

Reduzindo as Disparidades Sexuais nos Cuidados e Resultados do IAMCST: Virando a Maré para as Mulheres

Reducing Sex Disparities in STEMI Care and Outcomes: Turning the Tide for Women

F. Aaysha Cader¹  e Cristina Gavina^{2,3} 

Departamento de Cardiologia - Ibrahim Cardiac Hospital & Research Institute,¹ Dhaka – Bangladesh

Departamento de Cardiologia e Medicina - Hospital Pedro Hispano,² ULS Matosinhos – Portugal

Universidade do Porto,³ Porto - Portugal

Minieditorial referente ao artigo: Diferenças entre os Sexos no Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnívelamento do Segmento ST – Análise Retrospectiva de um Único Centro

Apesar das melhorias no tratamento das síndromes coronarianas agudas (SCA), globalmente, as disparidades entre os sexos permanecem.¹ As mulheres com infarto do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST (IAMCST) apresentam-se mais tarde, recebem cuidados abaixo do ideal e têm resultados piores do que os homens.¹⁻³

Em uma análise retrospectiva de centro único de 809 pacientes com IAMCST submetidos a ICP primária em Braga, Portugal, Oliveira et al. relataram disparidades sexuais na apresentação, tratamento e resultados.⁴ Embora a incidência de doença isquêmica cardíaca e morte coronária seja menor em Portugal do que em outros países europeus,⁵ a morte cardiovascular continua a ser a principal causa de mortalidade.

De modo semelhante às tendências globais, neste estudo, as mulheres eram mais velhas, com maior prevalência de comorbidades, incluindo diabetes, hipertensão, doença renal crônica e acidente vascular cerebral isquêmico agudo, e um escore de risco GRACE mais alto.⁴ As mulheres apresentaram mais frequentemente “sintomas atípicos”, pior classe de Killip, choque cardiogênico e necessidade de suporte hemodinâmico. Elas também experimentaram maior atraso na reperfusão e eram menos propensas a receber terapia médica recomendada pelas diretrizes internacionais.⁴ As mulheres tiveram maior mortalidade intra-hospitalar, de curto e longo prazo em 1 ano, em comparação aos homens, embora o sexo feminino não tenha sido um fator prognóstico independente para mortalidade. Os piores resultados foram observados com o aumento da idade, embora uma análise específica estratificada por sexo e idade não tenha sido apresentada.⁴

Estas disparidades de sexo refletem os registros globais e o grande Registo Português de Síndromes Coronárias Agudas (ProACS), incluindo 49.113 doentes com SCA, 14.177 dos quais eram mulheres.⁶ Além de confirmar as diferenças

já descritas, este registro também relatou uma alta incidência de sangramento maior e fibrilação atrial.

A revascularização imediata é de suma importância para melhores resultados em IAMCST. Neste estudo, atrasos significativamente maiores foram observados em todos os parâmetros para as mulheres depois que elas se apresentaram para atendimento médico, incluindo primeiro contato médico (PMC) para eletrocardiograma, início dos sintomas para balão e PMC para balão.⁴ Notavelmente, não foram observadas diferenças no tempo desde o início dos sintomas até a PMC, apesar do relato de sintomas mais “atípicos” pelas mulheres. Isso indica potencialmente vieses implícitos nos cuidados de saúde e um sub-reconhecimento dos sintomas, provavelmente resultando em tratamento menos agressivo das mulheres.⁷

De fato, a literatura contemporânea demonstra que os sintomas nas mulheres são frequentemente mais semelhantes aos dos homens,^{8,9} com aproximadamente 90% das mulheres e homens com infarto do miocárdio (IM) relatando dor torácica como sintoma inicial.¹⁰ No presente estudo, as mulheres relataram mais sintomas “atípicos” de dor epigástrica, náusea e dispnéia.⁴ O reconhecimento das diferenças entre os sexos nos sintomas da SCA é fundamental, pois as mulheres geralmente relatam três ou mais sintomas acompanhantes junto com desconforto torácico.¹⁰ Terminologia como “dor torácica atípica” se presta a cuidados menos emergentes em mulheres e, portanto, não é mais recomendada como uma palavra para descrever a dor torácica pelas Diretrizes de Dor Torácica de 2021 da American Heart Association e do American College of Cardiology.¹¹

