$) (Tabla 6).

En cuanto a la derivación a otro centro hospitalario, en el grupo de pacientes con ictus, el 12,2% de los hombres ($n=6$) y el 3,8% de las mujeres ($n=2$) fueron derivados, sin alcanzar significación estadística ($p=0,118$). Sin embargo, en el caso del SCA, la derivación fue significativamente más frecuente en hombres (60,7%) que en mujeres (28,6%), con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,026$) (Tabla 6).

ITINERARIO ASISTENCIAL: INGRESO HOSPITALARIO Y SEGUIMIENTO AMBULATORIO:

En relación con los ingresos hospitalarios, se observó que los pacientes con ictus ($n=89$), la mayoría fueron ingresados en el servicio de Neurología, con una mayor proporción de mujeres (94,2%) que de hombres (81,6%), mostrando una diferencia cercana a la significación estadística ($p=0,051$). El ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UVI) fue muy poco frecuente en este grupo (4,1% en hombres y 1,9% en mujeres; $p=0,523$). En el caso del síndrome coronario agudo (SCA), la mayoría de los pacientes ingresaron en Cardiología (92,9% de los hombres y 90,5% de las mujeres; $p=0,7633$), sin diferencias significativas entre sexos. No obstante, el ingreso en UVI fue significativamente más frecuente en hombres (71,4%) que en mujeres (33,3%) ($p=0,008$). Cabe destacar que estos datos no son excluyentes, ya que algunos pacientes ingresaron inicialmente en UVI y, tras estabilizarse, fueron trasladados posteriormente a las plantas de hospitalización correspondientes, como Neurología o Cardiología (Tabla 6).

En cuanto a la duración del ingreso hospitalario, en el grupo de pacientes con ictus, los hombres ($n=49$) presentaron una estancia mediana de 7 días (RIC:3-10), en las mujeres ($n=52$) la mediana fue también de 7 días (RIC:4,25-12). En ambos casos se observaron estancias mínimas de 0 días, con un máximo de 28 días en hombres y 25 días en mujeres. La distribución no se ajustaba a la normalidad en ninguno de los grupos, según la prueba de Shapiro-Wilk ($p<0,001$ en hombres; $p=0,008$ en mujeres), por lo que se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney para comparar ambos sexos, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas ($p=0,287$). En los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA), los hombres ($n=28$) presentaron una estancia mediana de 6 días (RIC: 5-8) días, mientras que las mujeres ($n=21$) tuvieron una mediana de 7 días (RIC:5-10). Los valores extremos oscilaron entre 4 y 16 días en hombres, y entre 0 y 30 días en mujeres. Al igual que en el grupo de ictus, la distribución no fue normal

(prueba de Shapiro-Wilk $p < 0,001$ en ambos sexos), y la comparación mediante la prueba de Mann-Whitney no mostró diferencias significativas entre hombres y mujeres ($p = 0,386$) (Tabla 6).

En cuanto al seguimiento ambulatorio tras el alta hospitalaria, en el grupo de pacientes con ictus, la mayoría fueron seguidos en consultas externas de Neurología, con una proporción ligeramente superior en hombres (69,4%) respecto a mujeres (59,6%), aunque sin alcanzar significación estadística ($p = 0,305$). El seguimiento en Cardiología fue menos frecuente en este grupo, con porcentajes muy similares entre hombres (24,5%) y mujeres (25%) ($p = 0,953$). En los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA), el seguimiento en consultas externas de Neurología se registró en un único caso, correspondiente a una mujer (4,8%). El seguimiento en Cardiología fue más habitual, especialmente en hombres (75%) frente a mujeres (57,1%), aunque la diferencia tampoco fue estadísticamente significativa ($p = 0,187$) (Tabla 6).

6. DISCUSIÓN

En los últimos años, numerosos estudios han abordado la influencia del sexo en las características clínicas y el manejo de los eventos cardiovasculares mayores, así como la posible existencia de diferencias en el diagnóstico y tratamiento derivadas del género. La relevancia de esta línea de investigación, que ha motivado la realización del presente estudio, radica en que las patologías analizadas son tiempo-dependientes, donde los retrasos en la atención, el diagnóstico o el tratamiento pueden traducirse en errores críticos (12). La incorporación del enfoque sexo-género en el análisis del proceso salud-enfermedad ha permitido identificar tanto diferencias biológicas vinculadas al sexo como sesgos de género en la investigación biomédica y en la atención sanitaria (13). En este contexto, el presente trabajo analiza diversos aspectos relacionados con la atención a los eventos cardiovasculares mayores, poniendo de manifiesto discrepancias en la actuación según el sexo, las cuales se examinarán desde una perspectiva de género.

De acuerdo con datos epidemiológicos recientes, el ictus presenta una mayor incidencia en mujeres, mientras que el síndrome coronario agudo (SCA) es más frecuente en hombres (14-15). Esta tendencia se refleja también en nuestra muestra, donde el ictus predominó ligeramente en mujeres, y el SCA fue más común en varones.

Según la literatura actual, la edad constituye un factor no modificable que contribuye significativamente a la mayor prevalencia de eventos cardiovasculares en mujeres, quienes presentan una esperanza de vida más elevada que los hombres. Por consiguiente, estos eventos tienden a manifestarse en etapas más avanzadas de la vida en las mujeres, con una diferencia estimada de aproximadamente cinco años en el caso del ictus y de hasta diez años en el síndrome coronario agudo (SCA) (14)(16). Los resultados obtenidos en este estudio confirman dichas diferencias, tanto en la patología ictal como en el SCA la edad media de las mujeres fue superior a la de los hombres lo cual puede contribuir a un peor pronóstico y a una disminución de la calidad de vida secundariamente.

No obstante, el incremento del riesgo cardiovascular observado en mujeres no puede atribuirse únicamente a su mayor esperanza de vida. Al analizar los factores de riesgo clásicos como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia y fibrilación auricular, si bien no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre sexos, se constató una mayor prevalencia de estos en el grupo femenino. Este hallazgo puede estar relacionado con el incremento natural de estas patologías con la edad, pero tiene un especial interés debido a que diversos estudios han demostrado que dichos factores de riesgo tienen un impacto más perjudicial en las mujeres. Esta observación plantea la necesidad de evaluar si las mujeres están recibiendo un tratamiento preventivo primario adecuado (4).

En relación con la fibrilación auricular, más frecuente en mujeres dentro de nuestra muestra, se detectó un mayor uso de tratamiento anticoagulante en este grupo, tanto con anticoagulantes orales directos como con antagonistas de la vitamina K, siendo esta diferencia cercana a la significación estadística en el caso del uso de acenocumarol (Sintrom®). Por otro lado, el empleo de antiagregantes en pacientes con antecedentes de ictus o cardiopatía isquémica mostró una distribución equitativa entre ambos sexos, lo cual podría interpretarse como un avance hacia una mayor equidad terapéutica.

En cuanto a los estilos de vida, el consumo de tabaco fue significativamente más prevalente en hombres, en consonancia con lo reportado en estudios previos (13). Asimismo, se decidió explorar la posible asociación entre la histerectomía y el riesgo cardiovascular, dado que es una intervención quirúrgica bien registrada en las historias clínicas. Aunque los resultados no alcanzaron significación estadística, se observó que un tercio de las mujeres que presentaron ictus estaban histerectomizadas. Este hallazgo podría sugerir una relación entre histerectomía y mayor riesgo cerebrovascular, posiblemente mediada por los cambios hormonales inducidos por la pérdida de función ovárica, que impactan en la fisiología vascular cerebral (8).

