



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI  
Facultat d'Infermeria

---

Campus Terres de l'Ebre

Paula Berná Andrés

Estefania Llinares Berenguer

**SÍNTOMAS ATÍPICOS DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN MUJERES:  
RETOS PARA EL TRIAJE ENFERMERO Y LA IDENTIFICACIÓN TEMPRANA  
UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**Dirigido por:** Dra. Maria Elena Solà Miravete

**Grado en Enfermería**



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI  
Facultat d'Infermeria

---

Campus Terres de l'Ebre

**TORTOSA, 2025-2026**

22 de mayo de 2026

## **Agradecimientos**

**Estefanía Llinares Berenguer**

Agradecer a mis padres, Antonio y Paqui, por ser mi raíz, mi hogar y mi fuerza en cada paso.

A mi tío Javi, por impulsarme hacia la sanidad y dar sentido a mi vocación.

A mis abuelas, Matilde y Consta, por su amor incondicional, siempre presente.

A mi abuelo Paco, porque sé que estás ahí, orgulloso de “la teua enfermereta”.

A Fran, Dori y Tere, Tata y Juan, por estar a mi lado.

A Rosa y David, por ver en mí potencialidades que no sabía que existían.

Al deporte, por ser mi terapia y por cruzar en mi camino personas maravillosas.

A Jeronim, Noelia, Alex y Alba, por no soltarme nunca.

A mis “Revolucionaries”, por todas las vivencias compartidas.

A Miguel, por ser calma y refugio, mi compañero.

A Bubu, por enseñarme la paz en lo simple.

A Tortosa, por hacerme crecer en la distancia y por las personas que me llevo conmigo.

Y, finalmente, a mis prácticas clínicas, por dar sentido a todo y recordarme por qué elegí este camino.

**Paula Berná Andrés**

Quiero expresar mi agradecimiento a quienes han estado a mi lado durante todo este proceso, acompañándome en cada decisión y en cada kilómetro de distancia, haciendo posible que este camino haya sido más llevadero.

A quienes, con su apoyo constante, sus viajes de ida y vuelta y su presencia incondicional, han sido un pilar fundamental en esta etapa.

A mí misma, por el esfuerzo, la constancia y la perseverancia que me han permitido llegar hasta aquí.

Y, por último, a la enfermería, por enseñarme a reconocer la parte más humana, frágil y auténtica de las personas. Por recordarme el valor del cuidado, la empatía y la cercanía, por dar sentido a este camino que hoy empieza.

Agradecer finalmente por ambas partes a nuestra tutora Elena, por ayudarnos en cada momento en esta presente investigación. Gracias.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>ÍNDICE DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS.....</b>	<b>5</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS.....</b>	<b>5</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>6</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
<b>2. MARCO CONCEPTUAL.....</b>	<b>10</b>
2.1 Síndrome Coronario Agudo (SCA): Definición, fisiopatología y clasificación.....	10
2.1.1 Mecanismo de la isquemia miocárdica.....	10
2.1.2 Diferenciación entre SCA con elevación del ST (IAMCEST) y sin elevación del ST (IAMSEST).....	10
→ Síndrome Coronario Agudo con elevación del segmento ST (IAMCEST o SCACEST), o anteriormente infarto agudo de miocardio con onda Q.....	10
→ Síndrome Coronario Agudo sin elevación del segmento ST (IAMSEST o SCASEST), o anteriormente infarto agudo de miocardio sin onda Q.....	11
→ Angina Inestable.....	11
2.1.3 Impacto clínico y pronóstico.....	11
2.2 Factores de riesgo cardiovascular: Prevalencias en la mujer.....	11
2.2.1 Perfil de riesgo cardiovascular en la mujer.....	12
2.2.2 Interacción de los factores de riesgo en la mujer.....	12
2.3 Arteriosclerosis y diferencias de género en la enfermedad coronaria.....	12
2.3.1 Variaciones entre mujeres y hombres.....	12
2.3.2 Particularidades en el desarrollo y progresión de la enfermedad coronaria.....	13
2.3.3 Riesgo de infradiagnóstico en mujeres y el Síndrome de Yentl.....	13
2.4 Presentación clínica de la SCA.....	13
2.4.1 Síntomas típicos y atípicos.....	13
2.4.2 Diferencias de género en la sintomatología.....	14
→ Isquemia silente.....	14
→ Equivalentes anginosos.....	14
→ Manifestaciones neurovegetativas.....	14
2.4.3 Sesgos de género e impacto: Riesgo de retraso diagnóstico.....	14

2.5	Triaje enfermero a urgencias y rol de enfermería en la detección del SCA.....	15
2.5.1	Modelos de triaje y aplicación en sospecha del SCA.....	15
2.5.2	Rol de la enfermería en la detección precoz del SCA.....	15
	→ Valoración inicial dirigida.....	15
	→ Identificación de banderas rojas (Red Flags).....	16
	→ Activación de protocolos.....	16
2.6	Protocolos, guías y recomendaciones actuales.....	16
2.6.1	Guías de la European Society of Cardiology (ESC).....	16
2.6.2	American College of Cardiology / AHA.....	16
2.6.3	Protocolos de SEMES y Código IAM.....	16
2.6.4	Recomendaciones específicas para la población femenina.....	17
2.7	Modelo conceptual enfermero aplicado.....	17
2.7.1	Justificación del modelo en el ámbito de urgencias.....	17
2.7.2	Aplicación práctica en pacientes con sospecha de SCA.....	17
2.8	Importancia clínica y seguridad del paciente.....	18
2.8.1	Detección precoz y reducción de mortalidad.....	18
2.8.2	Necesidad de enfoque con perspectiva de género.....	18
<b>3.</b>	<b>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
	<b>Objetivos.....</b>	<b>19</b>
	I. General.....	19
	II. Específicos.....	19
<b>4.</b>	<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>20</b>
4.1	Bases de datos.....	20
4.2	Descriptores de búsqueda.....	20
4.3	Tabla de las ecuaciones de búsqueda.....	21
	1º Ecuación con enfoque general.....	21
	2º Ecuación comparativa mujeres-hombres.....	22
	3º Ecuación de la actuación del IAM hacia las mujeres en urgencias.....	23
<b>5.</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>24</b>
5.1	Diagrama de flujo PRISMA.....	24

5.2 Tabla resumen de los artículos.....	25
5.3 Análisis de calidad metodológica: Criterios CASPe.....	30
<b>6. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>31</b>
6.1 Retrasos en la atención: Un fenómeno acumulativo con determinantes múltiples.....	31
6.2 Triage enfermero y subtraje: Expresión clínica del sesgo de género.....	32
6.3 Sintomatología: De la “atipicidad” al sesgo epistemológico.....	33
6.4 Consecuencias clínicas: Desigualdad evitable.....	33
6.5 Implicaciones para la práctica enfermera: Hacia una transformación estructural.....	34
<b>7. CONCLUSIONES.....</b>	<b>35</b>
<b>8. LÍMITES DE ESTUDIO Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>36</b>
<b>9. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>37</b>
<b>10. ANEXOS.....</b>	<b>44</b>
Anexo 1. Algoritmo Código IAM Cataluña.....	44
Anexo 2. Algoritmo AHA evaluación inicial del SCA (2025).....	45
Anexo 3. Listado de verificaciones PRISMA 2020.....	46

## ÍNDICE DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

- **AHA:** American Heart Association
- **CASPe:** Critical Appraisal Skills Programme Español
- **CEBM:** Centre for Evidence - Based Medicine
- **DM:** Diabetes Mellitus
- **ECG:** Electrocardiograma
- **ESC:** European Society of Cardiology
- **IAM:** Infarto Agudo de Miocardio
- **IAMCEST / SCACEST:** Infarto / Síndrome Coronario Agudo de Miocardio con Elevación del Segmento ST
- **IAMSEST / SCASEST:** Infarto / Síndrome Coronario Agudo de Miocardio sin Elevación del Segmento ST
- **MAT:** Modelo de Atención de Triage
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **PICO:** Población, Intervención, Comparación, Outcome (resultado)
- **PRISMA:** Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
- **SEMES:** Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias
- **SET:** Sistema Español de Triage
- **SCA:** Síndrome Coronario Agudo
- **OR:** Odds Ratio

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Pregunta de investigación.....	19
Tabla 2. Criterios de inclusión.....	20
Tabla 3. Criterios de exclusión.....	20
Tabla 4. Primera Ecuación.....	21
Tabla 5. Segunda ecuación.....	22
Tabla 6. Tercera ecuación.....	23
Tabla 7. Tabla referencial.....	25
Tabla 8. Artículos conceptuales del estudio.....	29
Tabla 9. Calidad metodológica.....	30

## RESUMEN

### **Introducción y objetivo:**

El Infarto Agudo de Miocardio (IAM) presenta una elevada morbimortalidad a nivel mundial. Sin embargo, las mujeres presentan con mayor frecuencia síntomas diferentes del dolor torácico, lo que retrasa el triaje y empeora el pronóstico. Ante esta realidad, el papel de enfermería en urgencias es determinante. Este trabajo busca identificar los síntomas atípicos del IAM en mujeres y analizar cómo influyen en su detección precoz y en la mortalidad en urgencias.

### **Metodología:**

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, CUIDEN, Dialnet y Enfispo. Se utilizaron descriptores MeSH y DeCS combinados con operadores booleanos (AND, OR NOT).

### **Resultados:**

Los resultados confirman una menor intensidad diagnóstica en mujeres, con retrasos significativos en los tiempos puerta-ECG y puerta-balón. Se identifica que la sintomatología femenina, erróneamente etiquetada como "atípica", junto a factores psicosociales, eleva la morbimortalidad, en un total de 11 estudios incluidos en la revisión.

### **Discusión:**

La discusión revela que la sintomatología femenina, erróneamente etiquetada, es en realidad un patrón frecuente que la visión androcéntrica de la cardiología ha invisibilizado. Esta interpretación sesgada provoca un subtraje sistemático y retrasos clínicos, duplicando en ocasiones la mortalidad intrahospitalaria femenina.

### **Conclusión:**

La terminología sesgada perpetúa retrasos en la atención cardiovascular femenina, duplicando su mortalidad. La enfermería de urgencias debe liderar un cambio de paradigma mediante un triaje con perspectiva de género y valoraciones integrales para una detección precoz equitativa.

Palabras clave: Infarto Agudo de Miocardio, mujeres, síntomas atípicos, triaje enfermero, diferencias de género.

## ABSTRACT

### **Introduction and objectives:**

Acute myocardial infarction (AMI) is associated with high morbidity and mortality worldwide. However, women more frequently present with symptoms other than chest pain, which delays triage and worsens the prognosis. Given this reality, the role of nursing in the emergency department is critical. This study aims to identify atypical symptoms of AMI in women and analyze how they influence early detection and mortality in the emergency department.

### **Methodology:**

A literature review was conducted in the PubMed, CUIDEN, Dialnet, and Enfispo databases. MeSH and DeCS terms were used in combination with Boolean operators (AND, OR, NOT).

### **Results:**

The results confirm that women receive less intensive diagnostic care, with significant delays in door-to-ECG and door-to-balloon times. The study found that symptoms in women—often mistakenly labeled as “atypical”—combined with psychosocial factors, increase morbidity and mortality with a total of 11 studies included in the review.

### **Discussion:**

The discussion reveals that female symptoms, which have been mislabeled, are in fact a common pattern that the androcentric perspective in cardiology has rendered invisible. This biased interpretation leads to systematic undertriage and clinical delays, sometimes doubling in-hospital mortality among women.

### **Conclusion:**

Biased terminology perpetuates delays in cardiovascular care for women, doubling their mortality rate. Emergency nurses must lead a paradigm shift through gender-sensitive triage and comprehensive assessments to ensure equitable early detection.

Key Words: Acute Myocardial Infarction, women, atypical symptoms, nursing triage, gender differences.

## 1. INTRODUCCIÓN

El infarto agudo de miocardio (IAM) continúa siendo una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial y supone un importante reto para los sistemas sanitarios. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cardiovasculares provocan aproximadamente 17,9 millones de muertes anuales, lo que representa el 32% de todas las defunciones globales (WHO, 2023). En el contexto español, el IAM se sitúa entre las primeras causas de mortalidad (INE, 2023), lo que exige una respuesta sanitaria rápida y eficaz.

Fisiopatológicamente, el IAM se produce por una interrupción súbita del flujo sanguíneo en una arteria coronaria, lo que ocasiona la necrosis del tejido miocárdico. Este evento suele ser consecuencia de la rotura de una placa de ateroma, compuesta por lípidos, calcio y otros elementos sanguíneos, que favorece la formación de un trombo obstructivo (Byrne et al., 2023). Cuando dicha obstrucción es total, se produce el infarto, mientras que en una obstrucción parcial suele manifestarse como angina de pecho (Sambola et al., 2018).

En relación con su etiología, los factores de riesgo cardiovascular se clasifican habitualmente en modificables y no modificables (Ministerio de Sanidad, 2022). Entre los modificables destacan la hipertensión arterial, el tabaquismo, la obesidad, la dislipemia y la diabetes mellitus, que desempeñan un papel fundamental en el desarrollo de la enfermedad coronaria. En conjunto, estos factores contribuyen de forma sinérgica al daño vascular y al aumento del riesgo de eventos agudos, sin que uno de ellos actúe de manera aislada como determinante principal (Arrieta et al., 2022).

