



4005-4. LAS MUJERES PRESENTAN UNA MAYOR MORTALIDAD TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO-ST, INDEPENDIENTEMENTE DE LA EDAD, GRAVEDAD CLÍNICA Y FRAGILIDAD BIOLÓGICA

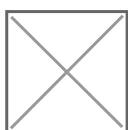
María C. Viana-Llamas¹, Alberto Silva-Obregón¹, Ramón Arroyo-Espliguero¹, Alfonso Estrella-Alonso¹, Giovanna Uribe-Heredia¹, Sonia Saboya-Sánchez² y Carlos Marian-Crespo¹, del ¹Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara y ²Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: Las mujeres presentan mayor mortalidad tras un síndrome coronario agudo con elevación del segmento-ST (SCACEST). Sin embargo, existen dudas sobre el impacto clínico que el sexo femenino tiene en la mortalidad al ajustar por características clínicas y factores de riesgo. El objetivo este estudio fue analizar el impacto que el sexo femenino tiene en la mortalidad tras un SCACEST.

Métodos: Estudio transversal retrospectivo de 427 pacientes (63,8 años [55,2-75,4]; 22% mujeres) ingresados en una UVI general tras una angioplastia primaria por un SCACEST, desde noviembre-2013 a febrero-2017. Se realizó un análisis de supervivencia (SPV) por el método de Kaplan-Meier (test de *log rank*) y regresión de Cox. La fragilidad se analizó mediante la *Canadian Study of Health and Aging Clinical Frailty Scale* (CSHA-CFS).

Resultados: Las mujeres presentaban mayor edad ($p = 0,001$), mayor prevalencia de hipertensión arterial ($p = 0,022$) y un GRACE 2,0 más alto ($p = 0,001$). El 30,1% de las mujeres presentaban un CSHA-CFS ≥ 4 (frente a 9,6% en los varones; $p = 0,001$). Presentaban niveles de CPK y albúmina más bajos ($p = 0,004$ y $p = 0,001$, respectivamente) y de BNP más altos ($p = 0,001$), a pesar de no existir diferencias en la FEVI, localización y tamaño del infarto. Precisaron más ventilación mecánica no invasiva ($p = 0,013$) y catecolaminas ($p = 0,033$) durante el ingreso (tabla). La mortalidad al año de seguimiento fue mayor en las mujeres (16,1 frente a 4,5%; $p = 0,001$), frecuentemente por *shock* cardiogénico ($p = 0,001$). La SPV acumulada de las mujeres fue menor ($p = 0,001$), especialmente durante el ingreso hospitalario y el 1^{er} mes de seguimiento. Tras la regresión de Cox, los predictores independientes de mortalidad al año de seguimiento fueron la fragilidad ($p = 0,002$), el sexo femenino (HR 2,23 [1,06-4,67]; $p = 0,034$), el índice GRACE 2,0 ($p = 0,001$), la FEVI ($p = 0,030$) y la necesidad de catecolaminas durante el ingreso hospitalario ($p = 0,034$) (figura).



Análisis de la supervivencia al año de seguimiento discriminado por sexo mediante el método de Kaplan-Meier y el modelo de regresión de Cox.

Comparación de las características clínicas, bioquímicas y mortalidad al año de seguimiento entre varones y mujeres

	Mujer (n = 93)	Varón (n = 334)	p
Mortalidad al año, n (%)	15 (16,1%)	15 (4,5%)	0,001
<i>Shock</i> cardiogénico, n (%)	10 (62,5%)	6 (37,5%)	0,001
Edad (años)	70,8 [51,2-80,3]	61,9 [54,2-71,8]	0,001
Hipertensión, n (%)	54 (58,1%)	149 (44,6%)	0,022
DM tipo 2, n (%)	30 (32,3%)	80 (24,0%)	0,105
GRACE 2,0	129 [104,5-156]	112 [94-139]	0,001
Fragilidad - CFS	3,0 [3,0-4,0]	3,0 [2,0-3,0]	0,001
Localización (anterior), n (%)	42 (45,2%)	152 (45,5%)	0,953
CPK (UI/l)	1.040 [300,5-2134,0]	1.517 [620,5-2852,8]	0,004
Troponina I (as) (pg/ml)	4.003 [62,1-48526,6]	9.070 [65,8-65893]	0,473
FEVI (%)	52 [40-60]	55 [45-60]	0,465
BNP (pg/ml)	241,1 [99,9-896,9]	103,6 [28,3-259,2]	0,001
Albúmina (g/l)	36,1 [34,3-38,5]	38,4 [35,6-40,5]	0,001
VMNI, n (%)	5 (5,4%)	4 (1,2%)	0,013
Catecolaminas, n (%)	14 (15,1%)	26 (7,8%)	0,033

Los datos se expresan como número (%) para variables categóricas y como mediana [rango intercuartílico] para variables con distribución no-normal.

Conclusiones: Las mujeres presentan una mayor mortalidad a corto y largo plazo tras un SCACEST, independientemente de la edad y de la gravedad clínica. Una potencial disfunción miocárdica no relacionada con el evento isquémico agudo, y mediada en parte por una mayor fragilidad biológica, puede jugar un papel en el aumento de la mortalidad en las mujeres.