



6032-332. INFLUENCIA DEL SEXO EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON CORONARIAS NORMALES

David Galán Gil¹, Javier López Pais², Barbara Izquierdo Coronel¹, Rocío Abad Romero¹, Renée Olsen Rodríguez¹, María Jesús Espinosa Pascual¹ y Joaquín Jesús Alonso Martín¹

¹Hospital Universitario de Getafe (Madrid). ²Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña).

Resumen

Introducción y objetivos: Recientemente se ha publicado mucha información acerca del infarto agudo de miocardio sin lesiones significativas (MINOCA por sus siglas en inglés). Sin embargo, la influencia del sexo en el pronóstico a corto y medio plazo sigue siendo incierta. El objetivo de este estudio es evaluar las diferencias por sexo tanto clínicas como pronósticas.

Métodos: Estudio analítico y observacional basado en una cohorte retrospectiva de pacientes ingresados por MINOCA, extraídos de los registros de infarto de miocardio de cinco hospitales durante el periodo 2003-2017 (N: 1.080), excluyendo los pacientes con síndrome de Takotsubo. Se analizaron datos clínicos y epidemiológicos, así como eventos durante el seguimiento. El análisis de supervivencia se realizó con regresión de Cox, creando un propensity score para ajustar las variables pronósticas.

Resultados: Las mujeres ingresadas por MINOCA tuvieron un perfil de riesgo cardiovascular peor que los hombres: mayores (68,5 vs 60,5 años, $p < 0,001$), con más factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial [68 vs 51%, $p < 0,001$], dislipemia [54 vs 42%, $p < 0,001$], más antecedentes de arritmias auriculares (18 vs 11%, $p < 0,001$), ACVA (8 vs 4%, $p = 0,016$) y trastornos psiquiátricos (12 vs 8%, $p = 0,017$); pero sin diferencias en diabetes mellitus y con menor tasa de tabaquismo (14 vs 38%, $p > 0,001$) y de insuficiencia renal (4 vs 12%, $p < 0,001$). En cuanto a la forma de presentación, las mujeres tuvieron más anomalías del ECG (35,8 vs 25,3%, $p < 0,01$), con mayor porcentaje de T negativas (15,2 vs 7,9%, $p < 0,001$) sin diferencias en alteraciones del ST. A pesar de esto, no se encontraron diferencias en la tasa de complicaciones mayores (11 vs 12%). Al alta, ambos grupos recibieron el mismo tratamiento: AAS (67 vs 69%), betabloqueante (52 vs 54%), IECA/ARA2 (49 vs 51%) y estatinas (76 vs 76%); excepto la doble antiagregación, más frecuente en hombres (18 vs 29%, $p < 0,001$). La mediana de seguimiento fue de 37,8 meses. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en las variables estudiadas: muerte por cualquier causa, muerte de origen cardiovascular, reinfarcto, MACE o reingreso.

Conclusiones: Este estudio demuestra que existen diferencias en el perfil clínico entre ambos sexos, con mayor carga de factores de riesgo en las mujeres. Sin embargo, esto no se traduce en un peor pronóstico tanto intrahospitalario como a medio plazo.