En el caso de la mujer, la carga global de factores de riesgo cardiovascular se asocia a una evolución clínica menos favorable y a un mayor riesgo de eventos isquémicos en comparación con los hombres, lo que refuerza la importancia de una valoración integral del perfil cardiovascular (Sociedad Española de Cardiología, 2021).

A pesar de esta evidencia, la literatura científica demuestra un marcado sesgo de género en el reconocimiento clínico del síndrome coronario agudo. Las mujeres presentan con mayor frecuencia síntomas atípicos como disnea, fatiga extrema o náuseas, en lugar del dolor torácico clásico (Martínez et al., 2018). Esta presentación clínica inespecífica puede dificultar el triaje inicial y favorecer retrasos diagnósticos asociados a un peor pronóstico.

Ante esta realidad, el papel de la enfermería en los servicios de urgencias resulta crucial. La capacidad del profesional para detectar signos de alarma y activar protocolos de respuesta rápida es

un elemento determinante en el pronóstico. Dado que el sexo femenino y la presencia de sintomatología atípica se asocian a una mayor mortalidad (Fernández et al., 2017), es necesario promover una formación con perspectiva de género que permita valoraciones más precisas y equitativas, con el fin de evitar el Síndrome de Yentl (Aranda, 2025).

En definitiva, el presente trabajo pretende visibilizar la vulnerabilidad de las mujeres ante el IAM y analizar la labor de enfermería en su detección precoz. Optimizar el reconocimiento precoz de estos síntomas no solo permitirá reducir la mortalidad, sino también mejorar la calidad de vida de estas pacientes, justificando la necesidad de integrar la perspectiva de género en la práctica clínica urgente.

## 2. MARCO CONCEPTUAL

### 2.1 Síndrome Coronario Agudo (SCA): Definición, fisiopatología y clasificación

El síndrome coronario agudo (SCA) constituye una de las manifestaciones clínicas más relevantes de la cardiopatía isquémica, y engloba un conjunto de situaciones en las que se produce un desajuste entre el aporte y la demanda de oxígeno del miocardio. Este concepto engloba los procesos relacionados con la obstrucción aguda de la arteria coronaria (Fundación Española del Corazón, 2025).

#### 2.1.1 Mecanismo de la isquemia miocárdica

La base fisiopatológica del SCA se centra en la aterosclerosis, un proceso crónico caracterizado por la acumulación de lípidos, células inflamatorias y tejido fibroso en la pared arterial (NHLBI, 2024). Con el tiempo, la formación de placas ateromatosas puede generar una obstrucción progresiva del lumen coronario, y, en ciertos casos, la ruptura o desplazamiento de estas placas conduce a una disminución crítica del flujo sanguíneo coronario (Battilana et al., 2020).

Cuando una placa de ateroma se desprende de la pared arterial, puede desencadenarse la formación de un trombo o coágulo que ocluye la luz de la arteria. Esta obstrucción detiene el flujo sanguíneo y priva de irrigación a una zona del tejido cardíaco. En consecuencia, esa región pierde su capacidad contráctil y disminuye el suministro de oxígeno y nutrientes. Si esta situación se prolonga más de 20 minutos, el tejido afectado sufre necrosis irreversible, lo que da lugar al infarto agudo de miocardio (Fernández, 2019).

#### 2.1.2 Diferenciación entre SCA con elevación del ST (IAMCEST) y sin elevación del ST (IAMSEST)

En la práctica clínica se reconoce la clasificación del SCA que incluye angina inestable, síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, y síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST; ambos últimos se encuentran dentro de la clasificación del infarto agudo de miocardio (IAM) (Fernández, 2019).

→ Síndrome Coronario Agudo con elevación del segmento ST (IAMCEST o SCACEST), o anteriormente infarto agudo de miocardio con onda Q

Se caracteriza por una oclusión coronaria completa y sostenida. La interrupción total del flujo provoca una isquemia intensa que conduce a la necrosis transmural, muerte en todo el espesor de la

pared miocárdica. En el electrocardiograma (ECG) se observa la elevación del segmento ST. Requiere reperfusión inmediata mediante angioplastia primaria o fibrinólisis (Fernández, 2019).

→ Síndrome Coronario Agudo sin elevación del segmento ST (IAMSEST o SCASEST), o anteriormente infarto agudo de miocardio sin onda Q

La obstrucción coronaria es incompleta o intermitente, permitiendo un flujo residual. La necrosis suele ser subendocárdica, capa interna del miocardio. En el ECG no aparece elevación del segmento ST, aunque pueden detectarse descensos del ST o inversión de la onda T (Fernández, 2019).

→ Angina Inestable

Se define como la isquemia del miocardio en reposo o esfuerzo mínimo, pero sin que exista necrosis de los cardiomiocitos. Esta ausencia del daño celular se refleja en que los biomarcadores cardíacos, tales como la troponina, permanecen dentro de los parámetros normales (Battilana et al., 2020).

### **2.1.3 Impacto clínico y pronóstico**

El IAM continúa siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad cardiovascular. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, en 2023 se registraron más de 240.000 fallecimientos por causas cardiovasculares en España, de los cuales aproximadamente 27.000 estuvieron relacionados con la cardiopatía isquémica (INE, 2023).

Aunque la mortalidad intrahospitalaria se ha reducido un 40% desde los años noventa gracias a terapias de reperfusión y las unidades coronarias, la mortalidad extrahospitalaria sigue siendo elevada debido al retraso en el reconocimiento de los síntomas y la aparición de arritmias malignas en las primeras horas (Comunidad de Madrid, 2023). El pronóstico está estrechamente ligado al “tiempo puerta-balón”; sin embargo, registros como el REGICOR indican que la letalidad a 28 días se ha estabilizado en torno al 15%, lo que subraya que aún persisten limitaciones en la supervivencia global, especialmente en la fase de detección inicial (Regicor, 2025).

## **2.2 Factores de riesgo cardiovascular: Prevalencias en la mujer**

El desarrollo de las enfermedades cardiovasculares está determinado por una combinación compleja de factores biológicos, socioculturales y metabólicos. En el caso de las mujeres, la evidencia señala una mayor coexistencia de múltiples factores de riesgo, lo que incrementa su vulnerabilidad cardiovascular global a lo largo de su ciclo vital en comparación con los hombres (Molina y Salazar, 2021).

### **2.2.1 Perfil de riesgo cardiovascular en la mujer**

Entre los principales factores de riesgo cardiovascular se incluyen la hipertensión arterial, la dislipemia aterogénica, la obesidad y el tabaquismo, los cuales constituyen determinantes fundamentales en el desarrollo de la enfermedad coronaria (Arrieta et al., 2022).

En este contexto, la diabetes mellitus (DM) se considera un factor adicional dentro del conjunto de alteraciones metabólicas que contribuyen al riesgo cardiovascular global. Su presencia se asocia a un perfil metabólico más adverso y a una mayor susceptibilidad a eventos cardiovasculares mayores, especialmente en mujeres, en quienes se ha descrito un incremento relativo del riesgo de complicaciones coronarias y mortalidad cardiovascular debido a las neuropatías, en comparación con los hombres (Feng, Peña y Li, 2017).

### **2.2.2 Interacción de los factores de riesgo en la mujer**

Los factores de riesgo cardiovascular tienden a coexistir e interactuar de forma sinérgica, favoreciendo la progresión de la arteriosclerosis. En las mujeres, esta interacción se ve modulada por factores no modificables como la edad y los cambios hormonales asociados a la menopausia, que influyen en la distribución del tejido adiposo y en el metabolismo lipídico (Kunadian et al., 2020).

La coexistencia de alteraciones metabólicas junto con otros factores de riesgo cardiovascular potencia el daño endotelial y acelera la progresión de la enfermedad arteriosclerótica. Sin embargo, la evidencia actual sugiere que el riesgo cardiovascular en la mujer debe interpretarse desde una perspectiva global, en la que la acumulación de factores de riesgo, más que la presencia aislada de uno de ellos, determina la vulnerabilidad cardiovascular (Marrugat et al., 2006).

## **2.3 Arteriosclerosis y diferencias de género en la enfermedad coronaria**

Hasta finales del siglo XX, la distinta manera de enfermar de hombres y mujeres apenas era considerada en la práctica clínica. Ambos sexos eran diagnosticados y tratados de forma casi idéntica, debido a que la mayoría de los estudios clínicos incluían principalmente a varones. Como consecuencia, la mujer ha sido evaluada y tratada con frecuencia a partir de parámetros de la fisiopatología masculina (Moles et al., 2022).

### **2.3.1 Variaciones entre mujeres y hombres**

Aunque la patología cardiovascular es la primera causa de muerte en mujeres, existen diferencias biológicas en el desarrollo de la placa de ateroma. Mientras que en los hombres es más frecuente la rotura de la placa calcificada, en las mujeres (especialmente antes de la menopausia) se observa con

mayor frecuencia la erosión de la placa o la disfunción microvascular, lo que puede dar lugar a presentaciones clínicas menos evidentes en las pruebas diagnósticas convencionales (Kunadian et al., 2020).

### **2.3.2 Particularidades en el desarrollo y progresión de la enfermedad coronaria**

La pérdida del efecto protector de los estrógenos tras la menopausia acelera la progresión de la aterosclerosis en la mujer (Kunadian et al., 2020). Además, factores como el menor calibre de las arterias coronarias femeninas y una mayor tendencia a la reactividad vascular influyen en que el daño miocárdico progrese de forma distinta y, a menudo, afecta a vasos de pequeño calibre (enfermedad del vaso pequeño), lo que dificulta la identificación visual en una coronariografía estándar (García et al., 2016).

### **2.3.3 Riesgo de infradiagnóstico en mujeres y el Síndrome de Yentl**

El desconocimiento social y profesional sobre estas diferencias alimenta una percepción estereotipada del infarto como un evento primordialmente “masculino”. En este contexto, cobra especial relevancia el denominado Síndrome de Yentl. Este concepto, acuñado en la década de los 90, describe el sesgo por el cual las mujeres reciben un menor nivel de atención, diagnóstico y tratamiento cardiovascular a menos que presenten una sintomatología idéntica a la del varón (Vogel et al., 2021).

Este fenómeno implica que, al no ajustarse al modelo clínico tradicional, la enfermedad coronaria en la mujer puede ser infravalorada o atribuida inicialmente a causas psicógenas como la ansiedad. Según el estudio “Hombres y mujeres ante un IAM, ¿actuamos diferente?” (Sociedad Española de Cardiología, 2021), solo el 39% de las mujeres reconoce los síntomas de un IAM, lo que, sumado al Síndrome de Yentl en el entorno sanitario, perpetúa una brecha de mortalidad injustificada.

## **2.4 Presentación clínica de la SCA**

La identificación temprana del SCA depende de la capacidad del paciente y del profesional para reconocer los signos de alarma. Sin embargo, estos no suelen aparecer de forma uniforme.

### **2.4.1 Síntomas típicos y atípicos**

El síntoma “típico” se describe como un dolor retroesternal opresivo (sensación de peso) que puede irradiarse a la mandíbula, cuello o brazo izquierdo. No obstante, las mujeres presentan mayor frecuencia síntomas atípicos: disnea (dificultad para respirar), fatiga extrema e inusual, náuseas, vómitos, dolor interescapular o malestar epigástrico (Tajer y Charask, 2013).

#### **2.4.2 Diferencias de género en la sintomatología**

Estas variaciones sintomáticas tienen un impacto directo en la supervivencia. Los datos revelan que las mujeres tardan una media de 237 minutos en acudir a urgencias desde el inicio de los síntomas, en comparación con los 98 minutos de los varones (Tajer y Charask, 2013). Esta demora prehospitalaria es crítica, ya que casi la mitad de los fallecimientos por IAM ocurren en las primeras tres o cuatro horas desde el inicio del cuadro (Sociedad Española de Cardiología, 2017). La sintomatología en mujeres puede presentar diferencias respecto a la descrita clásicamente en varones:

##### → Isquemia silenciosa

Existe una mayor prevalencia de infartos “silenciosos” o indoloros, donde la paciente no experimenta la clásica opresión precordial, eliminando así el principal signo de alarma que motiva la búsqueda de ayuda urgente.

##### → Equivalentes anginosos

Ante la falta de dolor, el infarto suele manifestarse mediante síntomas inespecíficos o “equivalentes”. La neuropatía desplaza el foco de atención hacia síntomas como la disnea súbita, fatiga extrema inexplicable, confusión mental o síncope.

##### → Manifestaciones neurovegetativas

En estas pacientes, el cuadro puede presentarse únicamente con náuseas, vómitos o una sensación de malestar general, síntomas que frecuentemente se confunden con cuadros virales o digestivos, aumentando la probabilidad de un error de clasificación en el triaje.

#### **2.4.3 Sesgos de género e impacto: Riesgo de retraso diagnóstico**

La combinación del sexo femenino, sujeta al Síndrome de Yentl, y tener sintomatología distinta, incrementa el riesgo de que el cuadro sea clasificado erróneamente en el triaje. El personal sanitario, al esperar el “clásico” dolor opresivo, puede subestimar la gravedad de una mujer que acude por fatiga o náuseas.

Este sesgo no sólo retrasa la realización del primer ECG, sino que pospone el tratamiento de reperfusión, aumentando la probabilidad de complicaciones graves como el shock cardiogénico o la insuficiencia cardíaca congestiva. La aplicación del Síndrome de Yentl a la práctica enfermera permite

identificar que la seguridad de la paciente está comprometida por una visión androcéntrica de la medicina (Solola, Henry y Mei, 2022).

