



Revista Española de Cardiología



7003-16. EL SEXO FEMENINO SE ASOCIA A FRAGILIDAD Y RIESGO DE REINGRESO EN ANCIANOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

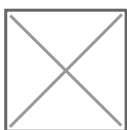
Lourdes Vicent Alaminos¹, Albert Ariza Solé², Oriol Alegre³, Juan Sanchis Forés⁴, Ramón López Palop⁵, Francesc Formiga Pérez², Violeta González Salvado⁵, Héctor Bueno Zamora⁶, María Teresa Vidán Astiz¹, Pablo Díez Villanueva⁷, Emad Abu-Assi⁸, Francisco Fernández Avilés¹ y Manuel Martínez-Sellés¹, del ¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, ²Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), ³Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), ⁴Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante (Alicante), ⁵Hospital Universitario de Santiago, Santiago de Compostela (A Coruña), ⁶Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, ⁷Hospital Universitario de La Princesa, Madrid y ⁸Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra).

Resumen

Introducción y objetivos: El sexo femenino se ha relacionado con un peor pronóstico en mujeres con síndrome coronario agudo, en comparación con los varones. El objetivo de este estudio fue definir el papel del sexo y la fragilidad en el pronóstico y tratamiento de pacientes ancianos con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST).

Métodos: Registro prospectivo en 44 hospitales españoles. Se incluyeron todos los pacientes con SCASEST y edad $\geq$ 80 años. La fragilidad se cuantificó mediante la escala FRAIL.

Resultados: Se incluyeron un total de 535 ancianos con SCASEST, de los cuales 207 (38,7%) eran mujeres. La edad media fue de $84,8 \pm 4,0$ años, sin diferencias entre sexos. Los antecedentes previos de cardiopatía isquémica fueron más frecuentes en los varones (146 [44,9%] que en las mujeres (46 [22,2%]), $p = 0,001$. La fragilidad fue menos común en varones (65 [20,2%]) que en mujeres (77 [37,8%]), $p = 0,001$. La forma de presentación y evolución durante el ingreso se resume en la tabla. En lo relativo al tratamiento farmacológico, las mujeres ancianas fueron menos frecuentemente tratadas con nuevos antiagregantes (ticagrelor en 53 varones [16,2%] frente a 17 mujeres [7,3%], $p = 0,002$). En cambio, recibieron más bloqueadores beta (246 varones [75%] frente a 172 mujeres [83,1%], $p = 0,017$). El sexo femenino fue un predictor independiente de muertes/ingresos (*hazard ratio* [HR] 1,7; intervalo de confianza [IC] al 95% 1,1-2,4) y de rehospitalizaciones a los 6 meses (HR 1,6; IC95% 1,04-2,40). En varones, tanto un estado de prefragilidad (HR 3,47; IC95% 1,22-9,89) como de fragilidad (HR 3,19; IC95% 1,08-9,43) estuvieron independientemente asociados con un mayor riesgo de mortalidad, en comparación con los ancianos robustos. La fragilidad se asoció a un mayor riesgo de reingresos en varones (HR 3,34; IC95% 1,79-6,22) pero no en mujeres.



Curvas de Kaplan-Meier según sexos. A. Muerte por todas las causas. B. Muerte por todas las causas o reingreso. C. Reingreso.

Forma de presentación y evolución durante el ingreso según el sexo

	Total (n = 535)	Varones (n = 328)	Mujeres (n = 207)	p
Dolor torácico típico	216 (40,4)	145 (44,2)	71 (34,3)	0,022
No coronariografía	124 (23,2)	62 (18,9)	62 (30,0)	0,004
Killip > II al ingreso	151 (28,8)	81 (25,3)	70 (34,3)	0,03
Puntuación GRACE	165,1 ± 28,4	165,0 ± 27,4	165,3 ± 30,0	0,88
Puntuación CRUSADE	41,4 ± 12,7	37,4 ± 11,6	48,0 ± 11,4	0,001
Ausencia de revascularización en los que se realizó coronariografía	110 (27,4)	71 (27,3)	39 (27,5)	0,51
Revascularización completa en los sometidos a coronariografía	177 (50,6)	113 (50,2)	64 (51,2)	0,86
Percutánea	278 (69,2)	178 (68,5)	100 (70,4)	0,51
Quirúrgica	14 (3,5)	11 (4,2)	3 (2,1)	
Balón de contrapulsación intraaórtico	6 (1,1)	1 (0,3)	5 (2,4)	0,02
Fracción de eyección ventricular izquierda (%)	53,3 ± 12,2	52,8 ± 12,2	54,0 ± 12,2	0,30
Insuficiencia mitral moderada o grave	108 (20,2)	53 (16,2)	55 (26,6)	0,001
Hemoglobina al ingreso	12,7 ± 1,9	12,9 ± 2,0	12,3 ± 1,6	0,003
Filtrado glomerular (ml/min)	48,3 ± 19,0	49,2 ± 18,3	46,9 ± 20,1	0,20
Muerte durante el ingreso	12 (2,2)	5 (1,5)	7 (3,4)	0,16

Estado de fragilidad (puntuación FRAIL)

Frágil	142 (27,0)	65 (20,2)	77 (37,8)	0,001
Prefrágil	204 (38,8)	127 (39,4)	77 (37,8)	
Robusto	180 (34,2)	130 (40,4)	50 (24,5)	

Los datos se presentan como N(%) a menos que se especifique de otra manera.

Conclusiones: En octogenarios con síndrome coronario agudo, el sexo femenino estuvo asociado de manera independiente con la mortalidad y hospitalizaciones a 6 meses. La fragilidad fue más frecuente en las mujeres y fue un predictor de mal pronóstico. En varones, la prefragilidad también fue un predictor de mal pronóstico.