



EV-013 - 25 AÑOS DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN LA MUJER: ¿QUÉ PODEMOS MEJORAR?

A. Elvira Laffond, D. González Calle, M. Antúnez Ballesteros, V.E. Vallejo García, F. Martín Herrero, M. Hernández Hidalgo, Á.V. Hernández Martos y P.L. Sánchez Fernández

Cardiología. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca.

Resumen

Objetivos: Las enfermedades cardiovasculares suponen una de las principales causas de mortalidad en la mujer. El objetivo de este estudio es determinar si existen diferencias clínicas, terapéuticas y pronósticas en el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST en función del sexo.

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 por cambios significativos en el manejo del SCACEST: 1993-1997: tratamiento médico. 2002-2006: implementación del código infarto. 2015-2019: nuevas guías y tratamientos más agresivos.

Resultados: Se incluyeron 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. Las mujeres se presentaban con una clase Killip más avanzada, a pesar de lo cual 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 (HR 1,77, IC95% 1,65-1,89). No se observaron diferencias en cuanto a la presentación clínica, pronóstico y tratamiento entre sexos durante la tercera etapa de estudio.

	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 \geq 3 al ingreso	3,4%	7%	<0,01	9%	16,6%	<0,01	51,91%	55,77%	N.S.
Insuficiencia cardíaca	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.

Discusión: Una menor sospecha diagnóstica de cardiopatía isquémica en la mujer puede conllevar un retraso en el diagnóstico y tratamiento. En este estudio se objetivaron diferencias pronósticas y terapéuticas durante las primeras dos etapas, que desaparecían en la tercera etapa. Es fundamental identificar y corregir posibles sesgos diagnósticos con el fin de garantizar una atención de calidad a las pacientes con cardiopatías.

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.

Bibliografía

1. García M, et al. Cardiovascular disease in women: Clinical perspectives. *Circ Res.* 2016;118(8):1273-93.