## **2.5 Triage enfermero a urgencias y rol de enfermería en la detección del SCA**

El triaje constituye el primer contacto del paciente con el sistema de urgencias. Es un proceso de valoración clínica dinámica donde la enfermería determina la prioridad asistencial basándose en el riesgo vital y la necesidad de recursos, más que en el diagnóstico médico inicial.

### **2.5.1 Modelos de triaje y aplicación en sospecha del SCA**

En el ámbito de Cataluña, el modelo de referencia es el Modelo Andorrano de Triage (MAT), integrado en el Sistema Español de Triage (SET). Este sistema utiliza una escala de cinco niveles de prioridad (Parc Taulí, 2021):

- Nivel I (Resucitación): Riesgo vital inmediato.
- Nivel II (Emergencia): Situación de riesgo vital potencial, cuya resolución es tiempo - dependiente. Aquí se sitúa el SCA con síntomas típicos o sospecha clínica alta. Tiempo de reevaluación de 15 minutos.
- Nivel III (Urgencia): Situaciones con potencial riesgo vital. Tiempo de reevaluación de 30 minutos.
- Niveles IV y V: Situaciones menos urgentes o no urgentes. Tiempo de reevaluación de 60 - 120 minutos.

El reto en las mujeres es evitar que su sintomatología atípica (fatiga, náuseas, disnea) las desvíe hacia los niveles IV o V, lo que retrasaría la realización de pruebas críticas.

### **2.5.2 Rol de la enfermería en la detección precoz del SCA**

La enfermería de triaje actúa como la primera barrera de seguridad para el paciente. Sus funciones principales incluyen (Quirón Salud, 2017):

#### → Valoración inicial dirigida

Una anamnesis rápida, pero exhaustiva que explore no solo el dolor, sino sus características, localización, factores desencadenantes y, sobre todo, los síntomas acompañantes (disnea, sudoración, náuseas).

### → Identificación de banderas rojas (Red Flags)

Ante una mujer diabética, la aparición de una fatiga súbita o un malestar general inexplicable debe considerarse una señal de alarma de origen cardíaco hasta que se demuestre lo contrario.

### → Activación de protocolos

La identificación de estos signos debe llevar a la realización inmediata de un ECG (en menos de 10 minutos) y la activación del Código IAM si se confirman criterios de reperfusión (Generalitat de Catalunya, 2014) (Anexo 1).

## **2.6 Protocolos, guías y recomendaciones actuales**

La atención al SCA está estandarizada por organismos internacionales para reducir la variabilidad clínica y mejorar la supervivencia.

### **2.6.1 Guías de la European Society of Cardiology (ESC)**

Las guías de la ESC (2023) integran por primera vez todo el espectro del SCA en un solo documento. Subrayan la prevalencia de sintomatología diferente presentada en mujeres y pacientes asociados a la diabetes. Es frecuente que estos pacientes presenten síntomas atípicos. Recomiendan un diagnóstico inmediato y una estrategia de revascularización similar a la de los pacientes no diabéticos, enfatizando el control glucémico y lipídico (Byrne et al., 2023).

### **2.6.2 American College of Cardiology / AHA**

Las actualizaciones de 2025 de la AHA refuerzan la necesidad de evaluación prehospitalaria y el uso de troponinas de alta sensibilidad. Aunque reconocen lagunas en la evidencia sobre diferencias de sexo en resultados a largo plazo, insisten en la realización inmediata del ECG ante cualquier sospecha (Sunil et al., 2025) (Anexo 2).

### **2.6.3 Protocolos de SEMES y Código IAM**

La SEMES enfatiza un triaje adaptado al sexo. A través de iniciativas como "MUEjeres", promueven la conciencia sobre las presentaciones atípicas femeninas (disnea, mareo, dolor diafragmático) para evitar el retraso diagnóstico (Miguens et al., 2023). Recomiendan que, ante cualquier duda clínica en mujeres de riesgo, se active la vía rápida cardiovascular.

#### 2.6.4 Recomendaciones específicas para la población femenina

Las guías actuales coinciden en que el sexo femenino es un modificador del cuadro clínico. Se recomienda que los protocolos de dolor torácico pasen a denominarse “protocolos de malestar torácico o equivalentes”, permitiendo que la enfermera de triaje tenga autonomía para realizar un ECG a las pacientes incluso ante síntomas vagos, garantizando así la seguridad del proceso (Byrne et al., 2023).

#### 2.7 Modelo conceptual enfermero aplicado

La práctica de enfermería en urgencias debe sustentarse en un modelo que permita una valoración sistemática y rápida. Para este estudio se ha seleccionado el modelo de Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon, el cual resulta especialmente pertinente en el contexto de la mujer con SCA.

##### 2.7.1 Justificación del modelo en el ámbito de urgencias

A diferencia de otros modelos más rígidos, los Patrones de Gordon permiten una valoración dinámica y orientada al razonamiento clínico. Mientras que otros modelos se centran en necesidades básicas, Gordon facilita la identificación de alteraciones funcionales complejas. Esto es crucial en escenarios de urgencia para detectar precozmente signos sutiles o inespecíficos, como ocurre en el IAM femenino y, especialmente, en el contexto de la isquemia silente (López y Ros, 2010).

##### 2.7.2 Aplicación práctica en pacientes con sospecha de SCA

El uso de estos patrones permite a la enfermera de triaje organizar la información crítica de manera integral (IFSES, 2024; Giordano et al., 2025):

1. **Patrón Percepción - Manejo de la salud:** Identifica factores de riesgo, control glucémico y el conocimiento de la paciente sobre su enfermedad. Detecta si la mujer tiende a minimizar sus síntomas por roles de género.
2. **Patrón Nutricional - Metabólico:** Explora descompensaciones glucémicas que pueden coexistir o enmascarar el IAM.
3. **Patrón Actividad - Ejercicio:** Fundamental para detectar la disnea de esfuerzo o la fatiga inusual, que son los principales síntomas atípicos en mujeres.
4. **Patrón Cognitivo - Perceptivo:** Permite valorar alteraciones en la percepción del dolor. Es aquí donde la enfermera debe sospechar del SCA a pesar de la ausencia de dolor típico.
5. **Patrón Autopercepción - Autoconcepto:** Evalúa el impacto emocional y el estrés, que en mujeres actúa como un desencadenante frecuente de eventos coronarios.

## **2.8 Importancia clínica y seguridad del paciente**

La detección precoz del IAM en mujeres no es solo un objetivo clínico; es un imperativo de seguridad. El triaje actúa como la primera barrera de defensa; cualquier fallo en esta fase tiene consecuencias críticas.

### **2.8.1 Detección precoz y reducción de mortalidad**

El pronóstico del SCA es directamente proporcional a la rapidez de la reperfusión, ya que es una patología tiempo-dependiente (Battilana et al., 2020). Una identificación temprana en el triaje permite reducir el tiempo de isquemia, disminuyendo la probabilidad de necrosis transmural, arritmias malignas y fallo cardíaco crónico.

Debido a la sintomatología atípica y al Síndrome de Yentl, existe un riesgo elevado de infravaloración. Clasificar a una mujer con náuseas y fatiga en un nivel de prioridad bajo (IV o V) retrasa la realización del ECG dentro de los primeros 10 minutos, lo que constituye un incidente de seguridad del paciente. Estos errores de triaje se traducen en una pérdida de oportunidad terapéutica y un aumento injustificado de la letalidad femenina (SEMES, 2025).

### **2.8.2 Necesidad de enfoque con perspectiva de género**

Resulta esencial que los protocolos de triaje evolucionen hacia un enfoque con perspectiva de género que integre la diabetes como un factor “silenciador” del dolor. La seguridad de la paciente puede verse favorecida si la enfermería de urgencias es capaz de trascender el modelo androcéntrico tradicional, reconociendo que en la mujer, la ausencia de dolor no significa ausencia de gravedad (Fundación Española del Corazón, 2024).

### 3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

Para realizar la investigación nos hemos basado en una pregunta PICO, a través de la cual responderemos a los artículos seleccionados:

**¿La presentación de síntomas atípicos del infarto agudo de miocardio en las mujeres influye en su detección precoz en los servicios de urgencias en comparación con los hombres?**

Tabla 1. Pregunta de investigación

<b>P</b>	Población: Mujeres que sufren un infarto.
<b>I</b>	Intervención: Detección precoz de signos y síntomas del IAM en mujeres.
<b>C</b>	Comparación: La sintomatología y tiempo de actuación en varones.
<b>O</b>	Outcomes/Resultados: Valorar las diferencias y eficacias de triaje en el sexo femenino.

#### Objetivos

##### **I. General**

- Analizar las diferencias de género en la presentación del infarto agudo de miocardio en mujeres y su impacto en el triaje enfermero, los tiempos de atención y la morbimortalidad.

##### **II. Específicos**

- Describir las particularidades en la sintomatología del IAM en mujeres.
- Identificar los factores asociados al retraso en la solicitud de atención y al diagnóstico del IAM en las mujeres.
- Analizar las consecuencias clínicas derivadas del retraso diagnóstico y terapéutico en mujeres con IAM.
- Evaluar la existencia de sesgos de género en el triaje enfermero y en la atención en los servicios de urgencias.
- Identificar implicaciones para la práctica enfermera orientadas a mejorar la detección precoz y la equidad asistencial del IAM en las mujeres.

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1 Bases de datos

Esta revisión bibliográfica permite sintetizar y analizar de forma estructurada la evidencia científica existente sobre los síntomas atípicos del infarto agudo de miocardio (IAM) en mujeres, su impacto en el triaje enfermero, la identificación temprana del evento cardiovascular y su morbimortalidad.

A continuación, se muestra la metodología empleada en la revisión bibliográfica. La búsqueda se realizó en las bases de datos: CUIDEN, PubMed, Dialnet y Enfispo.

Se empleó lenguaje libre en dos idiomas:

- Español: Mujeres, Infarto Agudo de Miocardio, diferencias del sexo, síntomas, triaje, emergencias...
- Inglés: Myocardial Infarctions, Acute Coronary Syndromes, symptoms, Women, sex differences, emergency...

### 4.2 Descriptores de búsqueda

Además, se emplearon descriptores MeSH: Myocardial Infarction, sex-based differences, gender-based differences, clinical symptoms and emergency.

Como también se emplearon criterios DeCs en español: Infarto del miocardio, diferencias sexuales / mujer, signos y síntomas / sintomatología, urgencias.

Estos descriptores se combinaron mediante los operadores booleanos: OR / AND

Los criterios de exclusión/inclusión que se aplicaron fueron los siguientes:

Tabla 2. Criterios de inclusión

<b>Fecha</b>	Últimos 5-10 años
<b>Idioma</b>	Inglés, español, portugués
<b>Contenido</b>	Texto Completo

Tabla 3. Criterios de exclusión

<b>Tipo de estudio</b>	Systematic Review
<b>Accesibilidad</b>	Sin acceso gratuito

La búsqueda se realizó la semana del 26 de enero de 2026.

### 4.3 Tabla de las ecuaciones de búsqueda

#### 1º Ecuación con enfoque general

**MeSH:** (myocardial infarction) AND (clinical symptoms OR symptom presentation)

**DeCS:** (infarto de miocardio) AND (sintomatología)

Tabla 4. Primera Ecuación

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Filtros marcados	Documentos seleccionados
CUIDEN	(infarto de miocardio) AND (sintomatología)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Publicados en los últimos 10 años</li> <li>- Texto completo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sin filtros: 6</li> <li>● Con filtros: 4</li> <li>● Excluidos: 3</li> <li>● Seleccionados: 0</li> </ul>
PubMed	(myocardial infarction) AND (clinical symptoms OR symptom presentation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Últimos 5 años</li> <li>- Free full text</li> <li>- Not systematic review</li> <li>- Edad: Adulto 19 - 64 años</li> <li>- Humanos</li> <li>- English, Spanish and Portugués</li> <li>- NOT medicine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sin filtros: 94.072</li> <li>● Con filtros: 413</li> <li>● Seleccionados: 13</li> <li>● Excluidos: 9</li> <li>● Total: 4</li> </ul>
Dialnet	(myocardial infarction) AND (clinical symptoms OR presentation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Publicados en los últimos 10 años</li> <li>- Texto completo</li> <li>- Ciencias de la salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sin filtro: 107</li> <li>● Con filtro: 69</li> <li>● Seleccionados: 9</li> <li>● Excluidos: 9</li> <li>● Total: 0</li> </ul>
Enfispo	(myocardial infarction) AND (clinical symptoms OR presentation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Publicados en los últimos 10 años</li> <li>- Texto completo</li> <li>- Ciencia de la salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sin filtros: 119</li> <li>● Con filtros: 11</li> <li>● Seleccionados: 5</li> <li>● Excluidos: 5</li> <li>● Total: 0</li> </ul>

## 2º Ecuación comparativa mujeres-hombres

**MeSH:** (myocardial infarction) AND (sex-based differences OR gender-based differences) AND (clinical symptoms OR symptom presentation)

