



7010-9. EL SEXO FEMENINO ES UN PREDICTOR INDEPENDIENTE DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON IAMCEST EN ESPAÑA: UN ESTUDIO EN 325.017 EPISODIOS DURANTE 11 AÑOS (2005-2015)

Antonia Sambola Ayala¹, Manuel Anguita Sánchez², Francisco Javier Elola Somoza³, Cristina Fernández Caamaño³, José Luis Bernal Sobrino³, José Luis Ferreiro Gutiérrez⁴, Héctor Bueno Zamora⁵, Francisco Marín Ortuño⁶, José Luis Bonilla², Julio Núñez-Villota⁷, Marcelo Sanmartín Fernández⁸, Sergio Raposeiras Roubín⁹, Manuel Jiménez-Navarro¹⁰, David Filgueiras Rama¹¹ y Martín-Ortiz², del ¹Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, ²Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, ³Fundación IMAS, Madrid, ⁴Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), ⁵Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, ⁶Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), ⁷Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, ⁸Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Madrid, ⁹Complejo Hospitalario Universitario de Vigo-Xeral-Cies, Vigo (Pontevedra), ¹⁰Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga y ¹¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Estudios recientes observaron una disminución en la mortalidad de pacientes con infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST). La interacción entre el sexo y la mortalidad en el IAMCEST sigue siendo controvertida. Objetivo: evaluar el impacto del sexo femenino en la mortalidad de pacientes con IAMCEST durante el periodo 2005-2015.

Métodos: Se realizó un estudio longitudinal retrospectivo utilizando la información de MBDS del Sistema Nacional de Salud para identificar los pacientes con el diagnóstico principal de IAMCEST durante 2005-2015. La tasa de mortalidad hospitalaria ajustada por riesgo (RAMER), se definió como la relación entre la mortalidad prevista y la mortalidad esperada, multiplicada por la tasa bruta de mortalidad. La RAMER se calculó utilizando modelos de ajuste de riesgo multinivel adaptados de los servicios Medicare y Medicaid. La discriminación de los modelos se evaluó mediante el cálculo del área debajo de la curva ROC (*Receiver Operating Characteristics*) (AUROC). Se utilizó RAMER para comparar los resultados relacionados con el sexo y la presencia de redes IAMCEST regionales y la realización de ICP.

Resultados: Se identificaron un total de 325.017 IAMCEST en pacientes de 35-94 años de edad. Se seleccionaron 273.182 después de las exclusiones y 106.277 (38,8%) eran mujeres. Las mujeres tenían un promedio 10 años más que los varones (64,5 frente a 74,4, $p < 0,001$) y tenían más comorbilidades: hipertensión (59,8 frente a 46,3%), diabetes (35,7 frente a 26%), historia de insuficiencia renal (13,4 frente a 9,8%), enfermedad cerebrovascular (3,3 frente a 2,2%), insuficiencia cardiaca (33 frente a 21,8%) ($p < 0,001$ en todos los casos). Durante la admisión las mujeres presentaron más frecuentemente insuficiencia cardiaca y *shock* que los varones (16,3 frente a 12,2%, $p < 0,001$). La tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria fue mayor en mujeres (9,3 frente a 18,3%; OR ajustada: 1,18; IC95%: 1,14-1,22; $p < 0,001$) durante el periodo estudiado. Ser mujer se asoció independientemente con una mayor mortalidad hospitalaria después de ajustar por edad, comorbilidades y eventos adversos durante el ingreso (tabla).

Variables asociadas independientemente con la mortalidad hospitalaria ajustada por riesgo en un modelo de regresión logística multinivel. 2005-2015

IAMCEST. Variables asociadas con riesgo de mortalidad hospitalaria	<i>Odds ratio</i>	p	95% interv. confianza	
Sexo femenino	1,18	< 0,001	1,14	1,22
Edad	1,06	< 0,001	1,06	1,06
Hipertensión (CC 89, 91)	0,81	< 0,001	0,79	0,84
DM o complicaciones DM excepto retinopatía proliferativa (CC 15-20, 120)	1,16	< 0,001	1,12	1,20
Ictus (CC 95-96)	5,76	< 0,001	5,18	6,42
Enfermedad cerebrovascular (CC 97-99, 103)	0,86	< 0,001	0,79	0,93
Insuficiencia renal (CC 131)	1,95	< 0,001	1,88	2,02
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (CC 108)	0,89	< 0,001	0,85	0,94
Historia de cardiopatía isquémica previa (CC 82)	0,85	< 0,001	0,78	0,92
Historia de ACTP (ICD-9 códigos V45, 82)	1,58	< 0,001	1,40	1,77
IAM previo (CC81)	1,84	< 0,001	1,54	2,20
Infarto agudo de miocardio anterior (ICD-9 códigos 410.01 y 410.11)	1,47	< 0,001	1,23	1,76
Otras localizaciones de infarto agudo de miocardio (ICD-9 códigos 410.21-410.61)	0,53	< 0,001	0,46	0,61
Historia de Insuficiencia cardiaca congestiva (CC 80)	1,26	< 0,001	1,22	1,30

Insuficiencia cardiaca o <i>shock</i> (CC 79)	15,25	< 0,001	14,78	15,75
Enfermedad valvular o reumática (CC 86)	0,68	< 0,001	0,65	0,71

ACTP: angioplastia coronaria transluminal percutánea, DM: diabetes mellitus, EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, IAMCEST: infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST,

Conclusiones: El sexo femenino es un predictor independiente de mortalidad en pacientes con IAMCEST en España, durante un periodo de 11 años.