



5014-2. DIFERENCIAS ENTRE SEXOS EN EL MANEJO HOSPITALARIO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Virginia Ruiz Pizarro¹, Juan Carlos Gómez Polo¹, Carmen Rico García-Amado², Luis Eduardo Enríquez Rodríguez¹, Francisco Javier Noriega Sanz¹, Carlos Ferrera Durán¹, Antonio Fernández Ortiz¹ y Ana Viana Tejedor¹ del ¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid y ²Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid).

Resumen

Objetivos: Se ha descrito que en el síndrome coronario agudo (SCA) el sexo femenino está asociado a un peor pronóstico, en parte debido a un peor manejo diagnóstico y terapéutico. Nuestro objetivo es analizar si estas aseveraciones son inferibles a nuestro medio y práctica clínica habitual.

Métodos: Se recogieron retrospectivamente los datos de pacientes sometidos a coronariografía por SCA desde enero de 2013 a diciembre de 2015. Analizamos las variables epidemiológicas basales y las características clínicas del evento, así como su manejo terapéutico, complicaciones, y mortalidad cardiovascular al año.

Resultados: Analizamos un total de 1.127 pacientes ingresados de forma consecutiva por SCA en un hospital terciario, de los cuales 856 (76%) eran varones y 270 mujeres (28%). De éstas, 173 presentaron un SCACEST y 97 un SCASEST de alto riesgo. El grupo de mujeres era de mayor edad ($71 \pm 12,8$ frente a $64 \pm 13,4$, $p < 0,001$). Los varones presentaban más factores de riesgo, salvo en el caso de la diabetes mellitus. El cálculo de la escala de riesgo isquémico GRACE situó a ambos grupos en un perfil de riesgo alto, siendo mayor en los varones (171 ± 42 frente a 159 ± 45 , $p = 0,005$). El riesgo hemorrágico medio según la escala CRUSADE fue moderado en los varones y alto en las mujeres (28 ± 17 frente a 41 ± 19 , $p < 0,001$). No se encontraron diferencias significativas en las variables referentes al manejo intervencionista del evento: tiempo hasta la coronariografía, uso de acceso radial o femoral y revascularización. En cuanto al manejo médico, llama la atención el menor uso de los antiagregantes potentes (ticagrelor y prasugrel) en las mujeres (41,3 frente a 29%, $p = 0,004$), incluso excluyendo las pacientes anticoaguladas o con ictus previo. Esta diferencia podría explicarse por el menor peso, mayor edad y riesgo hemorrágico del grupo femenino. El uso al alta del resto de fármacos (estatinas, bloqueadores beta e IECAS) fue similar. Finalmente, no hubo diferencias las complicaciones durante el ingreso (sangrado, ictus, reinfarto, trombosis del *stent*, arritmias ventriculares y muerte), ni en el número de muertes de origen cardiovascular al año de seguimiento.

Conclusiones: En nuestra población, existe paridad entre sexos en el manejo del SCA, explicándose algunas de las diferencias halladas por el desigual perfil de riesgo entre ambos grupos y no teniendo, en todo caso, transcendencia clínica ni pronóstica.