



6011-176. REPERFUSIÓN EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST: ¿PERSISTEN DIFERENCIAS ENTRE LOS SEXOS?

Antonela Lukic Otanovic¹, Esther Sánchez Insa², Ana Martínez Labuena¹, Silvia María Silva Rojas¹, José Antonio Linares-Vicente¹, Borja Simó Sánchez¹, José Ramón Ruiz Arroyo¹ e Isabel Calvo Cebollero² del ¹Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza y ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Introducción y objetivos: El sexo femenino se ha asociado clásicamente a mayor comorbilidad y retrasos, un tratamiento subóptimo y a un peor pronóstico en el síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST). En nuestro medio existen campañas promotoras de la salud cardiovascular en la mujer. El objetivo es valorar las características, retrasos y el pronóstico a corto plazo de las mujeres atendidas en nuestro medio dentro del Código Infarto.

Métodos: Inclusión prospectiva consecutiva de 591 pacientes con SCACEST o bloqueo de rama izquierda presuntamente nuevo atendidos dentro del Código Infarto, de los que 138 (23,4%) fueron mujeres. Se recogieron variables clínico-anatómicas, del procedimiento y tratamiento al alta y el seguimiento a un mes. Análisis en función del sexo (M mujer, V varón).

Resultados: Las mujeres de nuestra muestra presentaron una mayor edad y mayor proporción de ausencia de lesiones coronarias (V 7,5 frente a M 15,9%, p 0,02). La prevalencia de los FRCV fue similar excepto para el tabaquismo activo (V 35,6 frente a M 13,4, p 0,03). Las M presentaron peor clase Killip al ingreso (clase IV en V 9,9 frente a M 15,1 p 0,02) y tendencia no significativa a mayor incidencia de ACV (V 0,7 frente a M 2,3, p 0,14) y hemorragias (V 2,1 frente a M 4,7, p 0,11) durante el ingreso, así como menor proporción de revascularización completa (V 73,6 frente a M 68,4, p 0,17). No hubo diferencias en FEVI, localización anterior o flujo TIMI = 0 previo a ICP. Las diferencias en demoras fueron no significativas, salvo en los tiempos puerta-aguja (V 54 frente a M 22 min, p 0,008) y ECG-fibrinólisis (V 57 frente a M 18 min, p 0,018) (mujeres fibrinolisadas 9,5%). En cuanto al tratamiento al alta, salvo en el uso de doble terapia antiagregante (M 82,9 frente a V 89,7%, p 0,034) y anticoagulación oral (M 4,9 frente a V 9,3%, p 0,08) no hubo diferencias significativas (grupo M: bloqueadores beta 78%, IECA 48,8%, estatina 87%, AAS 88,6%). La mortalidad intrahospitalaria global de las mujeres fue de 9,5%, y de las mujeres en *shock* de 31,6%. No hubo diferencias significativas por sexo en cuanto a la mortalidad intrahospitalaria o en el seguimiento a 1 mes.

Conclusiones: Nuestras mujeres con SCACEST presentaron un similar pronóstico a corto plazo, sin objetivar las clásicamente descritas diferencias entre sexos, salvo en mayor edad y menor etiología aterosclerótica. Destaca que los retrasos son similares, ¿Será el efecto de nuestras campañas de concienciación?