En sintonía con lo descrito en la literatura actual, el ictus isquémico presentó una mayor frecuencia en varones, mientras que el ictus hemorrágico mostró una mayor prevalencia en mujeres, quienes concentraron la totalidad de los casos. En relación con el síndrome coronario agudo, tanto la presentación con elevación del segmento ST (SCACEST) como sin elevación del ST (SCASEST) fueron más prevalentes en hombres, tal como han evidenciado estudios recientes (5-6).

Al analizar los intervalos entre el inicio de los síntomas y el primer contacto con el sistema sanitario, así como el tiempo transcurrido hasta la atención especializada, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, aunque se observó una ligera tendencia a tiempos mayores en el grupo femenino. Del mismo modo, en relación con la activación de los códigos de emergencia y sus respectivos tiempos, se constató una mayor frecuencia y una activación más rápida en varones; sin embargo, estas diferencias tampoco alcanzaron significación estadística. En cuanto a la asignación

de prioridad en el sistema de triaje, se observa una distribución equitativa entre sexos, sin indicios de sesgo de género en la clasificación del nivel de urgencia. Este hallazgo podría deberse a una mayor sensibilización del personal sanitario, así como a la mejora continua de los protocolos asistenciales, incorporando de forma progresiva la perspectiva de género. A este respecto, en los últimos años se han promovido campañas con la finalidad de sensibilizar a todos los implicados en el proceso, desde los propios pacientes a los profesionales sanitarios. En este servicio, dicha línea de trabajo se ha venido desarrollando de manera sostenida en los últimos años, lo que podría estar contribuyendo a una valoración más objetiva en el abordaje inicial (17).

Esta tendencia consistente de mayores tiempos en mujeres puede reflejar diferencias en la presentación clínica. En el análisis de la sintomatología de ambos síndromes, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de los síntomas evaluados según el sexo. En el caso del ictus, el mareo y la alteración de la marcha fueron más prevalentes en mujeres, mientras que la disartria, la paresia y la afasia mostraron proporciones similares entre sexos. La única variable con diferencia estadísticamente significativa fue la alteración de la sensibilidad, más común en hombres. De forma paralela, en el SCA el dolor centrotorácico, síntoma clásico, fue más frecuente en varones, mientras que las mujeres presentaron con mayor frecuencia síntomas como disnea, cortejo vegetativo y otras manifestaciones menos específicas. Si bien estas diferencias no alcanzaron significación estadística, la mayor proporción de presentaciones no típicas en mujeres coincide con lo descrito en la literatura, donde se ha señalado que las mujeres tienden a presentar síntomas más inespecíficos o atípicos, lo que puede dificultar el reconocimiento temprano de estas entidades (18-19). Una interpretación correcta de la tipología de presentación por parte de los profesionales puede permitir un reconocimiento más temprano a fin de poder llevar a cabo una actuación más precoz (20).

En cuanto al manejo de los pacientes, la literatura ha documentado históricamente un menor uso de pruebas diagnósticas, una menor adherencia al tratamiento farmacológico recomendado y una menor frecuencia en la indicación de procedimientos invasivos o terapias de reperusión en mujeres, tanto en el contexto del ictus como del síndrome coronario agudo (SCA). Sin embargo, nuestro estudio ha reflejado un uso generalizado y apropiado de las pruebas diagnósticas en función del cuadro clínico sospechado, así como un patrón de tratamiento relativamente homogéneo entre sexos. A pesar de ello, persiste una mayor frecuencia de intervenciones invasivas en varones, tanto en ictus como en SCA. Estos hallazgos sugieren una adecuada protocolización del abordaje inicial en ambos sexos. No obstante, esta última diferencia, aunque no necesariamente indicativa de sesgo, podría reflejar variaciones en la presentación clínica o en la gravedad inicial del cuadro, y subraya la importancia de continuar promoviendo una atención equitativa, basada en criterios clínicos objetivos(18-19).

Es por tanto importante la incorporación de la perspectiva tanto de sexo como de género, la formación de los profesionales sanitarios y la incorporación de la misma a las guías de práctica clínica.

Por último, es importante remarcar que, dado que el Hospital Universitario Río Hortega no es el centro de referencia para el tratamiento del SCA con elevación del segmento ST, los casos más graves se derivan directamente al Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Esta limitación asistencial podría haber influido en los resultados observados en nuestro análisis por sexo, ya que no se registró ningún caso con tratamiento fibrinolítico y el número de intervenciones coronarias percutáneas (ICP) primarias fue reducido en ambos grupos.

7. CONCLUSIONES

El análisis de los eventos cardiovasculares mayores desde una perspectiva sexo-género revela diferencias significativas en las características clínicas, el perfil de riesgo y el abordaje asistencial de hombres y mujeres. Si bien algunas de estas diferencias pueden explicarse por factores biológicos asociados al sexo, como la mayor edad de presentación o la menor frecuencia de síntomas típicos en mujeres, mientras otras apuntan a desigualdades vinculadas al género, como una menor indicación de procedimientos invasivos o una tendencia a mayores tiempos de atención, que podrían condicionar un retraso diagnóstico y terapéutico injustificado desde el punto de vista clínico.

Nuestros hallazgos reflejan una mayor edad y carga de factores de riesgo cardiovascular en mujeres, lo que subraya la necesidad de reforzar las estrategias de prevención primaria adaptadas al perfil femenino, frecuentemente infravalorado en las guías clínicas y en la práctica asistencial. Asimismo, la ligera tendencia a mayores tiempos de atención en mujeres y la menor proporción de intervenciones invasivas podrían constituir manifestaciones de inequidad que, aunque no alcanzaron significación estadística, merecen una vigilancia constante y un análisis cualitativo más profundo.

La incorporación sistemática del enfoque de género en el análisis y la atención de los eventos cardiovasculares resulta imprescindible para garantizar una atención más justa, eficaz y basada en la evidencia. En este sentido, el compromiso profesional con la equidad debe traducirse en acciones concretas que promuevan la sensibilización, la formación y la adecuación de los protocolos asistenciales a las necesidades específicas de hombres y mujeres.

8. APLICABILIDAD

A pesar de que en el análisis de nuestros resultados no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, este estudio aporta información relevante que puede contribuir a mejorar la atención a pacientes con eventos cardiovasculares mayores. En particular, los datos obtenidos pueden servir como punto de partida para incorporar la perspectiva de género en los protocolos de actuación del servicio de Urgencias del HURH. Asimismo, los resultados permiten

reflexionar sobre posibles sesgos en la atención o en el acceso a determinados recursos asistenciales, lo que refuerza la necesidad de aplicar un enfoque equitativo en la práctica clínica.