As mulheres submetidas à ICP primária frequentemente apresentam sangramento maior, com estratégias de reperfusão menos frequentes envolvendo tromboaspiração e acesso transradial,¹² o que é conhecido por reduzir o sangramento e melhorar a mortalidade na SCA. Este aspecto, bem como variáveis relacionadas com o procedimento, como a composição da placa na imagem intravascular, ou a proporção de infarto do miocárdio com artérias coronárias não obstrutivas (MINOCA) ou dissecção espontânea da artéria coronária (SCAD),^{13,14} ambas as mais prevalentes de IAMCST em mulheres, não foram relatadas nesta análise.

O sucesso da ICP primária depende do grau de carga de trombo no vaso ocluído e sua embolização distal a jusante, levando a fluxo lento ou não-refluxo.¹⁵ Uma metanálise recente de três estudos randomizados descobriu que, entre os pacientes com IAMCST com alta carga de trombos (HTB),

Palavras-chave

Infarto do Miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST; Disparidades Sexuais; Mulheres; Síndromes Coronarianas Agudas.

Correspondência: F. Aaysha Cader •

Ibrahim Cardiac Hospital & Research Institute, Dhaka – Cardiology – 122, Kazi Nazrul Islam Avenue, Shahbag, Dhaka Please Select 1000 – Bangladesh
E-mail: aaysha.cader@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20220884>

as mulheres tinham maior risco de trombose de stent e mortalidade cardiovascular e por todas as causas do que os homens.¹⁵ Embora o HTB não tenha sido capturado neste estudo, as mulheres eram significativamente mais propensas a ter um grau de fluxo pré-PCI TIMI de 0 e aumento do fluxo lento/não-refluxo.⁴ Apesar disso, o uso de heparina não fracionada foi significativamente menor em mulheres do que em homens (85,4% vs. 90,0%).

Embora o sexo não tenha sido considerado um preditor independente de mortalidade após o ajuste para covariáveis, as disparidades no atendimento em geral levam a um forte apelo à ação no IAMCST e, de fato, no cuidado de mulheres com SCA.

Como podemos virar a maré? Globalmente, existem vieses implícitos nos cuidados de saúde, resultando em subdiagnóstico e atraso no tratamento de mulheres com

IAMCST. Mensagens apropriadas de saúde pública para garantir a apresentação oportuna em hospitais² e educação e treinamento de mitigação de vieses do pessoal de saúde são de suma importância, assim como atenção apropriada para reconhecer sintomas acompanhantes de dor torácica.¹

Abordagens baseadas em protocolo e baseadas em sistemas para tratamento de IAMCST demonstraram reduzir as disparidades entre sexos no tratamento de IAMCST e melhorar os resultados em mulheres² e devem ser incorporadas à prática. A representação feminina em ensaios clínicos deve ser reforçada. Existem disparidades regionais nas percepções e práticas; portanto, é necessária uma pesquisa específica da região e do país, alavancando registros em larga escala para identificar lacunas na gestão e preditores específicos do sexo dos resultados do IAMCST, para melhor definir abordagens direcionadas ao atendimento, que são mais adequadas ao sistema de saúde de cada país.