**DeCS:** (infarto de miocardio) AND (mujer OR diferencias sexuales) AND (sintomatología)

Tabla 5. Segunda ecuación

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Filtros marcados	Documentos seleccionados
CUIDEN	(infarto de miocardio) AND (mujer OR diferencias sexuales) AND (sintomatología)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Publicados en los últimos 5 años</li> <li>- Texto completo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sin filtros: 91</li> <li>● Con filtros: 20</li> <li>● Seleccionados: 8</li> <li>● Excluidos: 7</li> <li>● Total: 1</li> </ul>
PubMed	(myocardial infarction) AND (sex-based differences OR gender-based differences) AND (clinical symptoms OR symptom presentation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Publicados en los últimos 5 años</li> <li>- Free full text</li> <li>- Not systematic Review</li> <li>- Humanos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sin filtros: 109</li> <li>● Con filtros: 17</li> <li>● Seleccionados: 7</li> <li>● Excluidos 5</li> <li>● Total: 2</li> </ul>
Dialnet	(myocardial infarction) AND (sex-based differences OR gender-based differences) AND (clinical symptoms OR symptom presentation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Publicados en los últimos 5 años</li> <li>- Texto completo</li> <li>- Ciencias de la salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sin filtro: 13</li> <li>● Con filtro: 4</li> <li>● Seleccionados: 3</li> <li>● Excluidos: 3</li> <li>● Total: 0</li> </ul>
Enfispo	(myocardial infarction) AND (sex-based differences OR gender-based differences) AND (clinical symptoms OR symptom presentation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Publicados en los últimos 10 años</li> <li>- Texto completo</li> <li>- Ciencias de la salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sin filtros: 5 resultados</li> <li>● Con filtros: 4</li> <li>● Seleccionados: 3</li> <li>● Excluidos: 2</li> <li>● Total: 1</li> </ul>

### 3º Ecuación de la actuación del IAM hacia las mujeres en urgencias

**MeSH:** (myocardial infarction) AND (sex-based differences OR gender-based differences) AND (clinical symptoms OR symptom presentation) AND (emergency)

**DeCS:** (infarto de miocardio) AND (mujer OR diferencias sexuales) AND (sintomatología) AND (urgencias)

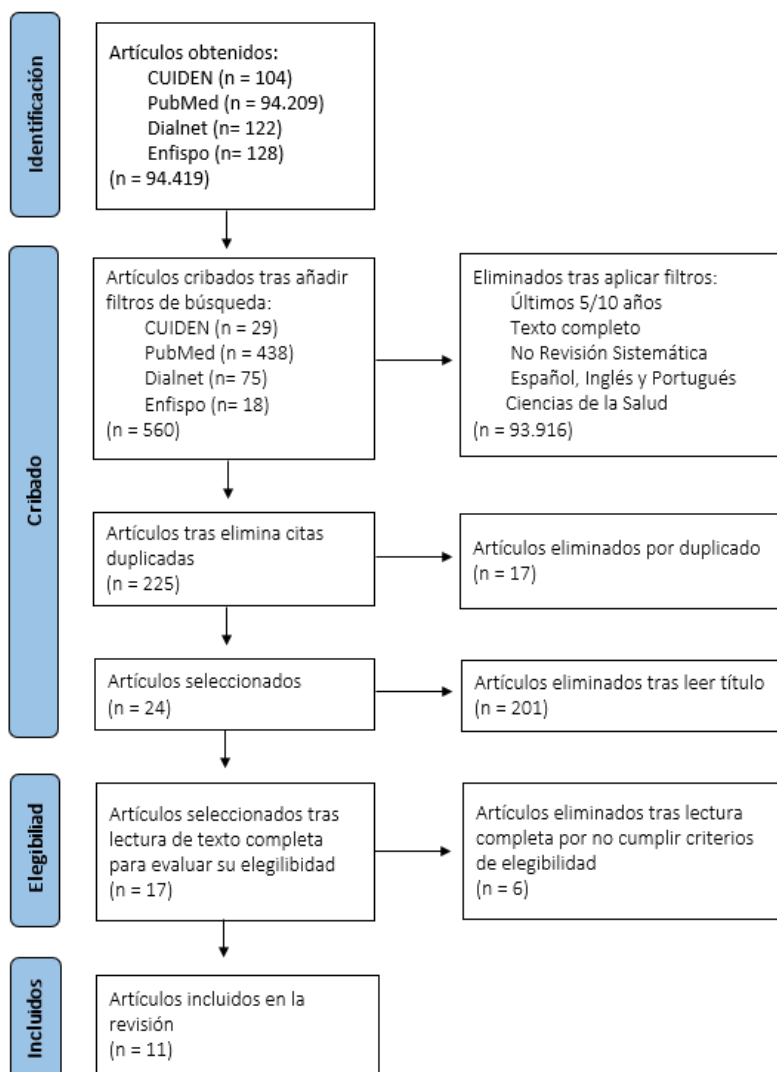
Tabla 6. Tercera ecuación

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Filtros marcados	Documentos seleccionados
CUIDEN	(infarto de miocardio) AND (mujer OR diferencias sexuales) AND (sintomatología) AND (urgencias)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Publicados en los últimos 10 años</li> <li>- Texto completo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sin filtros: 7</li> <li>● Con filtros: 5</li> <li>● Seleccionados: 4</li> <li>● Excluidos: 4</li> <li>● Total: 0</li> </ul>
PubMed	(myocardial infarction) AND (sex-based differences OR gender-based differences) AND (clinical symptoms OR symptom presentation) AND (emergency)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Publicados en los últimos 5 años</li> <li>- Free full text</li> <li>- Not systematic Review</li> <li>- Humanos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sin filtros: 28</li> <li>● Con filtros: 5</li> <li>● Seleccionados: 4</li> <li>● Excluidos: 3</li> <li>● Total: 1</li> </ul>
Dialnet	(myocardial infarction) AND (sex-based differences OR gender-based differences) AND (clinical symptoms OR symptom presentation) AND (emergency)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Publicados en los últimos 10 años</li> <li>- Texto completo</li> <li>- Ciencias de la salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sin filtro: 2</li> <li>● Con filtro: 2</li> <li>● Seleccionados: 2</li> <li>● Excluidos: 1</li> <li>● Total: 1</li> </ul>
Enfispo	(myocardial infarction) AND (sex-based differences OR gender-based differences) AND (clinical symptoms OR symptom presentation) AND (emergency)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Publicados en los últimos 10 años</li> <li>- Texto completo</li> <li>- Ciencia de la salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sin filtros: 4</li> <li>● Con filtros: 3</li> <li>● Seleccionados: 3</li> <li>● Excluidos: 2</li> <li>● Total: 1</li> </ul>

## 5. RESULTADOS

Tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión establecidos, se seleccionaron los estudios que conforman la muestra final de la presente revisión bibliográfica. En los siguientes apartados se describe el proceso de selección mediante el diagrama de flujo PRISMA, las características de los estudios incluidos, la evaluación de calidad metodológica y la síntesis de los principales hallazgos encontrados.

### 5.1 Diagrama de flujo PRISMA



(PRISMA, 2020)

## 5.2 Tabla resumen de los artículos

Tabla 7. Tabla referencial

Autor / País / Año Título	Objetivo del diseño del estudio	Metodología	Población y Variables	Resultados y Conclusiones
<p>Stehli et al. (Australia, 2021). Sex Differences in Prehospital Delays in Patients With ST-Segment–Elevation Myocardial Infarction Undergoing Percutaneous Coronary Intervention. AHA. <a href="https://doi.org/10.1161/JAHA.120.019938">DOI: 10.1161/JAHA.120.019938</a> <b>PubMed</b></p>	<p>Analizar las discrepancias de sexo en tiempos de demora por múltiples causalidades: paciente, sistema y hospital.</p>	<p>Estudio de cohorte basado en registro prospectivo (VCOR).</p>	<p>Muestra de 5384 pacientes con IAMCEST, tratados con angioplastia de 30 hospitales. Tiempo síntoma-llamada, tiempo puerta-balón, mortalidad a 30 días.</p>	<p>Las mujeres experimentan retrasos significativamente mayores en todos los componentes del tiempo, especialmente en el tiempo desde el síntoma hasta la llamada de urgencias y el tiempo puerta-balón.</p>
<p>Banco et al. (EE.UU., 2022). Sex and Race Differences in the Evaluation and Treatment of Young Adults Presenting to the Emergency Department With Chest Pain. AHA. <a href="https://doi.org/10.1161/JAHA.121.024199">DOI: 10.1161/JAHA.121.024199</a> <b>PubMed</b></p>	<p>Investigar diferencias de sexo y raza en la evaluación del dolor torácico en jóvenes.</p>	<p>Análisis retrospectivo de la encuesta nacional (NHAMCS).</p>	<p>Muestra representativa de 29 millones de visitas de adultos jóvenes (18-55 años) con 4.152 registros. Tiempo de triaje, realización de ECG, biomarcadores, hospitalización.</p>	<p>Las mujeres jóvenes tienen menos probabilidades de ser triadas como “emergentes”, menor probabilidad de realización de ECG y de ser ingresadas.</p>
<p>Ferry et al. (Reino Unido, 2019). Presenting Symptoms in Men and</p>	<p>Evaluar los síntomas reportados usando</p>	<p>Estudio prospectivo.</p>	<p>1941 pacientes con sospecha de SCA.</p>	<p>El uso de umbrales de troponina específicos para mujeres aumentó</p>

<p>Women Diagnosed With Myocardial Infarction Using Sex-Specific Criteria. AHA.</p> <p><a href="https://doi.org/10.1161/JAHA.119.012307">DOI: 10.1161/JAHA.119.012307</a></p> <p><b>PubMed</b></p>	<p>criterios diagnósticos específicos de sexo (troponinas).</p>		<p>Localización del dolor, irradiación, síntomas asociados.</p>	<p>el diagnóstico de infarto en ellas en un 30%. Aunque el dolor de pecho es común en ambos, las mujeres reportan más síntomas asociados atípicos (náuseas, dolor de espalda, etc.).</p>
<p>Roldán et al. (España, 2022). Perfil clínico y sociodemográfico de pacientes con síndrome coronario agudo en el triaje enfermero.</p> <p><a href="https://doi.org/10.1155/2022/4146">ISSN-e 1575-4146</a></p> <p><b>Enfispo</b></p>	<p>Identificar perfiles clínicos y sociodemográficos para optimizar el triaje de enfermería.</p>	<p>Estudio observacional, descriptivo y prospectivo.</p>	<p>Muestra de 136 pacientes atendidos en urgencias hospitalarias en Málaga. Edad, sexo, tipo de dolor, constantes vitales, prioridad de triaje.</p>	<p>Las mujeres presentan una mayor edad media y síntomas más inespecíficos. El triaje enfermero debe considerar estas diferencias para evitar demoras en la priorización de pacientes femeninas.</p>
<p>Cangiano et al. (Italia, 2025). Exploring sex differences in mortality among acute myocardial infarction.</p> <p><a href="https://doi.org/10.1136/openhrt-2025-003517">DOI: 10.1136/openhrt-2025-003517</a></p> <p><b>PubMed</b></p>	<p>Demostrar las diferencias de mortalidad entre hombres y mujeres con IAM.</p>	<p>Estudio de cohorte.</p>	<p>Analiza datos de más de 260.000 pacientes con infarto agudo de miocardio.</p>	<p>Las mujeres representan cifras de mayor mortalidad tras un infarto, asociado al retraso del diagnóstico y peor perfil clínico.</p>
<p>Thomas et al. (EE.UU., 2023). Achieving Equity in Emergency Medicine Quality Measures Requires a Sex and Gender Lens.</p> <p><a href="https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2023.03.063">DOI: 10.1016/j.jemermed.2023.03.063</a></p> <p><b>PubMed</b></p>	<p>Proponer cambios en los indicadores de calidad en los servicios de urgencias.</p>	<p>Artículo de opinión/análisis de medidas de calidad hospitalaria.</p>	<p>Organización en hospitales de unidad de urgencias. Tiempos puerta-ECG, tiempos de triaje, satisfacción del paciente.</p>	<p>Los indicadores actuales de calidad suelen cumplirse mejor en hombres. Propone que los hospitales deban evaluar sus tiempos de atención desglosados por sexo para identificar sesgos</p>

				ocultos.
<p>Lapostolle et al. (Francia, 2021). 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 COLC'AGE. <a href="https://doi.org/10.55633/s3me/064.2021">DOI:10.55633/s3me/064.2021</a></p> <p><b>Cuiden</b></p>	<p>Evaluar la influencia del sexo, la edad y el momento del día en el retraso en la activación del sistema de emergencias.</p>	<p>Estudio observacional de cohorte basado en el registro prospectivo (estudio COLC'AGE).</p>	<p>Muestra de 24.662 pacientes en atención en urgencias hospitalarias. Tiempo desde el inicio de síntomas hasta llamada a emergencias, edad, sexo, momento del día.</p>	<p>Las mujeres y los pacientes de mayor edad presentan mayores retrasos en la llamada a emergencias. El momento del día también influye en los tiempos de respuesta.</p>
<p>Salvadores et al. (España, 2023). Sex differences in delay times in ST-segment elevation myocardial infarction: A cohort study. <a href="https://doi.org/10.1016/j.medcli.2024.02.015">DOI:10.1016/j.medcli.2024.02.015</a></p> <p><b>Dialnet</b></p>	<p>Analizar las diferencias por sexo en los tiempos de demora en la atención del infarto con elevación del ST.</p>	<p>Estudio de cohorte observacional retrospectivo.</p>	<p>2.668 pacientes con IAMCEST. Tiempo desde el inicio de síntomas hasta el contacto médico, tiempo puerta-balón, sexo, variables clínicas.</p>	<p>Las mujeres presentan mayores retrasos en la atención, especialmente en el tiempo desde el inicio de síntomas hasta el contacto médico. Estas demoras contribuyen al peor pronóstico.</p>
<p>Pérez et al. (España, 2019). Inequidades en la atención al dolor torácico de origen isquémico en urgencias desde una perspectiva de género. <a href="https://doi.org/10.1135/1135-5727">ISSN 1135-5727</a></p> <p><b>Enfispo</b></p>	<p>Analizar el perfil clínico y la presencia de inequidades en el diagnóstico y tratamiento.</p>	<p>Estudio observacional descriptivo.</p>	<p>164 pacientes en el Hospital Miguel Servet (Zaragoza). Antecedentes, tiempos de llegada, pruebas diagnósticas.</p>	<p>Se confirma que las mujeres tardan más en solicitar asistencia. Existen diferencias significativas en la realización de pruebas diagnósticas, siendo menor la intensidad diagnóstica inicial en mujeres.</p>