En consecuencia, la continuidad de esta línea de investigación con estudios más amplios, que incluyan un mayor tamaño muestral y una evaluación más detallada de variables clínicas, podría facilitar el desarrollo de nuevas guías clínicas específicas de sexo y la inclusión de estos contenidos en la formación del personal sanitario lo que puede favorecer una atención más personalizada y adecuada a las necesidades específicas de mujeres y hombres.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2025 Apr 15]. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. Alfonso F, Bermejo J, Segovia J. Enfermedades cardiovasculares en la mujer: ¿por qué ahora? Revista Española de Cardiología [Internet]. marzo de 2006 [citado 15 de abril de 2025];59(3):259-63. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300893206746243>
3. Girijala RL, Sohrabji F, Bush RL. Sex differences in stroke: Review of current knowledge and evidence. Vasc Med [Internet]. abril de 2017 [citado 15 de abril de 2025];22(2):135-45. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1358863X16668263>
4. 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. The Lancet [Internet]. agosto de 2020 [citado 15 de abril de 2025];396(10250):565-82. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620315610>
5. Alonso J, Bueno H, Bardají A, García-Moll X, Badia X, Layola M, et al. Influencia del sexo en la mortalidad y el manejo del síndrome coronario agudo en España. Revista Española de Cardiología Suplementos [Internet]. enero de 2008 [citado 15 de abril de 2025];8(4):8D-22D. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S113135870873560X>
6. Confederación Salud Mental España. Libro blanco: salud y género. 1ª ed Madrid: Confederación Salud Mental España; SBN: 978-84-09-58880-0. Depósito Legal: M-4738-2024 [Internet] [citado 15 de abril 2025]. Disponible en: <https://www.consalmudmental.org/publicaciones/Libro-blanco-salud-genero.pdf>
7. O'Kelly AC, Michos ED, Shufelt CL, Vermunt JV, Minissian MB, Quesada O, et al. Pregnancy and Reproductive Risk Factors for Cardiovascular Disease in Women. Circulation Research [Internet]. 18 de febrero de 2022 [citado 15 de abril de 2025];130(4):652-72. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCRESAHA.121.319895>
8. Peters SA, Woodward M. Women's reproductive factors and incident cardiovascular disease in the UK Biobank. Heart [Internet]. julio de 2018 [citado 15 de abril de 2025];104(13):1069-75. Disponible en: <https://heart.bmj.com/lookup/doi/10.1136/heartjnl-2017-312289>
9. Muñoz JB, Cassinello RM, Rodríguez IM, Ruiz JMT, Martínez NP, Ortiz FR, et al. Actuación de los pacientes ante un síndrome coronario agudo: diferencias desde una perspectiva de género. Emergencias 2015; 25(1):23-30.
10. 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. Social Science & Medicine [Internet]. mayo de 2020 [citado 15 de abril de 2025]; 253:112968. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953620301878>

11. Miró O, Martínez Nadal G, García A, López Barbeito B, Carbó M; Placer A, Repullo D, Bragulat E, Sánchez M, Coll-Vinent B. Análisis individualizado por sexo de los factores asociados a la clasificación inicial errónea en urgencias del dolor torácico no coronario. *Emergencias* 2022; 34: 268-274. [citado 15 de mayo de 2025]
12. Miguens Blanco I, Sánchez Ramón S, González Tejera M, Varona Peinador M, Ibán Ochoa R. First Meeting of the Committee to Study Women in Urgent and Emergency Health Care: MUEjeres I. *Rev Esp Urg Emerg* [Internet]. 20 de mayo de 2024 [citado 15 de mayo de 2025]; Disponible en: <https://www.reue.org/articulo/muejeres-i-jornadas-de-la-comision-de-estudio-de-la-mujer-en-urgencias-y-emergencias/>
13. Perspectiva de género en medicina. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2019.
14. Rexrode KM, Madsen TE, Yu AXY, Carcel C, Lichtman JH, Miller EC. The Impact of Sex and Gender on Stroke. *Circulation Research* [Internet]. 18 de febrero de 2022 [citado 15 de mayo de 2025];130(4):512-28. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCRESAHA.121.319915>
15. Pagidipati NJ, Peterson ED. Acute coronary syndromes in women and men. *Nat Rev Cardiol* [Internet]. agosto de 2016 [citado 15 de mayo de 2025];13(8):471-80. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/nrcardio.2016.89>
16. García AR. Manejo clínico de las mujeres que consultan en urgencias por patología cardiovascular: ¿existen diferencias respecto a los hombres? *Emergencias*. 2012; 24:325-31
17. 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; 33:181-6.
18. Mehta LS, Beckie TM, DeVon HA, Grines CL, Krumholz HM, Johnson MN, Lindley KJ, Vaccarino V, Wang TY, Watson KE, Wenger NK; American Heart Association Cardiovascular Disease in Women and Special Populations Committee of the Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, and Council on Quality of Care and Outcomes Research. Acute Myocardial Infarction in Women: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2016 Mar 1;133(9):916-47.
19. Ali M, Van Os HJA, Van Der Weerd N, Schoones JW, Heymans MW, Kruijt ND, et al. Sex Differences in Presentation of Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Stroke* [Internet]. febrero de 2022 [citado 18 de mayo de 2025];53(2):345-54. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STROKEAHA.120.034040>
20. 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 15 abril 2025]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/47473/TFG-M2123.pdf?sequence=1>
21. Lluva MTL, Ruiz-Poveda FL, Pérez IS, Román AJ, Díaz PP, García RF, et al. *Revista Española de Cardiología*.
22. Roy-O'Reilly M, McCullough LD. Age and Sex Are Critical Factors in Ischemic Stroke Pathology. *Endocrinology*. 11 de julio de 2018;159(8):3120-31.

10. ANEXOS

TABLA 1		
	MUJER	HOMBRE
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (enfermedad coronaria)	Aumenta con la edad, inicio más tardío. Aterosclerosis es la causa más habitual pero otras causas son frecuentes (disección coronaria espontánea, enfermedad microvascular)	Aumenta con la edad, inicio más precoz Principal causa de mortalidad. Aterosclerosis es la causa habitual.
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	Causa más frecuente de muerte. Aumenta con la edad, inicio más tardío. Mayor impacto negativo y riesgo de ictus causado por los factores de riesgo de ECV. En ciertos momentos de la vida (embarazo y posparto) aumenta el riesgo. Mayor mortalidad y discapacidad tras ictus.	Aumenta con la edad, inicio más precoz. Asociado frecuentemente a cardiopatía isquémica y enfermedad vascular periférica.

