

Diferencias por sexo en el síndrome coronario agudo con elevación del ST: perfil clínico, manejo y pronóstico

Daniel Suárez Fernández(1), María Salgado Barquinero(1), Alberto Alén Andrés(1), Andrés Álvarez Gato(1), Manuel Sánchez Suárez(1), Diego Argüelles Vicente(2), Hugo Javier Aguado Solana(2), Francisco González Urbistondo(3), Marcel Almendarez Lacayo(1), Íñigo Lozano Martínez-Luengas(2), Pablo Avanzas Fernández(1) y Antonio Adeba García(2) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) - España, (2)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón (Asturias) - España y (3)Servicio de Cardiología. Hospital Sierrallana, Torrelavega (Cantabria) - España

Introducción: Múltiples series previas han reportado diferencias de género en cuanto al pronóstico del Síndrome Coronario Agudo con elevación del segmento ST (SCACEST). Nuestro objetivo fue analizar diferencias en el perfil clínico, manejo y evolución de pacientes con SCACEST según el sexo en nuestro centro terciario.

Métodos: Se incluyeron pacientes con SCACEST tratados en nuestro centro el periodo 2024-2025. Se registraron variables epidemiológicas, clínicas, tratamiento y evolución. Se compararon las variables en función del sexo y se realizó un análisis de supervivencia mediante regresión de Cox.

Resultados: Se incluyeron 270 pacientes, de los cuales 72 (26,7%) eran mujeres. La edad media de presentación fue mayor en mujeres (71,4±12,1 vs 61,8±12,2; p<0,001). El grupo de hombres presentó una prevalencia mayor de tabaquismo (34,3% vs 13,9%; p=0,001), mientras que el grupo de mujeres presentó una prevalencia significativamente mayor de enfermedad renal crónica (ERC) (19,4% vs 9,1%; p=0,019), el resto de características basales no mostraron diferencias (ver tabla 1). En cuanto a las variables clínicas, los valores de NT-proBNP fueron mayores en el grupo de mujeres (2.450pg/mL vs 1380pg/mL) y la estancia hospitalaria fue también más prolongada en mujeres (6,2 días ± 5,6 vs 4,9 días± 4,2) con diferencias significativas. En análisis multivariante, las únicas variables con influencia significativa en la mortalidad fueron la edad (HR 1,65; IC 1,10-2,47; p=0,016) la presentación en situación Killip-Kimball IV (HR 4,52; IC 1,62-12,61; p=0,004) y la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) < 40% al ingreso (HR 2,68 IC 1,01-7,12; p=0,048). En cuanto a la supervivencia (ver figura 1), el 5,1% de pacientes en el grupo de hombres y el 11,1% en el de mujeres fallecieron durante el seguimiento. No se detectaron diferencias significativas entre sendos grupos (HR 1,28; IC 0,46-3,57 p=0,638).

Conclusiones: Las mujeres con SCACEST en nuestro medio presentan mayor edad y más comorbilidad. La mortalidad fue mayor en términos absolutos en el grupo de mujeres, sin embargo, este resultado no se mantuvo tras el ajuste con edad y comorbilidades. Se requiere no obstante progresar en el reconocimiento y manejo precoz del SCACEST en mujeres evitando el efecto del sesgo de género existente.

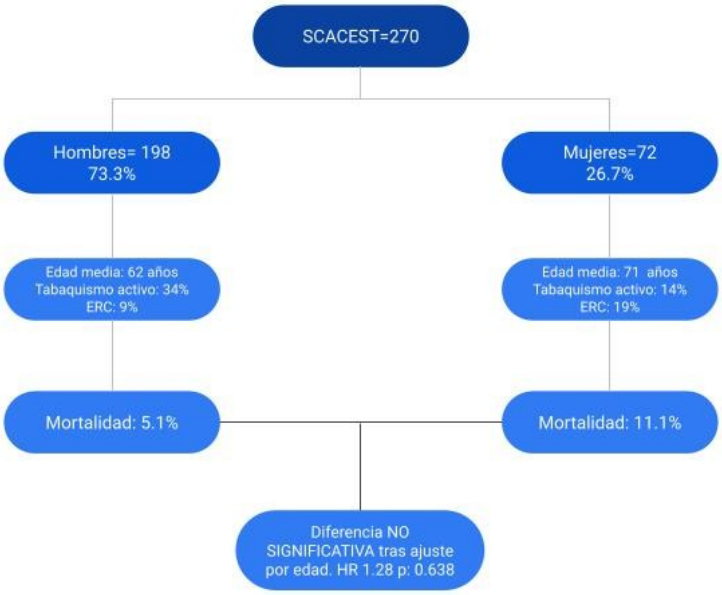


Tabla 1. Variables epidemiológicas y clínicas de pacientes con SCACEST según el sexo.

Variable	Hombres (n=198)	Mujeres (n=72)	Valor p
Edad, años	61,8 ± 12,2	71.4 ± 12.1	<0,001
Edad ≥75 años	38 (19,2%)	32 (44,4%)	<0,001
Tabaquismo activo	68 (34,3%)	10 (13,9%)	<0,001
HTA	98 (49,5%)	44 (61,1%)	0,092
Dislipemia	85 (42,9%)	34 (47,2%)	0,527
Diabetes Mellitus	38 (19,2%)	20 (27,8%)	0,123
Obesidad	32 (16,2%)	13 (18,1%)	0,713
ERC	18 (9,1%)	14 (19,4%)	0,019
Estancia UCCA, días	2,2 ± 3,4	3,1 ± 4,8	0,094
Estancia total, días	4,9 ± 4,2	6,2 ± 5,6	0,042
Mortalidad intrahospitalaria	10 (5,1%)	8 (11,1%)	0,073
NTpro-BNP	1380 ± 6,05	2450 ± 12,98	0.008

HTA: Hipertensión arterial; ERC: Enfermedad renal crónica; UCCA: Unidad de Cuidados Cardiologicos Agudos