

Estudios de sesgo de sexo en cardiopatía coronaria: importancia de la metodología y de los datos clínicos detallados

(Studies of gender bias in coronary heart disease: importance of methodology and detailed clinical data)

Sr. Director:

En una reciente Carta al Director, Monteagudo-Piqueras et al¹ sugieren, a partir de un estudio basado en la información del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de la Comunidad de Madrid, que la mayor mortalidad y la menor intensidad terapéutica en las mujeres ingresadas por infarto agudo de miocardio se concentran en el subgrupo de 65 o más años.

En nuestra opinión, esta conclusión es difícilmente sostenible ya que, de acuerdo con los datos aportados por los autores, la menor utilización de coronariografías se produce tanto en mujeres de 65 o más años (*odds ratio* [OR] = 0,63) como en el grupo de menos de 65 (OR = 0,70).

Los autores fundamentan su tesis en la ausencia de un efecto detectable del sexo en los pacientes de menos de 65 años. Sin embargo, es bien sabido que el valor de *p* depende no solamente de la magnitud del efecto, sino también del tamaño de la muestra^{2,3}, y la ausencia de asociación estadísticamente significativa podría explicarse por el escaso número de mujeres con infarto menores de 65 años.

Para poder afirmar la existencia de un efecto de subgrupo en relación con la edad habría que demostrar previamente que la OR de los 2 estratos de edad es realmente distinta. Sin embargo, el test de heterogeneidad, realizado a partir de los datos aportados por los autores¹, sólo es significativo para el uso de intervenciones coronarias percutáneas (*p* = 0,0051), pero no para el uso de coronariografías (*p* = 0,5576) ni para la mortalidad (*p* = 0,2838). En rigor, por tanto, en estos últimos 2 casos no se puede afirmar la existencia de interacción estadística entre el sexo y la edad, y las diferencias observadas entre los grupos de edad respecto al uso de coronariografías y la mortalidad podrían deberse simplemente al azar.

Por otro lado, el hallazgo de interacción edad-sexo para el uso de intervenciones coronarias percutáneas, y no en cambio para el uso de coronariografías, no tiene una explicación clara y podría deberse tanto a un error de tipo I (muy frecuente en análisis de subgrupos) como a un inadecuado control de las variables de confusión. En este sentido, resulta llamativo que las OR «ajustadas» que se presentan en el texto son casi idénticas a las OR crudas, lo que sugiere la existencia de un inadecuado control de la confusión debido a los escasos datos aportados por el CMBD. A este respecto, conviene recordar el estudio de Ghali et al⁴, en el que el riesgo relativo de revascularización percutánea de las mujeres en comparación con los varones fue de 0,77 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,73-0,82); en el análisis crudo, de 0,84 (IC del 95%, 0,80-0,89) tras un ajuste parcial, y de 1,02 (IC del 95%, 0,96-1,08) tras un ajuste completo para las variables clínicas (in-

cluidos los datos sobre extensión de la enfermedad coronaria y función sistólica).

Como comentan adecuadamente los autores, la existencia de un menor esfuerzo clínico en las mujeres con infarto agudo de miocardio está bien documentada en la bibliografía. Sin embargo, la controversia sobre el origen de estas diferencias (sesgo de sexo frente a diferencias clínicas) difícilmente podrá ser resuelta si no se cuenta con fuentes de información de calidad que permitan un control adecuado de las variables pronósticas más relevantes.

Jaime Latour-Pérez^{a,b} / M. Teresa Ruiz-Cantero^{b,c} / Diana Gil-González^b

^aServicio de Medicina Intensiva, Hospital General Universitario de Elche, Elche, Alicante, España;

^bÁrea de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Alicante, Alicante, España; ^cRed de Investigación de Salud y Género (RISG).

Correo electrónico: jlatour@coma.es

Bibliografía

1. Monteagudo-Piqueras O, Sarría-Santamera A. Diferencias entre varones y mujeres respecto a la mortalidad hospitalaria y la utilización de procedimientos en el infarto agudo de miocardio. *Gac Sanit.* 2006;20:74-9.
2. Assmann SF, Pocock SJ, Enos LE, Kasten LE. Subgroup analysis and other (mis)uses of baseline data in clinical trials. *Lancet.* 2000;355:1064-9.
3. Matthews JNS, Altman DG. Statistics notes: Interaction 2: compare effect sizes not *p* values. *BMJ.* 1996;313:808.
4. Ghali WA, Faris PD, Galbraith PD, Norris CM, Curtis MJ, Saunders LD, et al. Sex differences in access to coronary revascularization after cardiac catheterization: importance of detailed clinical data. *Ann Intern Med.* 2002;136:723-32.

Utilización de procedimientos y mortalidad intrahospitalaria en hombres y mujeres con infarto agudo de miocardio

(Procedure utilization and in-hospital mortality in men and women after acute myocardial infarction)

Sr. Director:

La atenta lectura de la Carta al Director de Latour-Pérez et al¹ ha suscitado la necesidad de aportar información adicional. La utilización de servicios de atención sanitaria está determinada por muchos factores². No obstante, la evidencia puesta de manifiesto por muchos estudios es que el estado de salud o necesidad clínica no es el único factor, ni probablemente el más importante, que influye en la utilización. En el caso del infarto agudo de miocardio (IAM), se ha podido comprobar la existencia de una menor intensidad terapéutica asociada tanto con las mujeres como con las personas de mayor edad. El uso apropiado de estos procedimientos estaría alrededor del 46%³. También se ha comprobado que ciertos factores, como el nivel socioeconómico⁴ y la estructura asis-