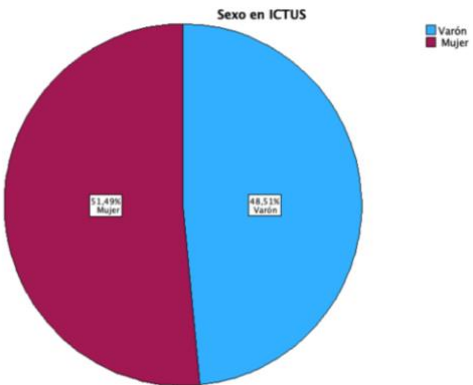
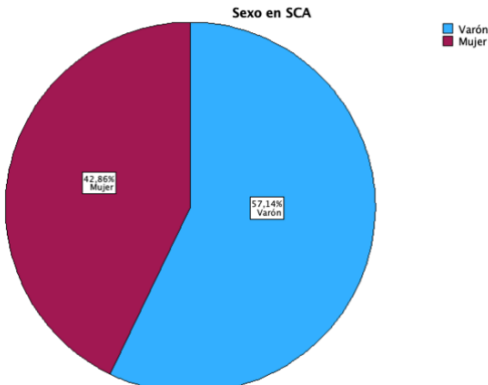
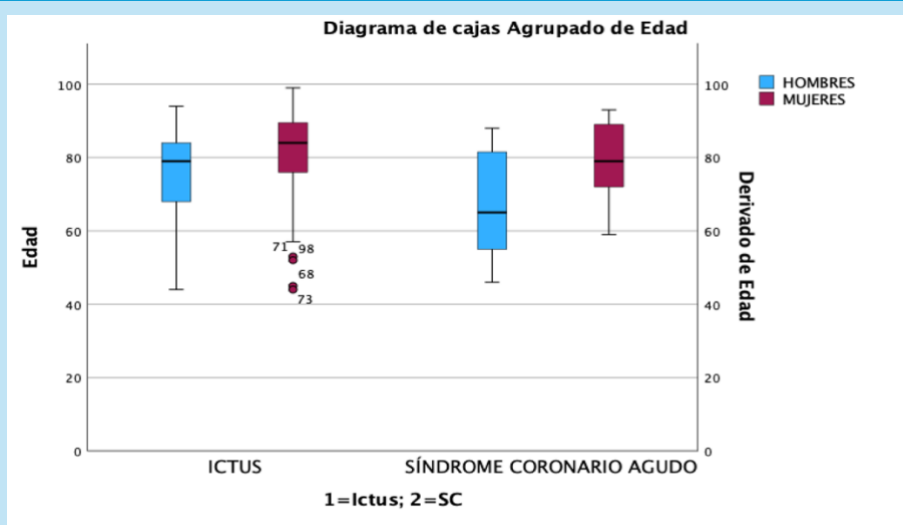
TABLA 2: MUESTRA ANALIZADA	
TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN SUH desde el 1 de enero al 30 de junio del 2024 CON DIAGNÓSTICO AL ALTA EN URGENCIAS DE ICTUS O SINDROME CORONARIO AGUDO:170 pacientes Valorando diagnóstico final tras ingreso hospitalario: • Evento cardiovascular mayor (ictus o SCA): 150 pacientes • Se descarta ictus o síndrome coronario agudo en 20 pacientes (aplicando criterios de exclusión) TOTAL DE ICTUS (n 101): 101 pacientes (67,3 %) TOTAL DE SCA (n 49): 49 pacientes (32,7%)	
GRÁFICO 1	GRÁFICO 2
ICTUS en mujer n:52 (51,49%) ICTUS en hombre n:49 (48,51%) N=101 	SCA en mujer n:21(42,9 %) SCA en hombre n:28 (57,1%) N= 49 

TABLA 3: DISTRIBUCIÓN ETARIA DE LA MUESTRA

Edad mediana total (n 150): 80 años Mínimo:44 años, máximo:99 años		RIC: 66-86
ICTUS	SCA	
Edad mediana (n 101): 81 años; RIC: 71-87 Mínimo: 44 años; máximo: 99 años HOMBRES (n 49): 79 años; RIC: 66,5-84 Mín: 44 años; máx: 94 años MUJERES (n 52): 84 años; RIC: 75.5-89,7 Mín:44 años; máx: 99 años	Edad mediana (n 49):73 años; RIC: 61-84 Mínimo:46 años; máximo: 93 años HOMBRES (n 28): 65 años; RIC: 55-82 Mín: 46 años, máx: 88 años MUJERES (n 21): 79años; RIC:72-89 Mín:59 años; máx: 93 años	

GRÁFICO 3

TABLA 4: FACTORES DE RIESGO

TOTAL n:150 Hombres:77 Mujeres:73	
HTA	112 pacientes (74,7%) ▪ Hombres:53 (68,8%) ▪ Mujeres: 59 (80,8%) p:0,091
DIABETES	43 pacientes (28,7%) ▪ Hombres: 18 (23,4%) ▪ Mujeres: 25 (34,2%) p:0,141
DISLIPEMIA	100 pacientes (66,7%) ▪ Hombres: 51(66,2%) ▪ Mujeres: 49(67,1%) p:0,91

TABACO	17 fumadores (11,3%) ▪ Hombres: 16(20,8%) ▪ Mujeres:1(1,4%) 32 exfumadores (21,3%) ▪ Hombres: 28(36,4%) ▪ Mujeres:4(5,5%) 101 nunca fumadores (67,3%) ▪ Hombres: 33(42,9%) ▪ Mujeres:68(93,2%)	p<0.01
ANTECEDENTES DE PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR (ictus previo o cardiopatía isquémica previa)	Ictus previo:24 (16%) ▪ Hombres: 17(22,1%) ▪ Mujeres:7(9,6%) p:0,037 Antecedente de cardiopatía isquémica:34 (22;7%) ▪ Hombres: 18(23,4%) ▪ Mujeres:16(21,9%) p:0,831	TRATAMIENTO PREVIO CON AAS TTO ANTIAGREGANTE EN EL TOTAL DE LOS PACIENTES (n: 150). En tratamiento 48 pacientes (32 %) ▪ Hombres: 25(32,5%) ▪ Mujeres:23 (31,5%) p:0,9 TTO ANTIAGREGANTE EN PACIENTES CON ICTUS PREVIOS (n: 24) En tratamiento 14 pacientes (58,3 %) ▪ Hombres: 9(52,9%) ▪ Mujeres:5 (71,4%) p:0,4 TTO ANTIAGREGANTE EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUEMICA CONOCIDA (n: 34) En tratamiento 20 pacientes (58,8 %) ▪ Hombres: 12(66,7%) ▪ Mujeres:8 (50%) p:0,32
ANTECEDENTES DE NEOPLASIA	30 pacientes (20%) ▪ Hombres: 14(18,2%) ▪ Mujeres:16 (21,9%)	p:0,567
FIBRILACION AURICULAR	30 pacientes (20%) ▪ Hombres: 11(14,3%) ▪ Mujeres:19 (26%) p:0,072	TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN EL TOTAL DE LOS PACIENTES En total 34 pacientes (22,7%): 30 por FA (20%) y 4 por otros motivos (2,7%). ▪ Sintrom: en tratamiento 11 pacientes (7,3%) p: 0,097 ▪ Hombres:3 (3,9%) ▪ Mujeres:8 (11%) ▪ Rivaroxabán: en tratamiento 3 pacientes (2%) p: 0,59 ▪ Hombres: 2 (2,6%) ▪ Mujeres:1(1,4%) ▪ Apixabán: en tratamiento 14 pacientes (9,3%) p:0,074 ▪ Hombres: 4(5,2%) ▪ Mujeres:10(13,7%) ▪ Edoxabán: en tratamiento 6 pacientes (4%) p:0,95

		- Hombres: 3(3,9%) - Mujeres: 3(4,1%) - Dabigatrán: en tratamiento 1 paciente (0,7%) p:0,329 - Hombres: 1 (1,3%) - Mujeres: 0(0%)
MARCAPASOS	5 pacientes (3,3%) - Hombres: 3(3,9%) - Mujeres: 2(2,7%)	p:0,693
HISTERECTOMÍA	12 pacientes (8%) - Ictus: 11 pacientes (21,2% dentro del total de pacientes mujeres con ictus) - SCA: 1 paciente (4,8% dentro del total de pacientes mujeres con SCA)	p:0,087