<p>Gumaelius et al. (Suecia, 2026). Examining sex differences in care-seeking patterns for acute myocardial infarction. <a href="https://doi.org/10.1080/14017431.2025.2606505">DOI: 10.1080/14017431.2025.2606505</a> <b>PubMed</b></p>	<p>Explorar las diferencias en la conducta de búsqueda de ayuda ante síntomas de infarto.</p>	<p>Estudio transversal cualitativo.</p>	<p>326 pacientes con registro Swedeheart post-infarto. Cuestionarios sobre la percepción de síntomas y toma de decisiones.</p>	<p>Las mujeres tienden a interpretar sus síntomas como no cardíacos (estrés o fatiga), lo que retrasa la decisión de acudir al hospital. Los factores sociales influyen más en la demora de la mujer.</p>
<p>Nyström et al. (Suecia, 2022). Cardiovascular risks before myocardial infarction differences between men and women. <a href="https://doi.org/10.1186/s12872-022-02555-3">DOI: 10.1186/s12872-022-02555-3</a> <b>PubMed</b></p>	<p>Determinar las diferencias en factores sociales y síntomas prodrómicos previos al infarto.</p>	<p>Estudio de cohorte.</p>	<p>213 pacientes con registro Swedeheart y cuestionarios al alta hospitalaria. Estrés, depresión, nivel socioeconómico.</p>	<p>Las mujeres informaron una carga de estrés mucho mayor el año anterior al infarto, problemas económicos y depresión. Estos factores psicosociales son predictores de riesgo más potentes en las mujeres.</p>

Tabla 8. Artículos conceptuales del estudio

Autor / País / Año Título	Objetivo del diseño del estudio	Metodología	Población y Variables	Resultados y Conclusiones
Angeli et al. (EE.UU., 2024). Sex- and gender-related disparities in chest pain syndromes: the feminine mystique of chest pain. <a href="https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2024.102457">DOI: 10.1016/j.cpcardiol.2024.102457</a> <b>Enfispo</b>	Analizar por qué persiste la brecha de género en el diagnóstico del dolor torácico.	Artículo de clasificación de criterios.	Mujeres y perfil sanitario. Lenguaje médico, sesgos de género en la investigación.	El término “atípico” para los síntomas femeninos es perjudicial. Concluye que la educación médica y de enfermería debe abandonar ese término, ya que los síntomas en la mujer son “típicos” para su sexo.
Miguens et al. (España, 2023). MUEjeres: I Jornadas de la Comisión de estudio de la Mujer en Urgencias y Emergencias. <a href="https://doi.org/10.1016/j.ene.2023.100000">ISSN-e 2951-6552</a> <b>Cuiden</b>	Exponer las conclusiones sobre la asistencia con perspectiva de género en urgencias.	Análisis narrativo basado en el consenso de expertas de SEMES.	Personal de perfil sanitario. Ictus, SCA, manejo del dolor.	Destaca que la falta de perspectiva de género en urgencias aumenta la morbimortalidad femenina. Propone la formación específica en enfermería de triaje para reconocer el infarto femenino.
Shah et al. (EE.UU., 2022). ST-Segment Elevation Myocardial Infarction: Sex Differences in Incidence, Etiology, Treatment, and Outcomes. <a href="https://doi.org/10.1007/s11886-022-01676-7">DOI: 10.1007/s11886-022-01676-7</a> <b>PubMed</b>	Resumir las disparidades actuales en el manejo del SCACEST.	Revisión narrativa de la literatura reciente.	Personas de diferente sexo que padecen / padecieron IAM con IAMCEST. Mujeres, SCA, internacionalidad.	Las mujeres jóvenes siguen obteniendo peores resultados debido a las etiologías no obstructivas que se pasan por alto en el triaje estándar.

### 5.3 Análisis de calidad metodológica: Criterios CASPe

La calidad metodológica de los estudios incluidos en la revisión se evaluó mediante las herramientas CASPe, seleccionando la plantilla correspondiente según el diseño metodológico de cada estudio.

Asimismo, el nivel de evidencia científica se clasificó siguiendo la escala del Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM), que permite clasificar la solidez de la evidencia desde los niveles más altos (1a) hasta los más bajos (5), de acuerdo con las características metodológicas de cada investigación (CEBM, 2025). Además, la presente revisión se realizó conforme a las recomendaciones de la declaración PRISMA 2020, con el objetivo de garantizar la transparencia, rigurosidad y calidad metodológica del proceso de búsqueda, selección y síntesis de la evidencia científica (PRISMA, 2020) (Anexo 3).

Tabla 9. Calidad metodológica

Autor (año)	Calidad metodológica	Nivel de evidencia
Stehli et al. (2021)	Alta	2b
Banco et al. (2022)	Moderada-alta	2b
Ferry et al. (2019)	Alta	2b
Roldán et al. (2022)	Moderada	2b
Cangiano et al. (2025)	Alta	2b
Thomas et al. (2023)	Baja	5
Lapostolle et al. (2021)	Alta	2b
Salvadores et al. (2023)	Moderada-alta	2b
Pérez et al. (2019)	Moderada-baja	4
Gumaelius et al. (2026)	Moderada	4
Nyström et al. (2022).	Alta	2b
Angeli et al. (2024)	Moderada	4
Miguens et al. (2023)	Moderada-alta	4
Shah et al. (2022)	Moderada	4

## 6. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La presente revisión bibliográfica permite analizar las diferencias de género en la atención al síndrome coronario agudo (SCA), sugiriendo que las desigualdades observadas en el infarto agudo de miocardio (IAM) no pueden explicarse únicamente por factores clínicos o biológicos, sino que responden a una combinación de factores estructurales, organizativos y sociales, presentes en el sistema sanitario. Los resultados que se repiten en distintos estudios, poblaciones y contextos asistenciales apuntan a que estas diferencias no ocurren de forma aislada, sino que reflejan la persistencia de desigualdades de género en la atención cardiovascular.

En este sentido, los resultados analizados permiten sostener que parte del modelo asistencial actual continúa influido por un paradigma androcéntrico, en el que la presentación clínica masculina ha sido históricamente establecida como referencia universal. Tal y como señalan Angeli et al. (2024) y Miguens et al. (2023), este sesgo se origina en la infrarrepresentación femenina en la investigación clínica, en torno al 35%, lo que ha condicionado la construcción de las guías diagnósticas y terapéuticas basadas mayoritariamente en patrones masculinos. Este fenómeno, descrito clásicamente como “Síndrome de Yentl”, implica que las mujeres deben ajustarse al patrón masculino para ser diagnosticadas y tratadas con la misma intensidad, lo que genera una inequidad estructural en la práctica clínica.

### 6.1 Retrasos en la atención: Un fenómeno causado por múltiples factores

Uno de los hallazgos más relevantes es la existencia de retrasos significativos en mujeres a lo largo de toda la cadena asistencial, generando una situación acumulativa. En la fase prehospitalaria, Stehli et al. (2021) describen un tiempo de síntoma-llamada de 47 minutos en mujeres frente a 44 en hombres, mientras que Lapostolle et al. (2021), en una cohorte de 24.662 pacientes, reportan diferencias más amplias (79 vs 55 minutos), especialmente acentuadas durante la madrugada y en edades avanzadas.

Tradicionalmente, este retraso inicial se ha atribuido a factores individuales; sin embargo, estudios como el de Nyström et al. (2022) sugieren que las mujeres presentan mayor carga psicosocial previa al evento, incluyendo estrés ( $p = 0.006$ ), eventos vitales adversos ( $p = 0.019$ ), dificultades económicas ( $p = 0.003$ ) y depresión ( $p < 0.001$ ), lo que influye en la interpretación de los síntomas. Además, los estudios señalan que muchas mujeres tienden a atribuir el dolor a la ansiedad o fatiga, retrasando la búsqueda de ayuda. Asimismo, Gumaelius et al. (2026) evidencian que solo el 42% de las mujeres

reciben la recomendación directa de acudir a urgencias, frente al 67% de los hombres, lo que introduce un sesgo incluso en fases tempranas del contacto sanitario.

A pesar de los datos obtenidos, las desigualdades persisten dentro del sistema sanitario. Stehli et al. (2021) muestran mayores tiempos de llamada-puerta (58,1 vs 55,7 minutos) y puerta-balón (58,5 vs 54,9 minutos), acumulando aproximadamente 10 minutos adicionales incluso tras contemplar la situación de desigualdad. Este retraso sistémico se traduce en un mayor tiempo total de isquemia, con 220 minutos en mujeres frente a 197 minutos en hombres (Salvadores et al., 2024), lo que se asocia a un incremento de riesgo cardiovascular y de la mortalidad a 30 días (OR = 1.38).

En conjunto, estos resultados sugieren que el retraso en mujeres no puede entenderse como un fenómeno aislado, sino como la consecuencia de una concentración de factores que incluyen variables clínicas, sociales y fallos estructurales del sistema sanitario.

## **6.2 Triage enfermero y subtraje: Expresión clínica del sesgo de género**

El triaje enfermero representa uno de los puntos más importantes en la detección precoz del síndrome coronario agudo. Aunque se basa en criterios clínicos establecidos, distintos estudios demuestran que las mujeres presentan con mayor frecuencia situaciones de subtraje, por la condición de sesgos implícitos y por las limitaciones en el momento de la clasificación.

Banco et al. (2022) apuntan a que las mujeres presentan menor probabilidad de ser clasificadas como emergentes (19.1% vs 23.3%), menor probabilidad de ingreso (12.4% vs 17.9%) y menor realización de ECG (74.2% vs 78.8%). Además, los hombres son atendidos más rápidamente y presentan mayor probabilidad de ingreso (OR = 1.40).

En el contexto nacional, Pérez et al. (2019) muestran que las mujeres presentan mayores tiempos puerta-ECG ( $p < 0.001$ ), una reducción significativa en la probabilidad de ECG precoz y mayor frecuencia de diagnóstico de “dolor torácico atípico” (35.3% vs 19.8%), lo que condiciona una menor realización de intervenciones invasivas ( $p < 0.001$ ). Asimismo, Roldán et al. (2022) describen tasas de subtraje entre el 13% y el 56% en SCA, asociadas especialmente al sexo femenino, la edad avanzada y la variabilidad sintomática. Factores adicionales, como el mayor consumo de benzodiazepinas (38.8% vs 21.3%) o antidepresivos (17.2% vs 3.4%) en mujeres (Pérez et al., 2019), pueden influir en la atribución errónea de los síntomas a causas psicológicas, reforzando el sesgo diagnóstico.

La evidencia revisada sugiere que el triaje puede verse influenciado por los modelos clínicos utilizados habitualmente en la práctica asistencial. Cuando la valoración se basa principalmente en patrones clínicos descritos en hombres, existe un mayor riesgo de infravalorar los síntomas y la gravedad del cuadro en las mujeres, favoreciendo así las desigualdades en la atención sanitaria.

### **6.3 Sintomatología: De la “atipicidad” al sesgo epistemológico**

Uno de los aspectos más debatidos en la literatura actual es el uso del término “síntomas atípicos” para describir la presentación clínica del IAM en mujeres. Aunque tradicionalmente se ha considerado que las mujeres presentan síntomas diferentes al patrón clásico masculino, estudios como los de Ferry et al. (2019) muestran que el dolor torácico está presente hasta el 92% de las mujeres, lo que cuestiona la idea de que la presentación sea del todo diferente. Sin embargo, las mujeres presentan con mayor frecuencia síntomas asociados como náuseas (33%), irradiación cervical (32%), dorsal (28%) o mandibular (18%), así como las formas sin dolor torácico en un 16,1% de los casos (Roldán et al., 2022), o dolor exclusivamente extratorácico en un 10-15% (Shah et al., 2022). Estos datos sugieren que estas manifestaciones forman parte de la presentación clínica habitual en mujeres, por este motivo, Angeli et al. (2024) defienden que el término “atípico” debería abandonarse, ya que contribuye al retraso diagnóstico y al infratratamiento.

En relación con el impacto de estas diferencias, distintos estudios muestran que el uso de troponinas con puntos de corte específicos por sexo permite aumentar el diagnóstico en mujeres en aproximadamente un 30% (Ferry et al., 2019) e incluso multiplicar por cinco la detección de lesión miocárdica (Thomas et al., 2023). Estos hallazgos sugieren que el problema no radica en la ausencia de síntomas, sino en la inadecuación de las herramientas diagnósticas y en la interpretación sesgada de la clínica.

Por tanto, la categorización de la sintomatología femenina como “atípica” puede entenderse como un reflejo de un enfoque diagnóstico, en el que históricamente lo masculino se establece como norma y lo femenino como desviación.

