

6014-152. LAS MUJERES PRESENTAN UNA MAYOR MORTALIDAD AL AÑO DE SEGUIMIENTO TRAS UN SCACEST, INDEPENDIENTEMENTE DE LA EDAD, LA FRAGILIDAD BIOLÓGICA Y EL RIESGO NUTRICIONAL

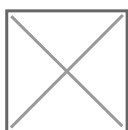
María C. Viana Llamas¹, Alberto Silva Obregón², Ramón Arroyo Espliguero¹, Carlos Marian Crespo², Sonia Saboya Sánchez³, Nancy Giovanna Uribe Heredia¹, Alfonso Estrella Alonso², Alicia Castillo Sandoval¹, Belén García Magallón¹, Claudio Torán Martínez¹, Ziortza Eguileor Marín² y Noemí Arriero Fernández², del ¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, ²Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara y ³Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital 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, presentan mayor fragilidad y desnutrición que los varones, circunstancias también asociadas a mayor morbilidad cardiovascular. El objetivo de este estudio fue analizar el impacto pronóstico independiente que el sexo femenino tiene en la mortalidad tras un SCACEST, al ajustar por la fragilidad y el índice de riesgo nutricional (IRN).

Métodos: Estudio transversal retrospectivo de 321 pacientes (64,4 años [54,3-75,2]; 22,4% mujeres) ingresados en una UVI general tras una angioplastia primaria (AP) por un SCACEST, desde noviembre-2013 a febrero-2017. El IRN se calculó como $1,519 \times \text{albúmina (g/l)} + 41,7 \times (\text{peso real [kg]}/\text{peso ideal [kg]})$. Se analizó la fragilidad mediante el Clinical Frailty Scale (CFS). Se realizó un análisis de supervivencia (SPV) al año de seguimiento por el método de Kaplan-Meier (test de *log rank*) y regresión de Cox.

Resultados: Las mujeres presentaban mayor edad, más hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, y un GRACE 2,0 más alto. La fragilidad (CFS ≥ 4) y malnutrición (IRN $\geq 97,5$) fue superior en las mujeres ($p = 0,001$ y $p = 0,002$, respectivamente). Presentaban un BNP más alto, a pesar de no existir diferencias en la FEVI, localización y tamaño del infarto (por troponina I ultrasensible; $p = 0,828$). Precizaron catecolaminas durante el ingreso (tabla). La mortalidad al año de seguimiento fue mayor en las mujeres ($p = 0,001$), frecuentemente por *shock* cardiogénico ($p = 0,001$). La SPV acumulada fue menor en las mujeres ($p = 0,001$) y presentaban una mayor mortalidad al año de seguimiento (HR 2,57; IC95%, 1,20-5,48; $p = 0,015$), independientemente de la edad ($p = 0,144$), el IRN ($p = 0,006$), la fragilidad (CFS ≥ 4) ($p = 0,001$), el índice GRACE 2,0 ($p = 0,061$), la FEVI ($p = 0,054$) y la necesidad de ventilación mecánica ($p = 0,094$) o catecolaminas ($p = 0,001$).



Análisis de supervivencia con Kaplan-Meier y regresión de Cox en los 321 pacientes con SCACEST incluidos en el estudio discriminado por sexo.

Características basales, clínicas y analíticas de los 321 pacientes con SCACEST incluidos en el estudio discriminado por sexo

	Mujeres (n = 72)	Varones (n = 249)	p
Edad	67,8 [59,5-79,3]	61,7 [53,3-71,5]	0,001
Mortalidad, n (%)	15 (20,8)	13 (5,2)	0,001
<i>Shock</i> cardiogénico, n (%)	10 (13,9)	5 (2)	0,001
Hipertensión, n (%)	42 (58,3)	111 (44,6)	0,045
DM tipo 2, n (%)	25 (34,7)	55 (22,1)	0,043
ERC (? G4), n (%)	8 (11,1)	18 (7,2)	0,326
CFS (? 4), n (%)	22 (30,6)	22 (8,8)	0,001
IRN (≥ 97,5), n (%)	39 (55,7)	87 (34,9)	0,002
GRACE 2,0	130,5 [107-166,25]	114 [94-143]	0,001
Localización anterior, n (%)	31 (43,1)	117 (47)	0,593
Uso de catecolaminas, n (%)	14 (19,4)	24 (9,6)	0,036
Ventilación mecánica, n (%)	7 (9,7)	18 (7,2)	0,462
Creatina-cinasa (UI/l)	1.171 [427,8-2695]	1.682 [630-3171]	0,074
FEVI (%)	51 [40-60]	55 [45-60]	0,384
BNP (pg/ml)	234,5 [99,6-779,8]	103,3 [28,4-253,2]	0,001

BNP: péptido natriurético tipo-B; CFS: *Clinical Frailty Scale*; DM: diabetes mellitus; ERC: enfermedad renal crónica; FEVI: fracción de eyección ventricular izquierda; IRN: Índice de riesgo nutricional.

Conclusiones: A pesar de la alta prevalencia de fragilidad y malnutrición entre las mujeres con un SCACEST, el sexo femenino presenta un significativo aumento de la mortalidad al año de seguimiento tras la AP, independientemente de los índices clínicos de fragilidad y riesgo nutricional. Una potencial disfunción miocárdica, mediada en parte por la interacción fisiopatológica entre el sexo femenino, fragilidad y desnutrición, puede jugar un papel en el aumento de la mortalidad tras un SCACEST en las mujeres.