TABLA 5: DATOS CLÍNICOS DEL EPISODIO AGUDO		
	ICTUS (n:101)	SCA (n:49)
DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS	ISQUÉMICO: 87 (86,1%) HEMORRAGICO: 3 (3%) AIT: 11 (10,9%)	SCACEST: 12 (24,5%) SCASEST: 35 (71,4%) Angor inestable: 2 (4,1%)
	HOMBRES (n:49) - Isquémico: 44 (87,8%) - Hemorragico: 0 (0%) - AIT: 6 (12,2%) MUJERES (n:52) - Isquémico: 43 (84,6%) - Hemorragico: 3 (5,8%) - AIT: 5 (9,6%)	HOMBRES (n:28) - SCACEST: 7 (25%) - SCASEST: 20 (71,4%) - Angor inestable: 1 (3,6%) MUJERES (n:21) - SCACEST: 5 (23,8%) - SCASEST: 15 (71,4%) - Angor inestable: 1 (4,8%)
TIEMPO DESDE EL INICIO DE LOS SINTOMAS-PRIMER CONTACTO SANITARIO: 112, TRIAJE HURH"	HOMBRES (n:49) - Mín: 19 mins - Máx: 17280 mins - Mediana: 150 mins - RIC: 82,5-533,5 MUJERES (n:52) - Mín: 10 min - Máx: 10080 mins - Mediana: 168,5 mins - RIC: 90-635,5 mins PRUEBA DE SHAPIRO-WILK: p<0,001 en ambos sexos PRUEBA U DE MANN-WHITNEY PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES: p:0,742	HOMBRES (n:28) - Mín: 15mins - Máx: 11520 mins - Mediana: 329 mins - RIC: 101,75-1440 mins MUJERES (n:21) - Mín: 21 min - Máx: 86400 mins - Mediana: 325 mins - RIC: 104,5-3600 PRUEBA DE SHAPIRO-WILK: hombre p:0,061; mujer p:0,002 PRUEBA U DE MANN-WHITNEY PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES: p:0,911

	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes TIEMPO_1 entre 1=varon; 2=mujer Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes <table><tr><td>N total</td><td>101</td></tr><tr><td>U de Mann-Whitney</td><td>1322,500</td></tr><tr><td>W de Wilcoxon</td><td>2700,500</td></tr><tr><td>Estadístico de prueba</td><td>1322,500</td></tr><tr><td>Error estándar</td><td>147,107</td></tr><tr><td>Estadístico de prueba estandarizado</td><td>,330</td></tr><tr><td>Sig. asintótica (prueba bilateral)</td><td>,742</td></tr></table> Prueba U de Mann-Whitney para muestras ... 1=varon; 2=mujer	N total	101	U de Mann-Whitney	1322,500	W de Wilcoxon	2700,500	Estadístico de prueba	1322,500	Error estándar	147,107	Estadístico de prueba estandarizado	,330	Sig. asintótica (prueba bilateral)	,742	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes TIEMPO_1 entre 1=varon; 2=mujer Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes <table><tr><td>N total</td><td>49</td></tr><tr><td>U de Mann-Whitney</td><td>299,500</td></tr><tr><td>W de Wilcoxon</td><td>530,500</td></tr><tr><td>Estadístico de prueba</td><td>299,500</td></tr><tr><td>Error estándar</td><td>49,477</td></tr><tr><td>Estadístico de prueba estandarizado</td><td>,111</td></tr><tr><td>Sig. asintótica (prueba bilateral)</td><td>,911</td></tr></table> Prueba U de Mann-Whitney para muestras ... 1=varon; 2=mujer	N total	49	U de Mann-Whitney	299,500	W de Wilcoxon	530,500	Estadístico de prueba	299,500	Error estándar	49,477	Estadístico de prueba estandarizado	,111	Sig. asintótica (prueba bilateral)	,911
N total	101																													
U de Mann-Whitney	1322,500																													
W de Wilcoxon	2700,500																													
Estadístico de prueba	1322,500																													
Error estándar	147,107																													
Estadístico de prueba estandarizado	,330																													
Sig. asintótica (prueba bilateral)	,742																													
N total	49																													
U de Mann-Whitney	299,500																													
W de Wilcoxon	530,500																													
Estadístico de prueba	299,500																													
Error estándar	49,477																													
Estadístico de prueba estandarizado	,111																													
Sig. asintótica (prueba bilateral)	,911																													
TIEMPO DESDE PRIMER CONTACTO SANITARIO-ATENCIÓN ESPECIALIZADA	HOMBRES (n:49) ▪ Mín: 1 min ▪ Máx: 205 mins ▪ Mediana: 19 mins ▪ RIC:8-53,5 mins MUJERES (n:52) ▪ Mín: 1 min ▪ Máx: 153 mins ▪ Mediana:23 mins ▪ RIC:8,5-47,5 mins PRUEBA DE SHAPIRO-WILK: p<0,001 en ambos sexos PRUEBA U DE MANN-WHITNEY PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES: p:0,876 TIEMPO_2 entre 1=varon; 2=mujer Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes <table><tr><td>N total</td><td>101</td></tr><tr><td>U de Mann-Whitney</td><td>1297,000</td></tr><tr><td>W de Wilcoxon</td><td>2675,000</td></tr><tr><td>Estadístico de prueba</td><td>1297,000</td></tr><tr><td>Error estándar</td><td>147,094</td></tr><tr><td>Estadístico de prueba estandarizado</td><td>,156</td></tr><tr><td>Sig. asintótica (prueba bilateral)</td><td>,876</td></tr></table> Prueba U de Mann-Whitney para muestras ... 1=varon; 2=mujer	N total	101	U de Mann-Whitney	1297,000	W de Wilcoxon	2675,000	Estadístico de prueba	1297,000	Error estándar	147,094	Estadístico de prueba estandarizado	,156	Sig. asintótica (prueba bilateral)	,876	HOMBRES (n:28) ▪ Mín: 5 mins ▪ Máx: 357 mins ▪ Mediana:21 mins ▪ RIC:14,5-53,75 mins MUJERES (n:21) ▪ Mín: 5 mins ▪ Máx: 175 mins ▪ Mediana:19 mins ▪ RIC:12-45,5 mins PRUEBA DE SHAPIRO-WILK: hombre p:0,401; mujer p<0,01 PRUEBA U DE MANN-WHITNEY PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES: p:0,467 TIEMPO_2 entre 1=varon; 2=mujer Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes <table><tr><td>N total</td><td>49</td></tr><tr><td>U de Mann-Whitney</td><td>258,000</td></tr><tr><td>W de Wilcoxon</td><td>489,000</td></tr><tr><td>Estadístico de prueba</td><td>258,000</td></tr><tr><td>Error estándar</td><td>49,472</td></tr><tr><td>Estadístico de prueba estandarizado</td><td>-,728</td></tr><tr><td>Sig. asintótica (prueba bilateral)</td><td>,467</td></tr></table> Prueba U de Mann-Whitney para muestras ... 1=varon; 2=mujer	N total	49	U de Mann-Whitney	258,000	W de Wilcoxon	489,000	Estadístico de prueba	258,000	Error estándar	49,472	Estadístico de prueba estandarizado	-,728	Sig. asintótica (prueba bilateral)	,467
N total	101																													
U de Mann-Whitney	1297,000																													
W de Wilcoxon	2675,000																													
Estadístico de prueba	1297,000																													
Error estándar	147,094																													
Estadístico de prueba estandarizado	,156																													
Sig. asintótica (prueba bilateral)	,876																													
N total	49																													
U de Mann-Whitney	258,000																													
W de Wilcoxon	489,000																													
Estadístico de prueba	258,000																													
Error estándar	49,472																													
Estadístico de prueba estandarizado	-,728																													
Sig. asintótica (prueba bilateral)	,467																													
TIPO DE SÍNTOMAS	MAREO (19,8%): p:0,177 ▪ Hombres: 7(14,3%) ▪ Mujeres:13(25%) DOLOR CENTROTORÁCICO (77,6%): p:0,114 ▪ Hombres: 24(85,7%) ▪ Mujeres:14(66,7%) DOLOR EPIGASTRÁLGICO (12,2%): p:0.615																													