### **6.4 Consecuencias clínicas: Desigualdad evitable**

Las desigualdades de género en el manejo del IAM se asocian a un impacto directo y significativo en el pronóstico. En este sentido, la mortalidad a 30 días es un 58% mayor en mujeres (Stehli et al., 2021), mientras que la mortalidad intrahospitalaria alcanza el 10% frente al 5% en hombres, y la mortalidad al año el 24% frente al 14% (Cangiano et al., 2025). Esta diferencia se acompaña de una

mayor incidencia de complicaciones graves, como insuficiencia cardíaca (23% vs 13%), shock cardiogénico (5% vs 3%) y fibrilación auricular (Cangiano et al., 2025).

No obstante, gran parte de la diferencia de mortalidad parece relacionarse con factores modificables, como el retraso diagnóstico y el menor acceso a tratamientos (Cangiano et al., 2025). Las mujeres presentan menor probabilidad de recibir angioplastia (40% vs 61%) y hasta un 39% menos de probabilidad global de intervención (Cangiano et al., 2025), así como un menor uso de antiagregantes (17.1% vs 21.7%) (Banco et al., 2022).

### **6.5 Implicaciones para la práctica enfermera: Hacia una transformación estructural**

Los resultados de esta revisión sitúan a la enfermería como un agente clave en la reducción de las desigualdades. El triaje enfermero constituye un punto estratégico donde es posible intervenir precozmente.

La adopción de una valoración integral, como la propuesta por modelos enfermeros holísticos (p. ej., patrones de Marjory Gordon), permite incorporar no solo los síntomas físicos, sino también factores psicosociales relevantes (Nyström et al., 2022). Asimismo, la implementación de protocolos estandarizados y checklists se ha asociado a mejoras en la equidad y en los resultados clínicos (Thomas et al., 2023).

Resulta imprescindible garantizar la realización de ECG en menos de 10 minutos en cualquier paciente con sospecha de SCA, independientemente del sexo, así como monitorizar indicadores de calidad desglosados por género, tal y como proponen Thomas et al. (2023). Además, la formación en perspectiva de género, defendida por Miguens et al. (2023), debe considerarse una competencia esencial, orientada no solo a mejorar el conocimiento clínico, sino a cuestionar los modelos implícitos que condicionan la práctica.

Abordar el IAM desde una perspectiva de género no constituye una opción, sino una necesidad ética y clínica orientada a garantizar una atención equitativa, segura y basada en la evidencia.

## 7. CONCLUSIONES

En conclusión, tras el análisis de la evidencia recopilada en esta revisión bibliográfica, se presentan las siguientes conclusiones, las cuales dan respuesta a los objetivos planteados inicialmente.

En primer lugar, los resultados muestran que las mujeres presentan con mayor frecuencia síntomas distintos al dolor torácico, tales como náuseas, vómitos, disnea, fatiga e irradiación del dolor a mandíbula, cervicales o región dorsal. La evidencia sugiere no catalogar estos síntomas como “atípicos”, pues es la forma habitual de presentación femenina.

Asimismo, esta forma de presentación influye negativamente en la detección precoz, favoreciendo retrasos tanto prehospituarios como intrahospituarios. Se evidencia una menor prioridad asistencial y una menor probabilidad de activación de protocolos urgentes como la realización precoz del ECG. Además, se mantiene la tendencia clínica a atribuir los síntomas femeninos a causas psicógenas, reflejando la persistencia de un sesgo de género, descrito como el Síndrome de Yentl, que dificulta el reconocimiento temprano de la enfermedad coronaria en las mujeres.

Como consecuencia, las mujeres presentan peores resultados clínicos, incluyendo una mayor mortalidad, mayor incidencia de complicaciones graves y menor acceso a procedimientos.

En este contexto, la enfermería, especialmente en el ámbito del triaje, desempeña un papel fundamental, ya que es uno de los puntos donde se materializan con mayor claridad las desigualdades de género. Resulta clave realizar una valoración integral que permita identificar precozmente signos de alarma. Asimismo, herramientas como los Patrones Funcionales de Marjory Gordon, pueden contribuir a una atención más individualizada. Del mismo modo, la educación sanitaria, especialmente a las mujeres, resulta esencial para mejorar el reconocimiento de los síntomas y reducir el tiempo de solicitud de atención.

En definitiva, avanzar hacia una atención con perspectiva de género y basada en la evidencia, constituye un reto fundamental para optimizar los resultados en salud y reducir las desigualdades existentes en este ámbito. La enfermería actual requiere una mirada proactiva, crítica y comprometida con una atención verdaderamente equitativa que responda a las necesidades específicas de la mujer.

## 8. LÍMITES DE ESTUDIO Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Una de las principales limitaciones en el estudio, fue la estrategia de búsqueda bibliográfica. Tuvo que realizarse en distintas fases y mediante el uso de ecuaciones de búsqueda progresivamente ajustadas, yendo de menos a más concretas. En un inicio, el uso de términos específicos en las ecuaciones reducía considerablemente el número de resultados, por lo que fue necesario ampliar los criterios y, posteriormente, refinarlos. Esto podría haber provocado que los estudios seleccionados fueran diferentes entre sí y que no se identificara toda la información relevante disponible.

Por otro lado, debe considerarse que la selección de artículos, estuvo condicionada por la disponibilidad de acceso a texto completo, lo que podría haber dejado excluidos resultados relevantes. No obstante, a pesar de estas limitaciones, se considera que los artículos incluidos aportan información clara y relevante que permite alcanzar los objetivos planteados.

En cuanto a las futuras líneas de investigación, sería necesario continuar profundizando en la presentación clínica del infarto agudo de miocardio en las mujeres, evitando el uso del término “atípico” para describir síntomas que constituyen una forma habitual de presentación femenina. Asimismo, las futuras investigaciones deberían incorporar muestras más equilibradas entre hombres y mujeres, con el fin de obtener resultados más representativos y comparables. Del mismo modo, resultaría conveniente seguir investigando el impacto del sesgo de género en la atención sanitaria y la efectividad de los programas de educación sanitaria y formación con perspectiva de género.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

- Angeli, F., Ricci, F., Moscucci, F., Sciomer, S., Bucciarelli, V., Bianco, F., Mattioli, A. V., Pizzi, C., y Gallina, S. (2024). Sex- and gender-related disparities in chest pain syndromes: The feminine mystique of chest pain. *Current Problems in Cardiology*, 49(4), 2-9. <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2024.102457>
- Aranda, Y. (2025). Perspectiva de género en cardiogeriatría: ¿Podemos mejorar en la atención de la paciente anciana? *Revista Española de Salud Pública*, 99, 1-4. <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/1156/1578>
- Arrieta, F., Botet, J., Iglesias, P., Obaya, J., Montañez, L., Maldonado, G., Becerra, A., y Navarro, J. (2022). Diabetes mellitus y riesgo cardiovascular: actualización de las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Diabetes y Enfermedad Cardiovascular de la Sociedad Española de Diabetes (SED). *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 34(1), 36–55. <https://doi.org/10.1016/j.arteri.2021.05.002>
- Banco, D., Chang, J., Talmor, N., Wadhwa, P., Mukhopadhyay, A., Lu, X., Dong, S., Lu, Y., Betensky, R. A., Blecker, S., Safdar, B., y Reynolds, H. R. (2022). Sex and Race Differences in the Evaluation and Treatment of Young Adults Presenting to the Emergency Department With Chest Pain. *Journal of the American Heart Association*, 11(10), 1-8. <https://doi.org/10.1161/JAHA.121.024199>
- Battilana Dhoedt, J. A., Cáceres de Italiano, C., Gómez, N., y Centurión, O. A. (2020). Fisiopatología, perfil epidemiológico y manejo terapéutico en el síndrome coronario agudo. *Memorias Del Instituto de Investigaciones En Ciencias de La Salud*, 18(1), 84–96. <https://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/view/552/559>
- Byrne, R., Rossello, X., Coughlan, J., Barbato, E., Berry, C., Chieffo, A., Claeys, M., Dan, G., y Dweck, M. (2023). ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes: Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 44(38), 3720-3826. <https://academic.oup.com/eurheartj/article/44/38/3720/7243210>
- Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe). (2022). *Lectura crítica de la evidencia clínica*. Recuperado 11 de febrero de 2026, de <https://redcaspe.org/materiales/>
- Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM). (2025). *Levels of Evidence*. Universidad de Oxford. Recuperado 11 de febrero de 2026, de <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/ocebml-levels-of-evidence>
- Comunidad de Madrid. (2023). *Vigilancia epidemiológica de las enfermedades cardiovasculares y la diabetes*. Recuperado 10 de noviembre de 2025, de

<https://www.comunidad.madrid/salud/vigilancia-epidemiologica-enfermedades-cardiovasculares-diabetes>

- Feng, A., Peña, Y., y Li, W. (2017). La cardiopatía isquémica en pacientes diabéticos y no diabéticos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 16(2), 1-3. Scielo. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s1729-519x2017000200008&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s1729-519x2017000200008&script=sci_arttext)
- Fernández, A. (2019). *Definición de infarto agudo de miocardio*, 28, 259-268. Fundación BBVA. [https://www.fbbva.es/microsites/salud\\_cardio/mult/fbbva\\_libroCorazon\\_cap28.pdf](https://www.fbbva.es/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_cap28.pdf)
- Fernández, D., Regueiro, A., Cervallos, J., Bosch, X., Freixa, X., Trilla, M., Brugaletta, S., Martín, V., Sabaté, M., Bosa, F., y Masotti, M. (2017). Gender gap in medical care in ST segment elevation myocardial infarction networks: Findings from the Catalan network Codi Infart. *Medicina Intensiva*, 41(2), 70–77. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2016.06.008>
- Ferry, A., Anand, A., Strachan, F., Mooney, L., Stewart, S., Marshall, L., Chapman, A., Kuan, K., Lee, K., Jones, S., Orme, K., Shah, A., Y Mills, N. (2019). Presenting Symptoms in Men and Women Diagnosed With Myocardial Infarction Using Sex-Specific Criteria. *Journal of the American Heart Association*, 8(17),1-16. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.012307>
- Fradejas, V., Alconero, A., Veiga, G., García, T., De la Torre, J., Sainz, M., Benito, M., Zueco, y J. (2017). Varones y mujeres ante un INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: ¿Actuamos diferente?. *Revista Española de Cardiología*, 70(2). <https://www.revespcardiol.org/es-congresos-sec-2017-el-congreso-de-las-enfermedades-51-sesion-sesion-3274-comunicacion-varones-y-mujeres-ante-un-infarto-agudo--373>
- Fundación Española del Corazón. (2024). *El infarto femenino, ¿cómo avisa?*. Recuperado 7 de noviembre de 2025, de <https://fundaciondelcorazon.com/blog-impulso-vital/3245-el-infarto-femenino-icomo-avisa.htm>
- Fundación Española del Corazón. (2025). *¿Cómo funciona el corazón?*. Recuperado 7 de noviembre de 2025, de <https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/como-funciona-el-corazon.html>
- García, M., Mulvagh, S., Merz, C., Buring, J., y Manson, J. (2016). Cardiovascular disease in women: Clinical perspectives. *Circulation Research*, 118(8), 1273–1293. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/circresaha.116.307547>
- Generalitat de Catalunya. (2014). *Síndrome coronario agudo: Codi IAM*. Departament de Salut. Recuperado 25 de noviembre de 2025, de [https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/5608/codi\\_iam\\_atencio\\_emergencia\\_malaltia\\_cardiovascular\\_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/5608/codi_iam_atencio_emergencia_malaltia_cardiovascular_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Giordano, V., Nocerino, R., Mercuri, C., Rea, T., y Guillari, A. (2025). Prodromal Symptoms of Acute Myocardial Infarction in Women: A Systematic Review of Current Evidence. *Nursing Open*, 12(1), 1-17. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12012308/pdf/NOP2-12-e70211.pdf>
- Gumaelius, L., Börjes, E., Lidin, M., Löfvenmark, C., y Nymark, C. (2026). Examining sex differences in care-seeking patterns for acute myocardial infarction: A cross-sectional study. *Scandinavian Cardiovascular Journal*, 60(1) 1-7. <https://doi.org/10.1080/14017431.2025.2606505>
- IFSES. (2024). *Todo lo que necesitas saber sobre los Patrones Funcionales de Gordon*. Recuperado 17 de noviembre de 2025, de <https://ifses.es/patrones-funcionales-de-gordon/>
- Instituto Nacional de Estadística, INE. (2025). *Tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas por comunidad autónoma, edad, sexo y periodo*. Recuperado 10 de noviembre de 2025, de <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=46687>
- Kunadian, V., Chieffo, A., Camici, P., Berry, C., Escaned, J., Maas, A., Prescott, E., Karam, N., Appelman, Y., Fraccaro, C., Louise, G., Manzo, S., Al-Lamee, R., Regar, E., Lansky, A., Abbott, J. D., Badimon, L., Duncker, D., Mehran, R., Capodanno, D., y Baumbach, A. (2020). 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. *European Heart Journal*, 41(37), 3504–3520. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa503>
- Lapostolle, F., Loyeau, A., Beggaz, Y., Boche, T., Pires, V., Le Bail, G., Lamhaut, L., Simon B., Dupas, F., Allonneau, A., Juliard, J., Benamer, H., Tepper, S., Bataille, S. y Lambert, Y. (2021). 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 COLC'AGE. *Revista de Emergencias*, 33, 181-186. [DOI:10.55633/s3me/064.2021](https://doi.org/10.55633/s3me/064.2021)
- López, M., y Ros, V. (2010). *Las intervenciones independientes de enfermería y los modelos teóricos: Estudio comparativo entre las necesidades de Henderson y los patrones de Gordon*. Hospital General Reina Sofía de Murcia. Recuperado 17 de noviembre de 2025, de <https://enfermeriadeurgencias.org/wp-content/uploads.pdf>.
- Marrugat, J., Sala, J., y Alboal, J. (2006). Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en la mujer. *Revista española de cardiología*, 59(3), 264-274.

