



## 6010-58. INFLUENCIA DEL SEXO SOBRE LA EXTENSIÓN DE LA ENFERMEDAD CORONARIA, LAS CARACTERÍSTICAS DE LA REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA Y EL PRONÓSTICO INTRAHOSPITALARIO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Francisco Buendía Santiago, Antonio Meseguer Hernández, José Manuel Andreu Cayuelas, María del Rosario Mármol Lozano, Pedro Cano Vívar, José Domingo Cascón Pérez, Zoser Saura Carretero, María del Carmen Guirao Balsalobre, Eloy Yordano Mite Salazar, Bettina Rebeca de Berardinis Moreno, María Belén Villamarín Heredia, Leticia Risco Eres, María Isabel Baños Maturano, Jaime Merino Romero y Juan Antonio Castillo Moreno

Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia), España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Diversos registros muestran peculiaridades en la presentación clínica y tratamiento de las mujeres con SCA, que se relacionan con peor evolución hospitalaria. Nuestro objetivo fue analizar las posibles diferencias en la extensión de la enfermedad coronaria y las características de la revascularización miocárdica asociadas al sexo en pacientes con SCA y enfermedad arterial coronaria obstructiva (EACO).

**Métodos:** Cohorte prospectiva de pacientes atendidos en nuestro Servicio por SCA entre julio de 2023 y marzo de 2024, con EACO en el cateterismo. Durante el ingreso hospitalario se registró mortalidad y eventos MACE (muerte cardiovascular, infarto no fatal o ictus no fatal). Se analizaron las diferencias entre diversas variables clínicas, angiográficas y relacionadas con la revascularización en función del sexo.

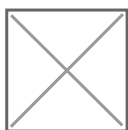
**Resultados:** De los 384 pacientes incluidos, 82 eran mujeres (21,4%) y 302 hombres (78,6%). Las mujeres presentaron mayor edad ( $64,9 \pm 11,4$  vs  $68,8 \pm 12,0$ ;  $p = 0,007$ ) y fragilidad ( $24,9$  vs  $42,0\%$ ;  $p = 0,003$ ), así como menor tabaquismo activo ( $28,0$  vs  $41,9\%$ ;  $p = 0,022$ ). No se observaron diferencias en la frecuencia de diabetes, hipertensión arterial, dislipemia, índice masa corporal, enfermedad vascular aterosclerótica u otras comorbilidades. Tampoco en la proporción SCA con elevación del ST (SCACEST) o clase Killip. Angiográficamente, las mujeres presentaron una tendencia no significativa a menor prevalencia de EACO multivaso. No encontramos diferencias entre sexos en la tasa de revascularización y modalidad (percutánea o quirúrgica), si bien la tasa de revascularización completa fue mayor en mujeres ( $72,0$  vs  $59,3\%$ ;  $p = 0,036$ ). Tampoco hubo diferencias en el número, milímetros totales, ni diámetro mínimo de los *stents* empleados. No hubo diferencias en la estrategia de doble antiagregación o anticoagulación. En cuanto a la evolución hospitalaria, en las mujeres se observó una tendencia a mayor tasa de MACE ( $16,0$  vs  $8,8\%$ ;  $p = 0,059$ ).

Anatomía coronaria,  
características de la  
revascularización y evolución  
hospitalaria de pacientes con  
síndrome coronario agudo y  
manejo invasivo, en función  
del sexo

|                                               | <b>Hombres (n = 302)</b> | <b>Mujeres (n = 82)</b> | <b>p</b> |
|-----------------------------------------------|--------------------------|-------------------------|----------|
| <b>Enfermedad TCI</b>                         | 21 (7,0%)                | 9 (11,0%)               | 0,229    |
| <b>Enfermedad DA</b>                          | 224 (74,2%)              | 60 (73,2%)              | 0,855    |
| <b>Enfermedad multivaso</b>                   | 181 (59,9%)              | 42 (51,2%)              | 0,156    |
| <b>ICP primaria*</b>                          | 167 (98,8%)              | 40 (97,6%)              | 0,543    |
| <b>ICP 2º tiempo*</b>                         | 51 (30,2%)               | 17 (41,5%)              | 0,166    |
| <b>Tiempo de isquemia*</b><br>(horas:minutos) | 2:43 [1:56-4:30]         | 2:56 [2:00-5:49]        | 0,503    |
| <b>SCACEST anterior*</b>                      | 79 (44,9%)               | 22 (53,7%)              | 0,311    |
| <b>Acceso radial*</b>                         | 151 (85,8%)              | 30 (75,0%)              | 0,094    |
| <b>ICP con <i>stent</i></b>                   | 268 (88,7%)              | 73 (89,0%)              | 0,943    |
| <b>Número total de <i>stents</i></b>          | 2 [1-2]                  | 2 [1-3]                 | 0,971    |
| <b>Milímetros de <i>stents</i></b>            | 36,0 [19,0-56,5]         | 33,5 [19,0-60,0]        | 0,946    |
| <b><i>Stent</i> ? 2,5 mm</b>                  | 138 (45,7%)              | 43 (52,4%)              | 0,278    |
| <b>Revascularización</b>                      | 291 (97,0%)              | 78 (96,3%)              | 0,724    |
| <b>CABG</b>                                   | 14 (4,7%)                | 2 (2,4%)                | 0,539    |

|                                                  |             |            |       |
|--------------------------------------------------|-------------|------------|-------|
| <b>Revascularización completa</b>                | 179 (59,3%) | 59 (72,0%) | 0,036 |
| <b>Inhibidor P2Y12:<br/>prasugrel/ticagrelor</b> | 182 (65,5%) | 45 (61,6%) | 0,543 |
| <b>Anticoagulación al alta</b>                   | 43 (15,5%)  | 8 (11,0%)  | 0,331 |
| <b>Muerte hospitalaria</b>                       | 20 (6,7%)   | 8 (9,9%)   | 0,338 |
| <b>Eventos MACE</b>                              | 26 (8,8%)   | 13 (16,0%) | 0,059 |

\*Variables referidas al subgrupo de SCACEST. Variables categóricas como número absoluto (porcentaje), variables cuantitativas con distribución normal como media  $\pm$  desviación estándar, variables cuantitativas con distribución no normal como mediana [rango intercuartílico]. TCI: tronco coronario izquierdo; DA: descendente anterior; ICP: intervención coronaria percutánea; CABG: cirugía arterial con baipás coronario (*coronary artery bypass grafting*).



*Representación de Kaplan-Meier evaluando el tiempo hasta evento MACE en función del sexo durante los 15 primeros días de hospitalización.*

**Conclusiones:** Entre los pacientes con SCA y manejo invasivo, no hay diferencias sustanciales en las características de la revascularización, salvo una mayor tasa de revascularización completa en mujeres, que pudiera deberse a una menor extensión de la enfermedad coronaria. A pesar de ello, las tasas de MACE tienden a ser mayores en mujeres, probablemente por su perfil clínico, con más edad y fragilidad al ingreso.