	ALTERACIÓN DE LA MARCHA (5,9%): p:0,443 - Hombres: 2(4,1%) - Mujeres:4(7,7%) DISARTRIA (38,6%): p:0,659 - Hombres: 20(40,8%) - Mujeres:19(36,5%) PARESIA (43,6%): p:0,889 - Hombres: 21(42,9%) - Mujeres:23(44,2%) AFASIA (9,9%) p:0,570 - Hombres:4(8,2%) - Mujeres:6(11,5%) ALTERACIÓN FACIAL (17,8%): p:0,510 - Hombres: 10(20,4%) - Mujeres:8(15,4%) ALTERACIÓN SENSIBILIDAD (17,8%): p:0,026 - Hombres: 13(26,5%) - Mujeres:5(9,6%) OTRA SINTOMATOLOGÍA (40,6%): p:0,241 - Hombres: 17(34,7%) - Mujeres:24(46,2%)	- Hombres: 4(14,3%) - Mujeres:2(9,5%) DOLOR EN OTRAS LOCALIZACIONES (22,4%): p:0,843 - Hombres: 6(21,4%) - Mujeres:5(23,8%) DISNEA (10,2%): p: 0,414 - Hombres: 2(14,3%) - Mujeres:3(25%) CORTEJO VEGETATIVO (30,6%): p:0,107 - Hombres: 6(21,4%) - Mujeres:9(42,9%) OTROS SÍNTOMAS (14,3%): p:0,409 - Hombres: 3(10,7%) - Mujeres:4(19%)
CÓDIGO ICTUS/ INFARTO	45 (44,6%) HOMBRES:26 (53,1%) MUJERES:19 (36,5%) p:0,095	9 (18,4%) HOMBRES:6 (21,4%) MUJERES:3 (14,3%) p:0,523
TIEMPO ATENCIÓN-ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO	HOMBRES (n:26) En 6(12,2%) activación código ictus de forma extrahospitalaria Mín:1 min Max:35 mins Mediana:7,5 RIC:4,2-24 MUJERES (n:19) En 4(7,7%) activación código ictus de forma extrahospitalaria Mín:1 min Max:674 mins Mediana:13 mins RIC:6-28 mins PRUEBA DE SHAPIRO-WILK: Hombres p:0,006; mujeres p<0,001 PRUEBA U DE MANN-WHITNEY PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES: p:0,179	HOMBRES (n:6) En 1(3,6%) activación código infarto de forma extrahospitalaria Mín:11 mins Max:169 mins Mediana:19 mins RIC:14,5-110,5 mins MUJERES (n:3) Mín:28 mins Max:315 mins Mediana:68 mins RIC:28-68 mins PRUEBA DE SHAPIRO-WILK: Hombres p:0,019; mujeres p:0,246 PRUEBA U DE MANN-WHITNEY PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES: p:0,250

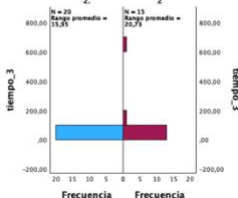
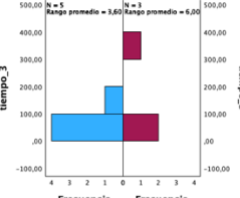
	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes tiempo_3 entre 1=varon; 2=mujer Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes <table><tr><td>N total</td><td>35</td></tr><tr><td>U de Mann-Whitney</td><td>191,000</td></tr><tr><td>W de Wilcoxon</td><td>311,000</td></tr><tr><td>Estadístico de prueba</td><td>191,000</td></tr><tr><td>Error estándar</td><td>29,939</td></tr><tr><td>Estadístico de prueba estandarizado</td><td>1,369</td></tr><tr><td>Sig. asintótica (prueba bilateral)</td><td>,171</td></tr><tr><td>Significación exacta (prueba bilateral)</td><td>,179</td></tr></table> Prueba U de Mann-Whitney para muestras ... 1=varon; 2=mujer 	N total	35	U de Mann-Whitney	191,000	W de Wilcoxon	311,000	Estadístico de prueba	191,000	Error estándar	29,939	Estadístico de prueba estandarizado	1,369	Sig. asintótica (prueba bilateral)	,171	Significación exacta (prueba bilateral)	,179	tiempo_3 entre 1=varon; 2=mujer Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes <table><tr><td>N total</td><td>8</td></tr><tr><td>U de Mann-Whitney</td><td>12,000</td></tr><tr><td>W de Wilcoxon</td><td>18,000</td></tr><tr><td>Estadístico de prueba</td><td>12,000</td></tr><tr><td>Error estándar</td><td>3,354</td></tr><tr><td>Estadístico de prueba estandarizado</td><td>1,342</td></tr><tr><td>Sig. asintótica (prueba bilateral)</td><td>,180</td></tr><tr><td>Significación exacta (prueba bilateral)</td><td>,250</td></tr></table> 1=varon; 2=mujer 	N total	8	U de Mann-Whitney	12,000	W de Wilcoxon	18,000	Estadístico de prueba	12,000	Error estándar	3,354	Estadístico de prueba estandarizado	1,342	Sig. asintótica (prueba bilateral)	,180	Significación exacta (prueba bilateral)	,250
N total	35																																	
U de Mann-Whitney	191,000																																	
W de Wilcoxon	311,000																																	
Estadístico de prueba	191,000																																	
Error estándar	29,939																																	
Estadístico de prueba estandarizado	1,369																																	
Sig. asintótica (prueba bilateral)	,171																																	
Significación exacta (prueba bilateral)	,179																																	
N total	8																																	
U de Mann-Whitney	12,000																																	
W de Wilcoxon	18,000																																	
Estadístico de prueba	12,000																																	
Error estándar	3,354																																	
Estadístico de prueba estandarizado	1,342																																	
Sig. asintótica (prueba bilateral)	,180																																	
Significación exacta (prueba bilateral)	,250																																	
PRIORIDAD	HOMBRES (n:49) • PRIORIDAD 1:1 (2%) • PRIORIDAD 2:15 (30,6%) • PRIORIDAD 3:32 (65,3%) • PRIORIDAD 4:1 (2%) MUJERES (n:52) • PRIORIDAD 1:0 (0%) • PRIORIDAD 2:13 (25%) • PRIORIDAD 3:38 (73,1%) • PRIORIDAD 4:1 (1,9%) p:0,66	HOMBRES (n:49) • PRIORIDAD 1:0 (0%) • PRIORIDAD 2: 25(10,7%) • PRIORIDAD 3:32 (89,3%) • PRIORIDAD 4:0 (0%) MUJERES (n:52) • PRIORIDAD 1: 0 (0%) • PRIORIDAD 2:19 (9,5%) • PRIORIDAD 3:38 (90,5%) • PRIORIDAD 4:0 (0%) p:0,892																																

TABLA 6: PRUEBAS DIAGNÓSTICAS, TRATAMIENTOS E ITINERARIO ASISTENCIAL		
	ICTUS (n:101)	SCA (n:49)
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	ECG: 60 p:0,443 Hombres:31 (63,3%) Mujeres:29 (55,8%) TAC:100 p: 0,329 Hombres:49 (100%) Mujeres:51(98.1%) ANGIO-TAC: 59 p:0,578 Hombres: 30 (61,2%) Mujeres: 29 (55,8%)	ECG: 43 p:0,166 Hombres:23 (82,1%) Mujeres:20 (95,2%) TAC:1 p:0,243 Hombres: 0 Mujeres: 1(4,8%)
TRATAMIENTO EN URGENCIAS	AAS: Hombres:1 (2%) Mujeres:4 (7,7%) p:0,191 TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE (no se utilizó ni Ticagrelor ni Prasugrel como monoterapia) Clopidogrel: Hombres:2 (4,1%) Mujeres:2 (3,8%) p:0,952	AAS: Hombres:16(57,1%) Mujeres:12 (57,1%) p:1,00 HEPARINA: Hombres:7(25%) Mujeres:6 (28,6%) p:0,779 TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE: Clopidogrel Hombres:4 (14,3%) Mujeres:2 (9,5%) p:0,615