Referências

1. Cader FA, Banerjee S, Gulati M. Sex Differences in Acute Coronary Syndromes: A Global Perspective. *J Cardiovasc Dev Dis.* 2022;9(8):239. doi: 10.3390/jcdd9080239.
2. Huded CP, Johnson M, Kravitz K, Menon V, Abdallah M, Gullett TC, et al. 4-Step Protocol for Disparities in STEMI Care and Outcomes in Women. *J Am Coll Cardiol.* 2018;71(19):2122-32. doi: 10.1016/j.jacc.2018.02.039.
3. Stehli J, Martin C, Brennan A, Dinh DT, Lefkowitz J, Zaman S. Sex Differences Persist in Time to Presentation, Revascularization, and Mortality in Myocardial Infarction Treated With Percutaneous Coronary Intervention. *J Am Heart Assoc.* 2019;8(10):e012161. doi: 10.1161/JAHA.119.012161.
4. Oliveira CC, Vilela F, Braga C, Costa J, Marques J. ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Differences Between Genders – A Single Center Retrospective Analysis. *Arq Bras Cardiol.* 2023; 120(1):e20211040.
5. Timmis A, Vardas P, Townsend N, Torbica A, Katus H, Smeets D, et al. European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics 2021. *Eur Heart J.* 2022;43(8):716-99. doi: 10.1093/eurheartj/ehab892.
6. Roque D, Ferreira J, Monteiro S, Costa M, Gil V; Portuguese National Registry of Acute Coronary Syndromes Investigators. Understanding a Woman's Heart: Lessons From 14 177 Women with Acute Coronary Syndrome. *Rev Port Cardiol.* 2020;39(2):57-72. doi: 10.1016/j.repc.2020.03.002.
7. Johansson I, Strömberg A, Swahn E. Factors Related to Delay Times in Patients with Suspected Acute Myocardial Infarction. *Heart Lung.* 2004;33(5):291-300. doi: 10.1016/j.hrtlng.2004.04.002.
8. Khan NA, Daskalopoulou SS, Karp I, Eisenberg MJ, Pelletier R, Tsadok MA, et al. Sex Differences in Acute Coronary Syndrome Symptom Presentation in Young Patients. *JAMA Intern Med.* 2013;173(20):1863-71. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.10149.
9. Wouters LTCM, Zwart DLM, Erkelens DCA, Groot E, van Smeden M, Hoes AW, et al. Gender-Stratified Analyses of Symptoms Associated with Acute Coronary Syndrome in Telephone Triage: A Cross-Sectional Study. *BMJ Open.* 2021;11(6):e024206. doi: 10.1136/bmjopen-2020-042406.
10. Lichtman JH, Leifheit EC, Safdar B, Bao H, Krumholz HM, Lorenze NP, et al. Sex Differences in the Presentation and Perception of Symptoms Among Young Patients with Myocardial Infarction: Evidence from the VIRGO Study (Variation in Recovery: Role of Gender on Outcomes of Young AMI Patients). *Circulation.* 2018;137(8):781-90. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.031650.
11. Gulati M, Levy PD, Mukherjee D, Amsterdam E, Bhatt DL, Birtcher KK, et al. 2021 AHA/ACC/ASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation.* 2021;144(22):e368-e454. doi: 10.1161/CIR.0000000000001030.
12. Leurent G, Garlantézec R, Auffret V, Hacot JP, Coudert I, Filippi E, et al. Gender Differences in Presentation, Management and In-hospital Outcome in Patients with ST-Segment Elevation Myocardial Infarction: Data From 5000 Patients Included in the ORBI Prospective French Regional Registry. *Arch Cardiovasc Dis.* 2014;107(5):291-8. doi: 10.1016/j.acvd.2014.04.005.
13. Chieffo A, Buchanan GL, Mehilli J, Capodanno D, Kunadian V, Petronio AS, et al. Percutaneous Coronary and Structural Interventions in Women: A Position Statement From the EAPCI Women Committee. *EuroIntervention.* 2018;14(11):e1227-e1235. doi: 10.4244/EIJ-D-18-00225.
14. Kunadian V, Chieffo A, Camici PG, Berry C, Escaned J, Maas AHEM, et al. An EAPCI Expert Consensus Document on Ischaemia with Non-Obstructive Coronary Arteries in Collaboration with European Society of Cardiology Working Group on Coronary Pathophysiology & Microcirculation Endorsed by Coronary Vasomotor Disorders International Study Group. *Eur Heart J.* 2020;41(37):3504-20. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa503.
15. Manzi MV, Bucccheri S, Jolly SS, Zijlstra F, Frøbert O, Lagerqvist B, et al. Sex-Related Differences in Thrombus Burden in STEMI Patients Undergoing Primary Percutaneous Coronary Intervention. *JACC Cardiovasc Interv.* 2022;15(20):2066-76. doi: 10.1016/j.jcin.2022.08.013.