<https://www.revespcardiol.org/es-epidemiologia-de-las-enfermedades-cardio-articulo-13086084>.

- Martínez, M., y Gallardo, I. (2018). Explicaciones no atendidas sobre las brechas de género en la enfermedad cardiovascular: ¿Cómo entender diferencias de género en el infarto de miocardio? *Revista Médica de Chile*, 146(8), 921–926. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872018000800921>
- Miguens, I., Sánchez, S., González, M., Varona, M., y Ibán, R. (2023). MUEjeres: I Jornadas de la Comisión de estudio de la Mujer en Urgencias y Emergencias. *Revista Española de Urgencias y Emergencias*, 2, 170-174. <https://www.reue.org/wp-content/uploads/2023/07/170-174-1.pdf>
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud (ESCAV)*. Recuperado 4 de diciembre de 2025, de [https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludCardiovascular/docs/Estrategia\\_de\\_salud\\_cardiovascular\\_SNS.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludCardiovascular/docs/Estrategia_de_salud_cardiovascular_SNS.pdf)
- Moles, S., Morales, A., y Quirantes, M. (2022). Sesgos de género en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades cardiovasculares. *Dialnet*, 6(2), 46-63. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8866924>
- Molina, D., y Salazar, J. (2021). Riesgo cardiovascular en la mujer diabética. *Revista Colombiana de Cardiología*, 28(5), 1-6. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcca/v28n5/0120-5633-rcca-28-5-404.pdf>
- National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). (2024). *Aterosclerosis: ¿Qué es la aterosclerosis?*. Recuperado 20 de enero de 2026, de <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/aterosclerosis>
- Nyström, A., Strömberg, S., Jansson, K., Faresjö, Å., y Faresjö, T. (2020). Cardiovascular risks before myocardial infarction: Differences between men and women. *BMC Cardiovascular Disorders*, 22, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12872-022-02555-3>
- Parc Taulí. (2021). *El triaje de los pacientes*. Hospital Universitario de Sabadell. Recuperado 11 de noviembre de 2025, de <https://www.tauli.cat/es/urgencias/informacio-per-als-usuaris/prioritzacio-urgencies>
- Pepió, M, Ortega, Y, Aragonès, E, Fernández, J, Pallejà, M, y Cabré, J. (2023). Influencia del género y el lugar de residencia sobre la evolución y mortalidad de la cardiopatía isquémica en Cataluña: Un estudio de base poblacional. *Revista Española de Salud Pública*, 93, 1-14. <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/84/103>

- Pérez, M., Urcola, F., Fernández, M., Benito, E., y Satústegui, P. (2019). Inequidades en la atención al dolor torácico de origen isquémico en urgencias desde una perspectiva de género. *Revista Española de Salud Pública*, 93, 1-11. <https://enfispo.es/servlet/articulo?codigo=7676803>
- PRISMA. (2020). *PRISMA 2020 checklist*. Recuperado el 28 de enero de 2026, de [https://static1.squarespace.com/static/65b880e13b6ca75573dfe217/t/67ad313f1c80aa5235f0d0/1739403584136/PRISMA\\_2020\\_checklist.pdf](https://static1.squarespace.com/static/65b880e13b6ca75573dfe217/t/67ad313f1c80aa5235f0d0/1739403584136/PRISMA_2020_checklist.pdf)
- PRISMA. (2020). *PRISMA 2020 flow diagram*. Recuperado el 28 de enero de 2026, de <https://www.prisma-statement.org/prisma-2020-flow-diagram>
- Quirón Salud. (2017). *La importancia de la enfermería: El triaje*. Recuperado 10 de noviembre de 2025, de <https://www.quironsalud.com/es/comunicacion/actualidad/importancia-enfermeria-triaje>.
- Registre Gironí del Cor. Regicor. (2025). *Se estanca el descenso de la letalidad en personas que sufren un infarto de miocardio*. Recuperado 14 de noviembre de 2025, de <https://regicor.cat/es/se-estanca-el-descenso-de-la-letalidad-en-personas-que-sufren-un-Infarto-de-miocardio/>.
- Roldán, J., López, S., Milla, P., Castillo, C., Molina, J. (2022). Perfil clínico y sociodemográfico de pacientes con síndrome coronario agudo en el triaje enfermero. *Revista Científica e Informativa de La Asociación Española de Enfermería En Cardiología*, 29(86), 22–30. <https://enfispo.es/servlet/articulo?codigo=8674198>
- Salvadores, P., Rodríguez, M., Díaz, V., Veiga, C., Busto, L., Barbeira, S., y Romo, A. (2023). Sex differences in delay times in ST-segment elevation myocardial infarction: A cohort study. *Elsevier*, 163, 115-120. [DOI:10.1016/j.medcli.2024.02.015](https://doi.org/10.1016/j.medcli.2024.02.015)
- Sambola, A., Viana, A., Bueno, H., Barrabés, A., Delgado, V., Jiménez, P., Pérez, P., Noriega, F., y Vila, M. (2018) Comentarios al consenso ESC 2018 sobre la cuarta definición universal del infarto de miocardio. *Revista Española de Cardiología*, 72(1), 10–15. <https://www.revespcardiol.org/es-comentarios-al-consenso-esc-2018-sobre-l-articulo-S0300893218306341-pdf-file>
- Shah, T., Kapadia, S., Lansky, A., y Grines, C. (2022). ST-Segment Elevation Myocardial Infarction: Sex Differences in Incidence, Etiology, Treatment, and Outcomes. *Current Cardiology Reports*, 24(5), 529–540. <https://doi.org/10.1007/s11886-022-01676-7>
- Sociedad Española de Cardiología. (2021). *Las mujeres con diabetes tienen un 40% más riesgo de infarto de miocardio que los hombres diabéticos*. Recuperado 6 de diciembre de

2025, de

<https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa-sec/12494>

- Solola, S., Henry, S., y Mei, C. (2022). Sex-Specific Considerations in the Presentation, Diagnosis, and Management of Ischemic Heart Disease: *JACC Focus Seminar 2/7*. Elsevier, 79(14), 1398-1406. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.11.065>
- Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). (2025). *Triage enfermero: Clave para detectar problemas cardiovasculares en mujeres*. Recuperado 26 de noviembre de 2025, de <https://www.semes.org/triaje-enfermero-clave-para-detectar-problemas-cardiovasculares-en-mujeres/>
- Stehli, J., Dinh, D., Dagan, M., Duffy, S. J., Brennan, A., Smith, K., Andrew, E., Nehme, Z., Reid, C. M., Lefkovits, J., Stub, D., y Zaman, S. (2021). Sex differences in prehospital delays in patients with st-segment-elevation myocardial infarction undergoing percutaneous coronary intervention. *Journal of the American Heart Association*, 10(13), 1-7. <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.019938>
- Sunil, V., Rao, M., Michelle, L., y Ruel, M. (2025). ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *American Heart Association: 151(13)*, 771-862. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001309>
- Tajer, D., y Charask, A. (2013). Género y enfermedad cardiovascular. *Revista Argentina de Cardiología*, 81(4), 1-3. Scielo. [https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1850-37482013000400001](https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482013000400001)
- Thomas, Y., Jarman, A., Faynshtayn, N., Buehler, G., Andrabi, S., y McGregor, A. (2023). Achieving Equity in Emergency Medicine Quality Measures Requires a Sex and Gender Lens. *The Journal of Emergency Medicine*, 65(1), 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2023.03.063>
- Universitat de València. (2023). *Diseño y tipo de estudio*. Recuperado 28 de enero de 2025 de, <https://www.uv.es/invsalud/invsalud/disenyo-tipo-estudio.htm>
- Vogel, B., Acevedo, M., Appelman, Y., Bairey, C., Chieffo, A., Figtree, G., Guerrero, M., Kunadian, V., Lam, C., Maas, A. H., Mihailidou, A., Olszanecka, A., Poole, J., Saldarriaga, C., Saw, J., Zühlke, L., y Mehran, R. (2021). The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. *The Lancet*, 397(10292), 2385-2438. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00684-X)

- World Health Organisation. (2025). *Cardiovascular Diseases (CVDs)*. Recuperado 29 de noviembre, de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-%28cvds%29>

# 10. ANEXOS

## Anexo 1. Algoritmo Código IAM Catalunya

### CODI IAM

### ALGORITME GENÈRIC

### TRACTAMENT INICIAL

**Antiangregació Plaquetar (algorisme):**  
**Decisió terapèutica: ANGIOPLÀSTIA PRIMÀRIA**  
 • **AAS** (Àcid acetilsalílic sense coberta entèrica), 250 mg v.o. Si presenta vòmits: 450 mg i.v. d'Acetilsalílicat de Lisina (½ amp Inyesprin®)  
 Si al·lèrgia o contraindicació establerta, No administrar AAS.  
 • **Clopidogrel: Si ICP Primària** 600 mg v.o.  
 • **Prasugrel: Només si candidat a PCI** sense risc hemorràgic, sense doble antiagregació prèvia (no pren clopidogrel prèviament), DM o IAM extens. Dosi càrrega 60 mg v.o.  
 • **Ticagrelor: Només si candidat a PCI** sense risc hemorràgic, amb doble antiagregació prèvia (pren clopidogrel) o contraindicat el Prasugrel. Dosi de càrrega 180 mg v.o.  
 • **Heparina sòdica iv si ICP primària:** 70 u/kg amb un màxim de 5000 ui.

**Decisió terapèutica: FIBRINÒLISI**  
 • **AAS** (Àcid acetilsalílic sense coberta entèrica), 250 mg v.o. Si presenta vòmits: 450 mg i.v. d'Acetilsalílicat de Lisina (½ amp Inyesprin®)  
 Si al·lèrgia o contraindicació establerta, No administrar AAS.  
 • **Clopidogrel:** si <75 anys: 300 mg v.o. si >75 anys: 75 mg v.o.

**No s'han d'administrar ni Prasugrel ni Ticagrelor si s'administra FIBRINÒLISI**  
**Calmar dolor:**  
 • **Nitroglicerina** 0.4 mg s.l. (Valorar administració i.v. especialment en casos d'insuficiència cardíaca esquerra: diluir 10 mg de nitroglicerina fins a 50 ml de SG5%, iniciar amb 5 ml/h augmentant 2-3 ml/h cada 2 minuts fins resposta desitjada).  
**NO ADMINISTRAR NITROGLICERINA si:**  
 - TAS <90 mmHg.  
 - FC <50 o >100.  
 - IAM Ventricle Dret (s'associa a IAM inferior, es localitza a precordials dretes, està contraindicada l'administració de vasodilatadors, acostuma a precisar expansió de volum).  
 - Tractament en les últimes 24 h amb inhibidors de la fosfodiesterasa (disfunció erèctil).  
 • **Clorur mòrfic**, 4-8 mg i.v., amb dosis addicionals de 2 mg cada 5-15 minuts, màxim 15-20 mg.  
 • **Fentanilo**, 50-75 mcg i.v. cada 5-10 minuts; indicat si dolor amb agilitat/resistent al clorur mòrfic.  
**No s'han d'administrar AINE, ni inhibidors de la COX-2** (efecte protrombòtic).  
 • **Diazepam** per a l'ansietat, 5 mg v.o./s.l., sovint no cal doncs amb els mòrfics disminueix l'ansietat del pacient. Si no cedeix, revalorar si afegir **Midazolam**, a dosis baixes (1-2 mg i.v./i.n). Cal anar en compte amb els efectes sobre el SNC.  
 • Si presenta vòmits: valorar antiemètics (**Granisetron** 1mg i.v. o **Ondansetron** 4 mg i.v.)  
 • Protecció gàstrica amb **Omeprazol** i.v. o **Pantoprazol** i.v.

### CODI IAM

#### FIBRINÒLISI PREHOSPITALÀRIA

si està indicada Tenecteplase (TNK) + Enoxaparina

TNK en bolus ràpid (< 10 min), ajustat al pes:

Pes (kg)	Tenecteplasa (mg)	Volum solució (ml)
<60	30 (amp. de 10 ml)	6
>60 - < 70	35 (amp. de 10 ml)	7
>70 - < 80	40 (amp. de 10 ml)	8
>80 - < 90	45 (amp. de 10 ml)	9
>90	50 (amp. de 10ml)	10

**Enoxaparina:**

- Menors de 75 anys i creatinina <2.5 mg/ml (< 2mg/ml en dones): Bolus de 30 mg iv seguit als 15 minuts d'1mg/kg sc (primeres dosis no han de superar 100 mg).
- Majors de 75 anys i/o insuficiència renal coneguda: No bolus inicial, iniciar amb 0,75 mg/kg sc (màxim 75 mg).