	DOBLE ANTIAGREGACIÓN por NRL: Hombres: 16 (32,7%) Mujeres: 18 (34,6%) p:0,835	Ticagrelor: Hombres: 4 (14,3%) Mujeres: 7 (33,3%) p:0,114 NITROGLICERINA: Hombres: 11 (39,3%) Mujeres: 7 (33,3%) p:0,669 ANTICOAGULANTES ORALES: Hombres: 1 (3,6%) Mujeres: 0 (0%) p:0,382
TERAPIAS DE REPERFUSIÓN Y TRATAMIENTO INVASIVO	FIBRINOLISIS: Hombres: 8 (16,3%) Mujeres: 3 (5,8%) p:0,089 TROMBECTOMÍA: Hombres: 5 (10,2%) Mujeres: 0 (0%) p:0,018	FIBRINOLISIS: NO SE REALIZÓ ICP PRIMARIA: Hombres: 13 (46,4%) Mujeres: 6 (28,6%) p:0,204 ANGIOPLASTIA EN 2º TIEMPO: Hombres: 14 (50%) Mujeres: 6 (28,6%) p:0,131
DERIVACIÓN A OTRO HOSPITAL	Total: 8 Hombres: 6 (12,2%) Mujeres: 2 (3,8%) p:0,118	Total: 23 Hombres: 17 (60,7%) Mujeres: 6 (28,6%) p:0,026
INGRESO	Ingreso en NRL (n:89) Hombres: 40 (81,6%) Mujeres: 49 (94,2%) p:0,051 Ingreso en UVI (n:3): Hombres: 2 (4,1%) Mujeres: 1 (1,9%) p:0,523	Ingreso en Cardio (n:45): Hombres: 26 (92,9%) Mujeres: 19 (90,5%) p:0,7633 Ingreso en UVI (n:27) Hombres: 20 (71,4%) Mujeres: 7 (33,3%) p:0,008

TIEMPO DE INGRESO (días de ingreso)

HOMBRES (n:49)

- Mediana:7 días (RIC: 3-10)
- Mín:0 días
- Máx:28 días

MUJERES (n:52)

- Mediana:7 días (RIC:4,25-12)
- Mín:0 días
- Máx:25 días

PRUEBA DE SHAPIRO-WILK:

Hombres $p < 0,001$; mujeres $p:0,008$

PRUEBA U DE MANN-WHITNEY PARA MUESTRAS

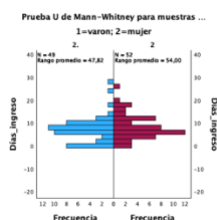
INDEPENDIENTES: $p:0,287$

Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes

Días_ingreso entre 1=varón; 2=mujer

Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes

N total	101
U de Mann-Whitney	1430,000
W de Wilcoxon	2808,000
Estadístico de prueba	1430,000
Error estándar	146,620
Estadístico de prueba estandarizado	1,064
Sig. asintótica (prueba bilateral)	,287



HOMBRES (n:28)

- Mediana:6 días (RIC: 5-8)
- Mín:4 días
- Máx:16 días

MUJERES (n:21)

- Mediana:7 días (RIC: 5-10)
- Mín:0 días
- Máx:30 días

PRUEBA DE SHAPIRO-WILK:

$p < 0,001$ en ambos sexos

PRUEBA U DE MANN-WHITNEY PARA MUESTRAS

INDEPENDIENTES: $p:0,386$

Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes

Días_ingreso entre 1=varón; 2=mujer

Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes

N total	49
U de Mann-Whitney	336,500
W de Wilcoxon	567,500
Estadístico de prueba	336,500
Error estándar	49,069
Estadístico de prueba estandarizado	,866
Sig. asintótica (prueba bilateral)	,386

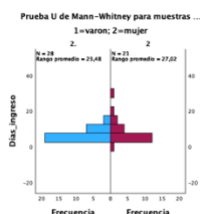
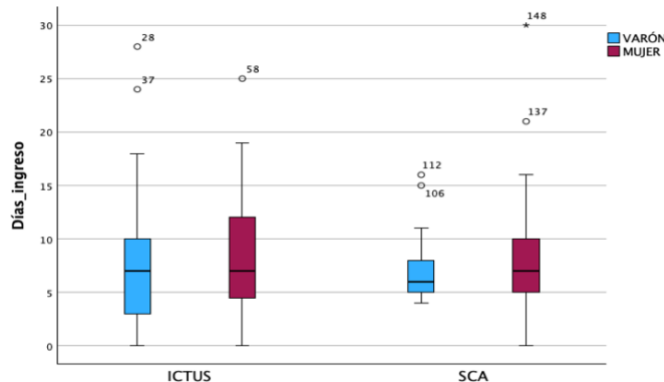


GRÁFICO 4: DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO DE INGRESO (DÍAS)



SEGUIMIENTO EN CONSULTAS EXTERNAS

CEX de NRL(n:65):

Hombres: 34 (69,4%)

Mujeres: 31(59,6%)

$p:0,305$

CEX de Cardio (n:25):

Hombres: 12(24,5%)

Mujeres: 13(25%)

$p:0,953$

CEX de NRL(n:1):

Hombres: 0 (0%)

Mujeres: 1(4,8%)

$p:0,243$

CEX de Cardio (n:33):

Hombres: 21(75%)

Mujeres: 12(57,1%)

$p:0,187$



EL SEXO COMO FACTOR DE RIESGO EN EVENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

Sofía García Guadarrama
Tutora: Susana Sánchez Ramón

UVa

INTRODUCCIÓN

Los eventos cardiovasculares mayores constituyen un motivo frecuente de consulta en urgencias y afectan de forma diferenciada a hombres y mujeres. Aunque tradicionalmente se ha atribuido un efecto protector a los estrógenos en las mujeres, investigaciones recientes evidencian que múltiples factores biológicos, sociales y asistenciales influyen en el riesgo cardiovascular femenino. Las mujeres suelen presentar su primer evento cardiovascular a una edad más avanzada, lo que incrementa la presencia de factores de riesgo como hipertensión, diabetes o dislipemia. Además, existen factores reproductivos y biológicos específicos, que se han asociado a un mayor riesgo en etapas posteriores de la vida. A nivel clínico, las mujeres tienden a presentar síntomas menos específicos, lo que contribuye a retrasos diagnósticos y a un abordaje terapéutico menos intensivo en comparación con los hombres.

Estos sesgos se ven agravados por una menor representación femenina en los ensayos clínicos y por una atención sanitaria que no siempre contempla las diferencias por sexo y género. Por tanto, es fundamental incorporar un enfoque diferencial en la investigación y práctica clínica cardiovascular para garantizar una atención más equitativa y eficaz.

OBJETIVOS

Análisis de las diferencias asociadas al sexo en pacientes atendidos por eventos cardiovasculares mayores (ictus y síndrome coronario agudo) en 2024 en el servicio de Urgencias del HURH y análisis de los resultados con perspectiva de género.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal retrospectivo con una muestra de 150 pacientes.

Fuente de datos: revisión de historias clínicas por medio de la utilización del software JIMENA.

Análisis estadístico: SPSS versión 29.0.1.0

Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años que hayan acudido al SUH del 1 de enero al 30 de junio del 2024, cuyo diagnóstico haya sido síndrome coronario agudo o ictus.

