



## 2. INFLUENCIA DEL SEXO FEMENINO EN EL PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO Y PRONÓSTICO DEL IAMCEST. ANÁLISIS DE UNA COHORTE HISTÓRICA

Francisco Martín Herrero<sup>1</sup>, Alfredo Barrio Rodríguez<sup>1</sup>, Juan Diego Oviedo Rodríguez<sup>1</sup>, Olga Cabañas Tendero<sup>1</sup>, Daniel Alejandro Bracho Bracchitta<sup>1</sup>, Marta Alonso Fernández de Gatta<sup>1</sup>, Laura de la Fuente Blanco<sup>1</sup>, Beatriz de Tapia Majado<sup>1</sup>, Inés Toranzo Nieto<sup>1</sup>, Elisabete Alzola Martínez de Antoñana<sup>2</sup>, Mónica García Monsalvo<sup>1</sup>, Milena Antúnez Ballesteros<sup>1</sup>, David González Calle<sup>1</sup> y Pedro Luis Sánchez Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cardiología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España y <sup>2</sup>Cardiología. Hospital Universitario de Cruces, Bilbao (Vizcaya), España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Se ha descrito en el infarto agudo de miocardio que las mujeres tienen peor pronóstico que los varones. Sin embargo, no está bien establecido si el sexo femenino es un predictor independiente de mortalidad o si existen factores de confusión que lo explican.

**Métodos:** Incluimos todos los pacientes consecutivos ingresados por un IAMCEST (24 h de evolución), en un hospital de tercer nivel. Analizamos dos etapas: año 2005 (N = 234) y año 2017 (N = 290).

**Resultados:** El porcentaje de mujeres en el año 2005 y 2017 fue muy similar: 21 vs 22% (p = NS). Las mujeres presentaron un perfil de riesgo cardiovascular más adverso (tabla), mayor edad ( $73 \pm 12$  años vs  $65 \pm 13$  años, p 0,001; y  $75 \pm 14$  años vs  $65 \pm 12$  años, p 0,001; para las etapas 2005 y 2017 respectivamente), mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (excepto tabaco), mayor desarrollo de IC y de arritmias supraventriculares (FA y FLA), tendencia a un menor uso de reperfusión y una mayor mortalidad intrahospitalaria (10 vs 24%, p = 0,010; y 6,2 vs 10,9%, p = 0,096; para las etapas 2005 y 2017 respectivamente). No se observan diferencias en los tiempos de retraso Síntomas-Primer Contacto Médico (S-PCM) y Primer Contacto Médico-Reperfusión (PCM-R) entre ambos sexos en las dos etapas. El análisis de regresión logística multivariante mostró que el sexo femenino no fue un predictor independiente para la mortalidad durante la hospitalización. Si fueron variables asociadas de manera independiente con la mortalidad: la edad (OR 1,052, IC95% 1,016-1,090, p = 0,005), la aparición de IC durante el ingreso (OR 18,51, IC95% 6,660-51,477, p 0,001) y la Etapa 2005 vs 2017 (OR 3,244, IC95% 1,436-7,329, p = 0,005).

### Resultados

|           | Etapa 2005 (N = 234) |                  | Etapa 2017 (N = 290) |                  |
|-----------|----------------------|------------------|----------------------|------------------|
| Variables | Hombres (N = 184)    | Mujeres (N = 50) | Hombres (N = 226)    | Mujeres (N = 64) |

|                                  |           |           |       |           |           |       |
|----------------------------------|-----------|-----------|-------|-----------|-----------|-------|
| Edad                             | 65 ± 13   | 73 ± 12   | 0,001 | 65 ± 12   | 75 ± 14   | 0,001 |
| HTA                              | 55%       | 68%       | 0,002 | 50%       | 69%       | 0,008 |
| DM2                              | 21%       | 40%       | 0,005 | 23%       | 38%       | 0,016 |
| DL                               | 29%       | 32%       | 0,716 | 47%       | 50%       | 0,707 |
| Tabaco                           | 69%       | 16%       | 0,001 | 67%       | 20%       | 0,001 |
| Reperusión                       | 75%       | 62%       | 0,083 | 99%       | 95%       | 0,010 |
| Fibrinólisis                     | 39%       | 34%       | 0553  | 11%       | 1,6%      | 0,019 |
| ICPp                             | 34%       | 28%       | 0,405 | 88%       | 94%       | 0,193 |
| S-PCM (min)                      | 371 ± 476 | 422 ± 518 | 0,291 | 210 ± 327 | 193 ± 259 | 0,495 |
| PCM-R (min)                      | 151 ± 125 | 113 ± 89  | 0,086 | 145 ± 150 | 155 ± 107 | 0,132 |
| Tiempo óptimo de Reperusión      | 26%       | 25%       | 0,930 | 48%       | 45%       | 0,661 |
| Acceso femoral                   | 97%       | 100%      | 0,780 | 7%        | 21%       | 0,002 |
| Killip máximo>1                  | 35%       | 60%       | 0,002 | 33%       | 45%       | 0,661 |
| FEVI                             | 52 ± 12   | 52 ± 12   | 0,950 | 50 ± 13   | 49 ± 12   | 0,556 |
| Paro cardíaco en la presentación | 13%       | 12%       | 0,845 | 12%       | 12%       | 0,981 |
| Arritmias SV (FA y FlA)          | 10%       | 20%       | 0,048 | 11%       | 18%       | 0,104 |
| Mortalidad intrahospitalaria     | 10%       | 24%       | 0,011 | 6,2%      | 10,9%     | 0,196 |

HTA: hipertensión arterial; DM2: diabetes mellitus; DL: Dislipemia; ICPp: intervencionismo coronario percutáneo; S-PCM: tiempo síntomas a primer contacto médico; PCM-R: tiempo síntomas a reperfusión; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; SV: supraventricular; FA: fibrilación auricular; FlA: *flutter* auricular.

**Conclusiones:** Las mujeres que ingresan por un IAMCEST tiene mayor edad, mayor carga de factores de riesgo CV, un mayor desarrollo de IC y arritmias SV durante el ingreso, que podrían explicar la mayor mortalidad del sexo femenino. Estas diferencias en el perfil clínico y pronóstico de la mujer respecto al varón, siguen persistiendo a lo largo de los últimos 20 años.