



2. INFLUENCIA DEL SEXO FEMENINO EN EL PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO Y PRONÓSTICO DEL IAMCEST. ANÁLISIS DE UNA COHORTE HISTÓRICA

Francisco Martín Herrero¹, Alfredo Barrio Rodríguez¹, Juan Diego Oviedo Rodríguez¹, Olga Cabañas Tendero¹, Daniel Alejandro Bracho Bracchitta¹, Marta Alonso Fernández de Gatta¹, Laura de la Fuente Blanco¹, Beatriz de Tapia Majado¹, Inés Toranzo Nieto¹, Elisabete Alzola Martínez de Antoñana², Mónica García Monsalvo¹, Milena Antúnez Ballesteros¹, David González Calle¹ y Pedro Luis Sánchez Fernández¹

¹Cardiología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España y ²Cardiología. Hospital Universitario de Cruces, Bilbao (Vizcaya), España.

Resumen

Introducción y objetivos: Se ha descrito en el infarto agudo de miocardio que las mujeres tienen peor pronóstico que los varones. Sin embargo, no está bien establecido si el sexo femenino es un predictor independiente de mortalidad o si existen factores de confusión que lo explican.

Métodos: Incluimos todos los pacientes consecutivos ingresados por un IAMCEST (24 h de evolución), en un hospital de tercer nivel. Analizamos dos etapas: año 2005 (N = 234) y año 2017 (N = 290).

Resultados: El porcentaje de mujeres en el año 2005 y 2017 fue muy similar: 21 vs 22% (p = NS). Las mujeres presentaron un perfil de riesgo cardiovascular más adverso (tabla), mayor edad (73 ± 12 años vs 65 ± 13 años, p 0,001; y 75 ± 14 años vs 65 ± 12 años, p 0,001; para las etapas 2005 y 2017 respectivamente), mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (excepto tabaco), mayor desarrollo de IC y de arritmias supraventriculares (FA y FLA), tendencia a un menor uso de reperfusión y una mayor mortalidad intrahospitalaria (10 vs 24%, p = 0,010; y 6,2 vs 10,9%, p = 0,096; para las etapas 2005 y 2017 respectivamente). No se observan diferencias en los tiempos de retraso Síntomas-Primer Contacto Médico (S-PCM) y Primer Contacto Médico-Reperfusión (PCM-R) entre ambos sexos en las dos etapas. El análisis de regresión logística multivariante mostró que el sexo femenino no fue un predictor independiente para la mortalidad durante la hospitalización. Si fueron variables asociadas de manera independiente con la mortalidad: la edad (OR 1,052, IC95% 1,016-1,090, p = 0,005), la aparición de IC durante el ingreso (OR 18,51, IC95% 6,660-51,477, p 0,001) y la Etapa 2005 vs 2017 (OR 3,244, IC95% 1,436-7,329, p = 0,005).

Resultados

	Etapa 2005 (N = 234)		Etapa 2017 (N = 290)	
Variables	Hombres (N = 184)	Mujeres (N = 50)	Hombres (N = 226)	Mujeres (N = 64)

Edad	65 ± 13	73 ± 12	0,001	65 ± 12	75 ± 14	0,001
HTA	55%	68%	0,002	50%	69%	0,008
DM2	21%	40%	0,005	23%	38%	0,016
DL	29%	32%	0,716	47%	50%	0,707
Tabaco	69%	16%	0,001	67%	20%	0,001
Reperusión	75%	62%	0,083	99%	95%	0,010
Fibrinólisis	39%	34%	0553	11%	1,6%	0,019
ICPp	34%	28%	0,405	88%	94%	0,193
S-PCM (min)	371 ± 476	422 ± 518	0,291	210 ± 327	193 ± 259	0,495
PCM-R (min)	151 ± 125	113 ± 89	0,086	145 ± 150	155 ± 107	0,132
Tiempo óptimo de Reperusión	26%	25%	0,930	48%	45%	0,661
Acceso femoral	97%	100%	0,780	7%	21%	0,002
Killip máximo>1	35%	60%	0,002	33%	45%	0,661
FEVI	52 ± 12	52 ± 12	0,950	50 ± 13	49 ± 12	0,556
Paro cardíaco en la presentación	13%	12%	0,845	12%	12%	0,981
Arritmias SV (FA y FlA)	10%	20%	0,048	11%	18%	0,104
Mortalidad intrahospitalaria	10%	24%	0,011	6,2%	10,9%	0,196

HTA: hipertensión arterial; DM2: diabetes mellitus; DL: Dislipemia; ICPp: intervencionismo coronario percutáneo; S-PCM: tiempo síntomas a primer contacto médico; PCM-R: tiempo síntomas a reperusión; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; SV: supraventricular; FA: fibrilación auricular; FlA: *flutter* auricular.

Conclusiones: Las mujeres que ingresan por un IAMCEST tiene mayor edad, mayor carga de factores de riesgo CV, un mayor desarrollo de IC y arritmias SV durante el ingreso, que podrían explicar la mayor mortalidad del sexo femenino. Estas diferencias en el perfil clínico y pronóstico de la mujer respecto al varón, siguen persistiendo a lo largo de los últimos 20 años.