



# Revista Española de Cardiología



## 5002-2. IMPACTO DEL SEXO (MUJER FRENTE A VARÓN) EN EL PERFIL ISQUÉMICO TRAS EL ALTA POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO DURANTE EL TRATAMIENTO CON ANTIAGREGACIÓN PLAQUETARIA DOBLE

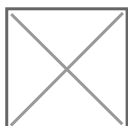
Elena López Rodríguez<sup>1</sup>, Sergio Raposeiras Roubín<sup>1</sup>, Emad Abu-Assi<sup>1</sup>, Fabrizio D'Ascenzo<sup>2</sup>, Sergio Manzano Fernández<sup>3</sup>, Jorge Saucedo<sup>4</sup>, José Paulo Simao Henriques<sup>5</sup>, Albert Ariza Solé<sup>6</sup>, María Cespón Fernández<sup>1</sup>, Isabel Muñoz Pousa<sup>1</sup>, Berenice Caneiro Queija<sup>1</sup>, Rafael José Cobas Paz<sup>1</sup>, Luis Manuel Domínguez Rodríguez<sup>1</sup> y Andrés Íñiguez Romo<sup>1</sup>, del <sup>1</sup>Hospital Universitario Alvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), <sup>2</sup>Hospital Citta Della Salute e della Scienza di Torino, Turín (Italia), <sup>3</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), <sup>4</sup>Universidad de Wisconsin, Wisconsin (EE.UU.), <sup>5</sup>VU Universidad de Amsterdam, Amsterdam (Países Bajos) y <sup>6</sup>Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet del Llobregat (Barcelona).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** En el síndrome coronario agudo (SCA) el sexo determina diferencias en cuanto a: forma de presentación, fisiopatología y resultados. Estas diferencias podrían condicionar tratamiento y pronóstico. El objetivo de nuestro estudio fue determinar el pronóstico de mujeres respecto a varones durante el tratamiento antiagregante plaquetario doble (TAPD) tras un SCA sometido a intervención coronaria percutánea (ICP).

**Métodos:** Se analizaron los datos de 3 registros de SCA (26,076 pacientes): BleeMACS (2004-2013), CardioCHUVI/ARRITXACA (2010-2016) y RENAMI (2013-2016). Se realizó un análisis *propensity score matching* para igualar por sexo las características basales. El impacto del sexo en el riesgo isquémico-hemorrágico se evaluó mediante un análisis de riesgo competitivo (modelo de regresión Fine y Gray), la muerte fue el evento competitivo. Para el riesgo isquémico, hemos considerado un nuevo infarto, mientras que para el riesgo de hemorragia la presencia de un sangrado mayor con ingreso hospitalario. El tiempo de seguimiento fue censurado por la supresión/retirada de TAPD.

**Resultados:** Del total de pacientes, 6.091 eran mujeres (3,4%). Durante el seguimiento de  $12,2 \pm 4,8$  meses, murieron 964 (3,7%), 640 tuvieron infarto (2,5%) y 685 hemorragia mayor (2,6%). Después del *propensity score matching*, obtuvimos 2 grupos de 5.341 pacientes. En comparación con los varones, las mujeres tuvieron un riesgo similar de infarto (sHR 1,14, IC95% 0,91-1,44,  $p = 0,001$ ) con menor riesgo de sangrado mayor (sHR 0,75, IC95% 0,61-0,92,  $p = 0,006$ ). La incidencia acumulada de infarto fue de 26 y 30 por 1.000 pacientes/año en varones y mujeres, respectivamente, durante el TAPD. La incidencia acumulada de hemorragia mayor fue de 43 y 32 por 1.000 pacientes/año. La diferencia entre la tasa de infarto y de hemorragia mayor fue de -17 en varones (más hemorragias que eventos isquémicos;  $p 0,05$ ) y +3 en mujeres (similares hemorragias y eventos isquémicos;  $p > 0,05$ ), por cada 1.000 pacientes-año (figura).



**Conclusiones:** Tras un SCA sometido a ICP y durante la TAPD, el balance isquémico-hemorrágico es diferente entre varones y mujeres. En mujeres, la incidencia de eventos isquémicos fue similar a la de hemorrágicos. Sin embargo, en varones, la incidencia de eventos de sangrado fue más alta que la de isquémicos.