Criterios de exclusión: Pacientes en los que el diagnóstico al alta hospitalaria no sea ictus o síndrome coronario agudo, excluyendo ataques isquémicos transitorios, anginas de pecho, insuficiencia cardíaca, dolor torácico, arritmias, etc.

Variables de estudio: sexo, edad, factores de riesgo CV, tratamiento crónico del paciente, datos clínicos sobre el episodio agudo, diagnóstico de presunción (SCACEST, SCASEST, angor inestable, ictus isquémico o hemorrágico o AIT), tratamientos realizados en el SUH, pruebas complementarias, ingreso hospitalario y seguimiento.

RESULTADOS

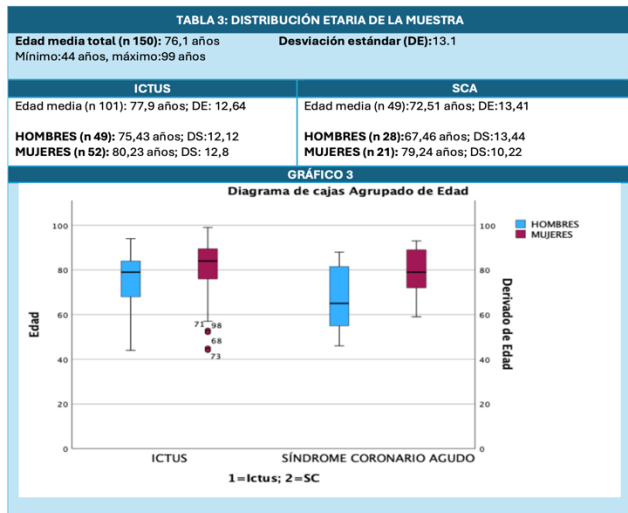
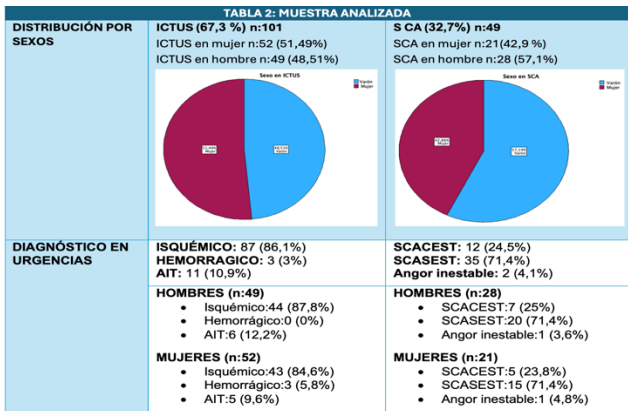


TABLA 4: FACTORES DE RIESGO		
	n:150	Hombres:77 Mujeres:73
HTA (74,7%) p:0,091	68,8%	80,8%
DIABETES (28,7%) p:0,141	23,4%	34,2%
DISLIPEMIA (66,7%) p:0,91	66,2%	67,1%
TABACO p:0,01		
Fumadores (11,3%)	20,8%	1,4%
Exfumadores (21,3%)	36,4%	5,5%
Nunca fumadores (67,3%)	42,9%	93,2%
ANTECEDENTES DE PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR		
Ictus previo (16%) p:0,037	22,1%	9,6%
Antecedente de cardiopatía isquémica (22,7%) p:0,831	23,4%	21,9%
ANTECEDENTES DE NEOPLASIA (20%) p:0,567	18,2%	21,9%
FIBRILACION AURICULAR (20%) p:0,072	14,3%	26%
MARCAPASOS (3,3%) p:0,693	3,9%	2,7%
HISTERECTOMIA (8%) p:0,087		
Ictus:11 pacientes (21,2% dentro del total de pacientes mujeres con ictus)		
SCA:1 paciente (4,8% dentro del total de pacientes mujeres con SCA)		

TABLA 6: SINTOMATOLOGÍA, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y TRATAMIENTOS					
TIPO DE SÍNTOMAS	ICTUS (n:101)		SCA (n:49)		
	HOMBRES n:49	MUJERES n:52	HOMBRES n:28	MUJERES n:21	
MAREO (19,8%) p:0,177	14,3%	25%			
ALTERACIÓN DE LA MARCHA (5,9%) p:0,443	4,1%	7,7%			
DISARTRIA (38,6%) p:0,659	40,8%	36,5%			
PARESIDA (43,6%) p:0,889	42,9%	44,2%			
AFASIA (9,9%) p:0,570	8,2%	11,5%			
ALTERACIÓN FACIAL (17,8%) p:0,510	20,4%	15,4%			
ALTERACIÓN SENSIBILIDAD (17,8%) p:0,026	26,5%	9,8%			
OTRA SINTOMATOLOGÍA (40,6%) p:0,241	34,7%	46,2%			
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS					
ECG: p:0,443	63,3%	55,8%	ECG: 43: p:0,166	82,1%	95,2%
TAC: p:0,329	100%	98,1%			
ANGIO-TAC: p:0,578	61,2%	55,8%			
TRATAMIENTO EN URGENCIAS					
AAS: p:0,191	2%	7,7%	AAS: p:1,00	57,1%	57,1%
TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE p:0,952	4,1%	3,8%	HEPARINA: p:0,779	25%	28,6%
DOBLE ANTIAGREGACIÓN por NRL: p:0,835	32,7%	34,6%			
TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE:					
Clopidogrel: p:0,615			14,3%	9,5%	
Ticagrelor: p:0,114			14,3%	33,3%	
NITROGLICERINA: p:0,069			39,3%	33,3%	
FIBRINOLISIS:					
ICP PRIMARIA: p:0,204			46,4%	28,6%	
ANGIOPLASTIA EN 2º TIEMPO: p:0,131			50%	28,6%	
DERIVACIÓN A OTRO HOSPITAL					
p:0,118	12,2%	3,8%			

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

- ✓ En nuestra cohorte de pacientes atendidos por ictus o síndrome coronario agudo (SCA), las mujeres presentaron mayor edad al evento y una mayor carga de comorbilidades (HTA, diabetes, fibrilación auricular), sin diferencias significativas en la indicación de pruebas o tratamientos farmacológicos iniciales. Sin embargo, se observó una menor proporción de terapias invasivas en mujeres, como trombectomía o intervenciones coronarias, lo que sugiere que las desigualdades asistenciales aún están presentes.
- ✓ En cuanto a la sintomatología, las mujeres presentaron con mayor frecuencia síntomas atípicos o inespecíficos, como disnea o cortejo vegetativo en el SCA, y mareo o alteración de la marcha en el ictus. Esta forma de presentación menos típica puede dificultar el reconocimiento clínico precoz, contribuir al retraso en la atención y a menores oportunidades de recibir tratamientos más eficaces.
- ✓ De hecho, se constató una tendencia a mayores tiempos entre el inicio de los síntomas y el primer contacto sanitario en el grupo femenino, especialmente en el SCA, lo que puede repercutir negativamente en el pronóstico y reflejar posibles barreras en el acceso o en el reconocimiento del riesgo por parte de las propias pacientes y del sistema.
- ✓ **Conclusiones:** Aunque muchas diferencias no fueron estadísticamente significativas, su relevancia clínica es evidente. **Incorporar de forma sistemática la perspectiva de género en la asistencia, formación y protocolos clínicos** resulta imprescindible para garantizar una atención equitativa y mejorar los resultados en salud cardiovascular en ambos sexos.

BIBLIOGRAFÍA

