



Revista Española de Cardiología



5004-4. 25 AÑOS DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST EN LA MUJER: ¿HEMOS MEJORADO ALGO?

Ana Elvira Laffond, David González Calle, Milena Antúnez Ballesteros, Víctor Eduardo Vallejo García, Francisco Martín Herrero, Ángel Hernández Martos, Miguel Hernández Hidalgo, Mónica García Monsalvo, Fabián Blanco Fernández y Pedro Luis Sánchez Fernández

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Resumen

Introducción y objetivos: Las enfermedades cardiovasculares suponen una de las principales causas de mortalidad en la mujer. A pesar de ello, múltiples estudios apuntan a que existe una demora en la atención a las mujeres que presentan síndromes coronarios agudos, y que apuntan a un menor tratamiento con terapias que han demostrado un beneficio pronóstico.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de 2.565 pacientes con SCACEST ingresados en la unidad de cuidados críticos cardiovasculares de un hospital terciario entre los años 1993 y 2019. El análisis se dividió en tres etapas diferenciadas por cambios significativos en el manejo del SCACEST: 1) Primera etapa (1993-1997): tratamiento médico, menos invasivo 2) Segunda etapa (2002-2006): implementación y generalización del código infarto. 3) Tercera etapa (2015-2019): época actual, implementación de las nuevas guías de síndrome coronario agudo con elevación del ST y tratamientos más agresivos.

Resultados: Se incluyeron un total de 2.565 pacientes, de los cuales el 24,9% eran mujeres. Durante las primeras dos etapas del estudio se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la presentación clínica, tratamiento recibido y mortalidad intrahospitalaria entre sexos. Así, las mujeres se presentaban con una clase Killip más avanzada, mostraban una mayor incidencia de complicaciones mecánicas y de insuficiencia cardíaca. Por el contrario, recibieron con menor probabilidad tratamiento betabloqueante e IECA, y se les realizó con menor frecuencia coronariografía durante la segunda etapa. Durante las dos primeras etapas, las mujeres presentaron una tasa de mortalidad significativamente superior a los varones (23% frente a 13%). No se observaron diferencias en cuanto a la presentación clínica, pronóstico y tratamiento entre sexos durante la tercera etapa de estudio.

Características demográficas, clínicas, pronósticas y tratamiento de los pacientes con SCACEST en cada uno de los periodos

Primera etapa	p	Segunda etapa	p	Tercera etapa	p
---------------	---	---------------	---	---------------	---

	V	M		V	M		V	M	
Hipertensión arterial	32,83%	67,28%	0,01	42,93%	67,98%	0,01	51,53%	69,23%	p 0,01
Diabetes mellitus	15,55%	32%	0,01	19,10%	31,62%	0,01	24,81%	30,77%	N.S.
Tabaquismo	71,31%	4,04%	0,01	63,28%	9,49%	0,01	63,36%	18,27%	p 0,01
Killip ? 3 al ingreso	3,4%	7%	0,01	9%	16,6%	0,01	51,91%	55,77%	N.S.
Insuficiencia cardiaca	6%	9%	0,01	6%	11%	0,01	-	-	-
Complicaciones mecánicas	4,8%	9,8%	0,01	1,4%	3,6%	0,01	1,7%	1,6%	N.S.
Betabloqueante	31,6%	23%	0,01	58,43%	46,6%	0,01	56,11%	53,84%	N.S.
IECA	26%	22%	0,01	54,34%	46,6%	0,01	49,35%	46,15%	N.S.
ICP	7,6%	5,14%	N.S.	58,8%	45,85%	0,01	89,73%	90,38%	N.S.
Mortalidad	15%	27,2%	0,01	8%	19,35%	0,01	7,1%	6%	N.S.

Primera etapa: 1993-1997; segunda etapa: 2002-2006; tercera etapa: 2015-2019. ICP: intervencionismo coronario percutáneo.

Conclusiones: Durante las dos primeras etapas de estudio, las pacientes con SCACEST ingresadas en la unidad de cuidados críticos cardiovasculares presentaban cuadros más graves, con un peor pronóstico. A pesar de ello, la probabilidad de recibir tratamiento médico con beneficio pronóstico fue significativamente menor. Con la implementación y establecimiento del código infarto y la mayor adherencia a las guías de práctica clínica, estas diferencias no resultan significativas en la etapa actual.