



7010-9. EL SEXO FEMENINO ES UN PREDICTOR INDEPENDIENTE DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON IAMCEST EN ESPAÑA: UN ESTUDIO EN 325.017 EPISODIOS DURANTE 11 AÑOS (2005-2015)

Antonia Sambola Ayala¹, Manuel Anguita Sánchez², Francisco Javier Elola Somoza³, Cristina Fernández Caamaño³, José Luis Bernal Sobrino³, José Luis Ferreiro Gutiérrez⁴, Héctor Bueno Zamora⁵, Francisco Marín Ortuño⁶, José Luis Bonilla², Julio Núñez-Villota⁷, Marcelo Sanmartín Fernández⁸, Sergio Raposeiras Roubín⁹, Manuel Jiménez-Navarro¹⁰, David Filgueiras Rama¹¹ y Martín-Ortiz², del ¹Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, ²Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, ³Fundación IMAS, Madrid, ⁴Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), ⁵Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, ⁶Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), ⁷Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, ⁸Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Madrid, ⁹Complejo Hospitalario Universitario de Vigo-Xeral-Cíes, Vigo (Pontevedra), ¹⁰Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga y ¹¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Estudios recientes observaron una disminución en la mortalidad de pacientes con infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST). La interacción entre el sexo y la mortalidad en el IAMCEST sigue siendo controvertida. Objetivo: evaluar el impacto del sexo femenino en la mortalidad de pacientes con IAMCEST durante el periodo 2005-2015.

Métodos: Se realizó un estudio longitudinal retrospectivo utilizando la información de MBDS del Sistema Nacional de Salud para identificar los pacientes con el diagnóstico principal de IAMCEST durante 2005-2015. La tasa de mortalidad hospitalaria ajustada por riesgo (RAMER), se definió como la relación entre la mortalidad prevista y la mortalidad esperada, multiplicada por la tasa bruta de mortalidad. La RAMER se calculó utilizando modelos de ajuste de riesgo multinivel adaptados de los servicios Medicare y Medicaid. La discriminación de los modelos se evaluó mediante el cálculo del área debajo de la curva ROC (*Receiver Operating Characteristics*) (AUROC). Se utilizó RAMER para comparar los resultados relacionados con el sexo y la presencia de redes IAMCEST regionales y la realización de ICP.

Resultados: Se identificaron un total de 325.017 IAMCEST en pacientes de 35-94 años de edad. Se seleccionaron 273.182 después de las exclusiones y 106.277 (38,8%) eran mujeres. Las mujeres tenían un promedio 10 años más que los varones (64,5 frente a 74,4, $p < 0,001$) y tenían más comorbilidades: hipertensión (59,8 frente a 46,3%), diabetes (35,7 frente a 26%), historia de insuficiencia renal (13,4 frente a 9,8%), enfermedad cerebrovascular (3,3 frente a 2,2%), insuficiencia cardíaca (33 frente a 21,8%) ($p < 0,001$ en todos los casos). Durante la admisión las mujeres presentaron más frecuentemente insuficiencia cardíaca y *shock* que los varones (16,3 frente a 12,2%, $p < 0,001$). La tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria fue mayor en mujeres (9,3 frente a 18,3%; OR ajustada: 1,18; IC95%: 1,14-1,22; $p < 0,001$) durante el periodo estudiado. Ser mujer se asoció independientemente con una mayor mortalidad hospitalaria después de ajustar por edad, comorbilidades y eventos adversos durante el ingreso (tabla).

Variables asociadas independientemente con la mortalidad hospitalaria ajustada por riesgo en un modelo de regresión logística multinivel. 2005-2015

| IAMCEST. Variables asociadas con riesgo de mortalidad hospitalaria | <i>Odds ratio</i> | p | 95% interv. confianza | |
|--|-------------------|---------|-----------------------|------|
| Sexo femenino | 1,18 | < 0,001 | 1,14 | 1,22 |
| Edad | 1,06 | < 0,001 | 1,06 | 1,06 |
| Hipertensión (CC 89, 91) | 0,81 | < 0,001 | 0,79 | 0,84 |
| DM o complicaciones DM excepto retinopatía proliferativa (CC 15-20, 120) | 1,16 | < 0,001 | 1,12 | 1,20 |
| Ictus (CC 95-96) | 5,76 | < 0,001 | 5,18 | 6,42 |
| Enfermedad cerebrovascular (CC 97-99, 103) | 0,86 | < 0,001 | 0,79 | 0,93 |
| Insuficiencia renal (CC 131) | 1,95 | < 0,001 | 1,88 | 2,02 |
| Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (CC 108) | 0,89 | < 0,001 | 0,85 | 0,94 |
| Historia de cardiopatía isquémica previa (CC 82) | 0,85 | < 0,001 | 0,78 | 0,92 |
| Historia de ACTP (ICD-9 códigos V45, 82) | 1,58 | < 0,001 | 1,40 | 1,77 |
| IAM previo (CC81) | 1,84 | < 0,001 | 1,54 | 2,20 |
| Infarto agudo de miocardio anterior (ICD-9 códigos 410.01 y 410.11) | 1,47 | < 0,001 | 1,23 | 1,76 |
| Otras localizaciones de infarto agudo de miocardio (ICD-9 códigos 410.21-410.61) | 0,53 | < 0,001 | 0,46 | 0,61 |
| Historia de Insuficiencia cardiaca congestiva (CC 80) | 1,26 | < 0,001 | 1,22 | 1,30 |

| | | | | |
|---|-------|---------|-------|-------|
| Insuficiencia cardiaca o <i>shock</i> (CC 79) | 15,25 | < 0,001 | 14,78 | 15,75 |
| Enfermedad valvular o reumática (CC 86) | 0,68 | < 0,001 | 0,65 | 0,71 |

ACTP: angioplastia coronaria transluminal percutánea, DM: diabetes mellitus, EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, IAMCEST: infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST,

Conclusiones: El sexo femenino es un predictor independiente de mortalidad en pacientes con IAMCEST en España, durante un periodo de 11 años.