Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 911

Revista Española de Cardiología

6015-258. CAMBIOS EN EL TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO DE LAS MUJERES CON NSTEMI, ¿SE HAN PRODUCIDO CAMBIOS EN LOS ÚLTIMOS AÑOS?

Pablo José Antúnez Muiños, Belén Álvarez Álvarez, José María García Acuña, Charigan Abou Jokh Casas, Teba González Ferrero, Carla Cacho Antonio, Diego Iglesias Álvarez, Abel Torrelles Fortuny, Marta Pérez Domínguez y José Ramón González Juanatey, del Complexo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela (A Coruña).

Resumen

Introducción y objetivos: Las mujeres han estado menos representadas en todos los ensayos clínicos de NSTEMI, además se ha observado que este grupo de pacientes han recibido frecuentemente menos revascularización y tratamiento basado en la evidencia, con una mayor mortalidad a corto y largo plazo. El objetivo de nuestro trabajo es analizar la existencia de cambios en las características basales, tratamiento y pronóstico de las mujeres con NSTEMI en la última década.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluye 861 mujeres que ingresaron por IAMSEST entre 2003 y 2015 en nuestro centro. Se han dividido en 2 grupos según el periodo de hospitalización (2003-2008 y 2009-2015) con un seguimiento medio de 4,5 ± 2,9 años de seguimiento. En la tabla se describen las características basales y el tratamiento al alta. Destacando un mayor uso de estatinas e IECA/ARA-II en el segundo periodo, así como un mayor porcentaje de pacientes sometidos a revascularización precoz.

Resultados: Se observa en las mujeres una reducción no significativa de las hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca en el seguimiento (6,8 frente a 4,5%, p 0,091), sin observarse tampoco diferencias en la mortalidad a los 30 días (1,3 frente a 0,4%), ni al año (7,1 frente a 5,8%). Sin embargo, la mortalidad a largo plazo en el grupo más contemporáneo se reduce (HR 0,69, IC95% 0,52-0,89), incluso tras realizar análisis multivariado (HR 0,64, IC95% 0,48-0,85).

Características basales y tratamiento al alta en mujeres con NSTEMI

Variable	Total n = 861	2003-2008 n = 395	2009-2015 n = 466	pp
Edad (años)	73 ± 12	73 ± 12	72 ± 12	0,316
Hipertensión arterial	629 (73,1%)	285 (72,2%)	344 (73,8%)	0,318
Diabetes mellitus	292 (33,9%)	151 (38,2%)	141 (30,3%)	0,008

Dislipemia	414 (48,1%)	190 (48,1%)	224 (48,1%)	0,523
Tabaquismo	50 (5,8%)	21 (5,3%)	29 (6,2%)	0,338
Cardiopatía isquémica previa	152 (17,7%)	94 (23,8%)	58 (12,4%)	0,005
Insuficiencia cardiaca previa	54 (6,3%)	29 (7,3%)	25 (5,4%)	0,147
Insuficiencia renal	66 (7,7%)	26 (6,6%)	40 (8,6%)	0,166
PAS	143 ± 28	143 ± 28	143 ± 27	0,096
KILLIP				
I	664 (77,1%)	299 (75,7%)	365 (78,3%)	
II	143 (16,6%)	74 (18,7%)	69 (14,8%)	0,292
III	47 (5,5%)	20 (5,1%)	27 (5,8%)	
IV	4 (0,5%)	2 (0,5%)	2 (0,4)	
GRACE	129 ± 32	130 ± 37	128 ± 33	0,867
Hemoglobina	13,0 ± 1,6	12,9 ± 1,5	13,1 ± 1,6	0,038
Creatinina	1,1 ± 0,8	1,0 ± 0,5	1,1 ± 0,9	0,009
ICP precoz	249 (29,3%)	76 (19,2%)	173 (38,0%)	0,005
AAS al alta	698 (81,1%)	313 (79,2%)	385 (82,6%)	0,120
Clopidogel al alta	465 (54,0%)	221 (55,9%)	244 (52,4%)	0,162
IECA/AR-II al alta	466 (54,1%)	191 (48,4%)	275 (59,0%)	0,001

Bloqueadores beta al alta	509 (59,1%)	238 (60,3%)	271 (58,2%)	0,290
Estatinas al alta	643 (74,7%)	275 (69,6%)	368 (79,0%)	0,001

Conclusiones: En los últimos años se ha observado un tratamiento intervencionista precoz y un mayor uso de medicina basada en la evidencia en las mujeres. Esto se ha asociado con una menor mortalidad a largo plazo, sin embargo los eventos a corto plazo no han disminuido.