



6015-274. ANÁLISIS COMPARATIVO DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN SCACEST SEGÚN EL SEXO. VARONES Y MUJERES, ¿DOS SUBGRUPOS DIFERENTES?

Leyre Ucar Rodríguez, Carolina Tiraplegui Garjón, Alba Sádaba Cipriain, Ana Isabel Santos Sánchez, Aitziber Munarriz Arizcuren y Raúl Ramallal Martínez, del Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Resumen

Introducción y objetivos: La cardiopatía isquémica es una enfermedad relevante en la salud de la mujer y supone una de las principales causas de muerte en los países desarrollados. Analizamos las diferencias entre sexos en los pacientes ingresados por síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) en el Complejo Hospitalario de Navarra.

Métodos: Analizamos 2.206 pacientes ingresados por SCACEST entre 2010-2015 y comparamos características clínicas, evolutivas y tratamiento entre varones y mujeres. Empleamos para variables cuantitativas: t-test y Anova, para cualitativas: χ^2 , Fisher y χ^2 de tendencia lineal.

Resultados: En nuestra muestra, el 24,03% de los casos fueron mujeres. Se vieron características basales diferentes en ambos subgrupos; en mujeres era mayor la edad media (69,51 DE 12,96 frente a 77,21 DE 13,28 (p 0,001)), prevalencia HTA (56 frente a 73,4%, p = 0,001), enfermedad cerebrovascular (7,28 frente a 12,6%, p = 0,001), DM 2 (26,6 frente a 35% p 0,015) y proporción de no fumadores (22,32 frente a 66,04%, p 0,001). Fue menor prevalencia de enfermedad arterial periférica (12,77 frente a 5,66% en mujeres, p 0,001), así como IAM previo, antecedentes de cardiopatía isquémica y de revascularización previa, sin alcanzar en estos significación estadística. La proporción mujeres/varones en subgrupo de pacientes K IV fue significativamente mayor que en subgrupo de pacientes KI-III (23 frente a 38% en subgrupo Killip IV p 0,001). En las mujeres se realizó menos ICP primaria (67,98 frente a 55,36% (p 0,001)) y fue menos exitosa (éxito 92,6 frente a 86,5%, p 0,001). Hubo diferencias en cuanto número de vasos tratados y en tipo de intervencionismo (implante de *stent* 92,5 frente a 84,56% en mujeres, p 0,001). No así en método de perfusión primaria ni en el vaso responsable. Se realizó coronariografía durante ingreso en un 93 frente a 81% en mujeres, p 0,001). En la evolución inicial, las diferencias en cuanto a FEVI, reinfarto y complicaciones graves no alcanzaron nivel de significación. Se observó mayor mortalidad durante el ingreso en este grupo (8,6 frente a 4,2% p 0,01).

Conclusiones: En nuestro registro se detectaron diferencias entre varones y mujeres en cuanto perfil clínico, demográfico y tratamiento terapéutico, que pueden explicar el aumento de mortalidad observado en las mujeres. Existen sin embargo otros factores que podrían explicar parte del exceso de mortalidad.