#### CONTRAINDICACIONS ABSOLUTES DE LA FIBRINÒLISI

- Antecedent d'hemorràgia cerebral prèvia o AVC de causa desconeguda.
- AVC isquèmic en els últims 6 mesos.
- Neoplàsia o traumatisme en el SNC, malformació vascular intracranial coneguda.
- Traumatisme / cirurgia / dany en les 3 darreres setmanes.
- Sospita de Síndrome Aòrtica Aguda.
- Trauma/cirurgia important o trauma craneofacial <3 mesos.
- Sagnat actiu (excepte menstruació) o coagulopatia coneguda.
- Sagnat gastrointestinal en l'últim mes.
- Puncions no compressibles recents (biòpsia hepàtica, punció lumbar, etc.).

#### CONTRAINDICACIONS RELATIVES DE LA FIBRINÒLISI

- Accident isquèmic transitori en els darrers 6 mesos.
- Tractament anticoagulant oral.
- Gestació o primera setmana posterior al part.
- HTA refractària (pressió sistòlica >180 mmHg i/o diastòlica >11 mmHg).
- Malaltia hepàtica avançada.
- Endocarditis infecciosa.
- Úlcera pèptica activa.
- Maniobres de resuscitació avançades perllongades.

### Podem interrogar al pacient / família?

**ALT RISC HEMORRÀGIC:**

- > 75 anys
- <60 kg
- Alt hemorràgia intracranial
- Tractament ACO
- Hepalopatia

**IAM EXTENS:**

- Aixecament ST V1-V4 o més
- >2mV a V3, V4

En cas d'hemorràgia activa NO donar tractament antitrombòtic

\* Doble antiagregació: AAS+Clopidogrel.  
 \*\* No s'ha estudiat el canvi a Prasugrel.  
 \*\*\* Si Prasugrel contraindicat (al·lèrgia, AVC/ITA o alt risc hemorràgic): Ticagrelor. Si el pacient pren prèviament Prasugrel o Ticagrelor, no administrar dosi de càrrega.

## codi IAM

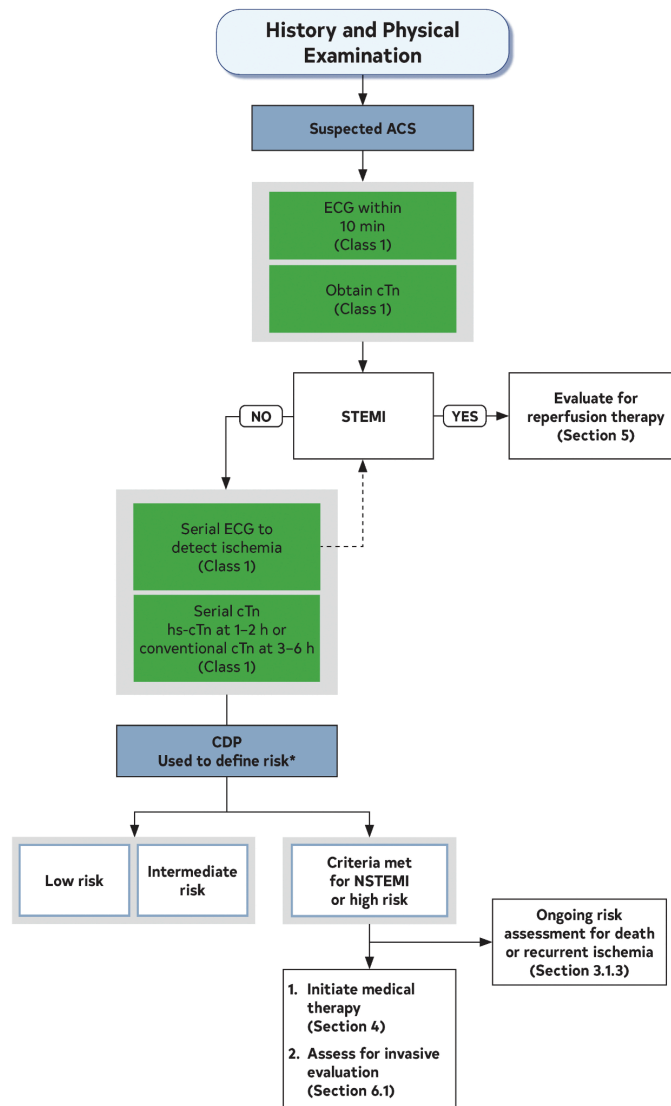
Atenció d'emergència a la malaltia cardiovascular

canalsalut.gencat.cat

Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut

emergències mèdiques

Anexo 2. Algoritmo AHA evaluación inicial del SCA (2025)



Anexo 3. Listado de verificaciones PRISMA 2020



**PRISMA 2020 Checklist**

Sección y tema	Artículo	Elemento de lista de comprobación	Ubicación donde se informa del artículo
<b>TÍTULO</b>			
Título	1	Identificar el informe como una revisión sistemática.	Título del TFG – Portada (pág. 1).
<b>ABSTRACTO</b>			
Abstracto	2	Consulte la lista de verificación de PRISMA 2020 para resúmenes.	Resumen (pág. 2).
<b>INTRODUCCIÓN</b>			
Fundamento	3	Describir la justificación de la revisión en el contexto del conocimiento existente.	Introducción (págs. 3 - 6).
Objetivos	4	Proporcione una declaración explícita de los objetivos o preguntas que aborda la revisión.	Pregunta de investigación y objetivos (pág.7).
<b>MÉTODOS</b>			
Criterios de elegibilidad	5	Especifique los criterios de inclusión y exclusión para la revisión y cómo se agruparon los estudios para las síntesis.	Metodología, tablas 2 y 3 (págs. 8 - 9).
Fuentes de información	6	Especifique todas las bases de datos, registros, sitios web, organizaciones, listas de referencias y otras fuentes buscadas o consultadas para identificar los estudios. Especifique la fecha en que se buscó o consultó por última vez cada fuente.	Metodología (bases de datos) (pág. 9).
Estrategia de búsqueda	7	Presente las estrategias de búsqueda completas para todas las bases de datos, registros y sitios web, incluidos los filtros y límites utilizados.	Tablas 4, 5 y 6 (págs. 10 - 12).
Proceso de selección	8	Especifique los métodos utilizados para decidir si un estudio cumplió con los criterios de inclusión de la revisión, incluidos cuántos revisores examinaron cada registro y cada informe recuperado, si funcionaron de forma independiente y, si corresponde, detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	Diagrama PRISMA (pág.13).
Proceso de recopilación de datos	9	Especifique los métodos utilizados para recopilar datos de los informes, incluidos cuántos revisores recopilaron datos de cada informe, si trabajaron de forma independiente, cualquier proceso para obtener o confirmar datos de los investigadores del estudio y, si corresponde, detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	Metodología (pág. 9).
Elementos de datos	10a	Enumerar y definir todos los resultados para los que se buscaron datos. Especifique si se buscaron todos los resultados que fueron compatibles con cada dominio de resultado en cada estudio (por ejemplo, para todas las medidas, puntos de tiempo, análisis) y, de no ser así, los métodos utilizados para decidir qué resultados recopilar.	Tabla resumen de estudios (págs. 14 - 17).

Sección y tema	Artículo	Elemento de lista de comprobación	Ubicación donde se informa del artículo
	10b	Enumerar y definir todas las demás variables para las que se buscaron datos (por ejemplo, características de los participantes y de la intervención, fuentes de financiación). Describa cualquier suposición hecha sobre cualquier información faltante o poco clara.	Tabla resumen de estudios (págs. 14 - 17).
Estudio del riesgo de evaluación del sesgo	11	Especifique los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios incluidos, incluidos los detalles de la(s) herramienta(s) utilizada(s), cuántos revisores evaluaron cada estudio y si funcionaron de forma independiente y, si corresponde, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	Calidad metodológica (CASPe) (pág. 21).
Medidas de efecto	12	Especifique para cada resultado la(s) medida(s) del efecto (p.ej. cociente de riesgos, diferencia de medias) utilizadas en la síntesis o presentación de los resultados.	Resultados y Discusión (págs. 18 - 25).
Métodos de síntesis	13a	Describir los procesos utilizados para decidir qué estudios fueron elegibles para cada síntesis (por ejemplo, tabular las características de la intervención del estudio y compararlos con los grupos planificados para cada síntesis (ítem #5)).	Resultados (pág. 14).
	13b	Describa los métodos necesarios para preparar los datos para la presentación o la síntesis, como el manejo de las estadísticas resumidas que faltan o las conversiones de datos.	No aplicable (síntesis narrativa).
	13c	Describir cualquier método utilizado para tabular o mostrar visualmente los resultados de estudios individuales y síntesis.	Tablas 7 y 8 (págs. 14 - 17).
	13d	Describa cualquier método utilizado para sintetizar los resultados y proporcione una justificación para la(s) elección(es). Si se realizó un metaanálisis, describa el modelo o modelos, los métodos para identificar la presencia y el alcance de la heterogeneidad estadística y los paquetes de software utilizados	Síntesis narrativa Resultados y Discusión (págs. 18 - 25).
	13e	Describir cualquier método utilizado para explorar las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados de los estudios (p. ej., análisis de subgrupos, metarregresión).	No aplicable.
	13f	Describir cualquier análisis de sensibilidad realizado para evaluar la solidez de los resultados sintetizados	No aplicable.
Evaluación del sesgo de informe	14	Describir cualquier método utilizado para evaluar el riesgo de sesgo debido a la falta de resultados en una síntesis (que surjan de los sesgos de informe).	No evaluado.
Evaluación de la certeza	15	Describir cualquier método utilizado para evaluar la certeza (o la confianza) en el conjunto de pruebas para un resultado.	Evaluación mediante CASPe (pág. 21).
<b>RESULTADOS</b>			
Selección de	16a	Describir los resultados del proceso de búsqueda y selección, desde el número de registros identificados en la búsqueda hasta el número de estudios	Figura

Sección y tema	Artículo	Elemento de lista de comprobación	Ubicación donde se informa del artículo
estudios		incluidos en la revisión, idealmente utilizando un diagrama de flujo.	PRISMA (pág. 13).
	16b	Citar estudios que puedan parecer que cumplen los criterios de inclusión, pero que fueron excluidos, y explicar por qué fueron excluidos.	Tablas de búsqueda (págs. 10 - 12).
Características de los estudios	17	Cite cada estudio incluido y presente sus características.	Tablas 7 y 8 (págs. 14 - 17).
Riesgo de sesgo en los estudios	18	Presentar evaluaciones del riesgo de sesgo para cada estudio incluido.	Tabla CASPe (pág. 21).
Resultados de estudios individuales	19	Para todos los resultados, presente, para cada estudio: (a) estadísticas resumidas para cada grupo (cuando sea apropiado) y (b) una estimación del efecto y su precisión (p.ej. intervalo de confianza/creíble), idealmente utilizando tablas o gráficos estructurados.	Resultados (págs. 18 -20)
Resultados de las síntesis	20a	Para cada síntesis, resume brevemente las características y el riesgo de sesgo entre los estudios contribuyentes.	Resultados (págs. 18 -20)
	20b	Presentar resultados de todas las síntesis estadísticas realizadas. Si se realizó un metanálisis, presente para cada uno la estimación resumida y su precisión (p.ej. intervalo de confianza/creíble) y las medidas de heterogeneidad estadística. Si compara grupos, describa la dirección del efecto.	Discusión (págs. 21 -25)
	20c	Presentar los resultados de todas las investigaciones de las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados de los estudios.	No aplicable.
	20d	Presentar los resultados de todos los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la solidez de los resultados sintetizados.	No aplicable.
Informar sesgos	21	Presentar evaluaciones del riesgo de sesgo debido a la falta de resultados (derivados de sesgos de informe) para cada síntesis evaluada.	No evaluado.
Certeza de la evidencia	22	Presentar evaluaciones de certeza (o confianza) en el conjunto de pruebas para cada resultado evaluado.	Evaluación indirecta mediante CASPe (pág. 21).
<b>DISCUSIÓN</b>			
Discusión	23a	Proporcionar una interpretación general de los resultados en el contexto de otras pruebas.	Discusión (págs. 21 – 25).
	23b	Discuta cualquier limitación de la evidencia incluida en la revisión	Discusión (págs. 21 – 25).
	23c	Discuta cualquier limitación de los procesos de revisión utilizados.	Discusión (págs. 21 – 25).

Sección y tema	Artículo	Elemento de lista de comprobación	Ubicación donde se informa del artículo
	23d	Discutir las implicaciones de los resultados para la práctica, la política y la investigación futura.	Discusión (págs. 21 – 25).
<b>OTRA INFORMACIÓN</b>			
Registro y protocolo	24a	Proporcione información de registro para la revisión, incluido el nombre del registro y el número de registro, o indique que la revisión no se registró.	No registrado.
	24b	Indique dónde se puede acceder al protocolo de revisión o indique que no se preparó un protocolo.	No se elaboró protocolo previo.
	24c	Describa y explique cualquier modificación de la información proporcionada en el registro o en el protocolo.	No aplicable.
Apoyo	25	Describa las fuentes de apoyo financiero o no financiero para la revisión, y el papel de los financiadores o patrocinadores en la revisión.	No se recibió financiación externa.
Intereses contrapuestos	26	Declarar cualquier interés contrapuesto de los autores de la revisión.	No se declaran conflictos de interés.
Disponibilidad de datos, código y otros materiales	27	Informar cuáles de los siguientes están disponibles públicamente y dónde se pueden encontrar: formularios de recopilación de datos de plantilla; datos extraídos de los estudios incluidos; datos utilizados para todos los análisis; código analítico; cualquier otro material utilizado en la revisión.	Datos incluidos en el TFG.