Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 324

Revista Española de Cardiología

6016-14. DIFERENCIAS BASADAS EN EL SEXO EN RELACIÓN CON EL REMODELADO ADVERSO DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y LOS RESULTADOS CLÍNICOS DESPUÉS DE UN INFARTO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Albert Alonso Tello[1], Antonia Sambola Ayala[1], Filipa Valente[1], Augusto Sao Avilés[1], Pau Rello Sabaté[1], José A. Barrabés Riu[1], Imanol Otaegui Irurueta[1], Bruno García del Blanco[1], Daniel Lorenzatti[1], José Gavara Doñate[2], Víctor Marcos Garcés[2], Ignacio Ferreira González[1], Jose T Ortiz-Pérez[3], Vicente Bodí Peris[2] y José Fernando Rodríguez Palomares[1]

[1]Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, [2]Hospital Clínico Universitario de Valencia y [3]Hospital Clínic, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: En la actualidad, existe controversia con respecto a la recuperación de la función ventricular izquierda y los eventos cardiovasculares en función del sexo en pacientes que presentan un infarto de miocardio con elevación del segmento ST(IAMCEST) tras la intervención coronaria percutánea (ICP) primaria y el tratamiento médico óptimo. El remodelado adverso del ventrículo izquierdo (RAVI) tras un IAMCEST empeora los resultados. Sin embargo, la influencia del sexo aún no se ha establecido de forma clara. El objetivo primario del presente estudio es analizar si existen diferencias entre sexos en los resultados clínicos y remodelado adverso en pacientes tras un IAMCEST.

Métodos: Se incluyeron pacientes con IAMCEST a los que se les realizó ICP primaria y resonancia magnética cardiaca (RMC) durante la hospitalización (6,2 ± 2,6 días), y a los 6 meses (6,1 ± 1,8 meses) en 3 centros de referencia. Se cuantificó el RAVI, el miocardio salvado (MS), el tamaño del infarto (TI), la obstrucción microvascular (OMV) y el área en riesgo (AR). El RAVI se definió como un aumento del 15% en el volumen telediastólico del VI y una caída relativa en la FE del VI? 3% a los 6 meses. El objetivo primario fue la variable compuesta de muerte CV, ingreso por insuficiencia cardiaca y/o arritmia ventricular.

Resultados: Se incluyeron 1.046 pacientes (edad media: 59,8 ± 9 años; 16,6% mujeres), y se realizó una segunda RMC en 589 pacientes. Las mujeres (M) eran mayores (58,8 ± 8 años vs 65,0 ± 10, p 0,0001) y presentaban más factores de riesgo cardiovascular (tabla). El evento primario ocurrió en 310 pacientes durante un seguimiento medio de 75 meses (rango: 36-112 meses) y fue más frecuente en M que en varones (V) (35,8 vs 22,3%, p 0,001). Después de ajustar por las variables basales demográficas con diferencias significativas, el sexo femenino no fue un predictor independiente de eventos cardiacos adversos mayores (fig. 1AB). Aunque el RA fue un potente predictor independiente para el objetivo primario, no hubo diferencias entre sexos (M 6,4% frente a V 8%, p = 0,46) (fig. 1B), ni encontramos diferencias significativas entre el sexo y otras variables de RMC.

Variables	Sexo	Total

Masculino	Femenino			
		1.427	293	1.720
Edad		58,77 (11,80)	64,96 (13,06)	59,82 12,24
		58,00 (50,00; 67,00)	67,00 (55,00; 76,00)	60,00 (50,00; 69
		24,00/91,00	22,00/89,00	22,00/91,00
Fumador activo		897 (62,9%)	125 (42,7%)	1022 (59,5%)
Creatinina, mg/ml		0,97	0,81	0,94
Diabetes mellitus		270 (18,9%)	81 (27,6%)	351 (20,4%)
Hipertensión		644 (45,1%)	181 (61,8%)	825 (48%)
Tiempo de reperfusión (tiempo de isquemia total)		175	207	180
Compuesto de muerte CV, ingreso por IC, o arritmia ventricular		232 (22,3%)	78 (35,8%)	310 (24,7%)
Insuficiencia cardiaca		146 (10,4%)	56 (19,4%)	202 (11,9%)
Arritmia ventricular		26 (2,5%)	2 (.9%)	28 (2,2%)
Muerte CV		110 (8%)	41 (14,5%)	151 (9,1%)
Remodelado adverso del VI	FE 15%	70 (8%)	11 (6,4%)	81 (7,7%)
Fracción de eyección (%)		48,83	49,96	49,02
Masa infartada (%)		20,95	20,24	20,83

Número de segmento con OMV	1,39	1,02	1,32
Miocardio salvado (% de VI)	10,6	9,99	10,5
Miocardio salvado (% de área riesgo)	31,68	31,14	31,59

Conclusiones: Tras un IAMCEST, las mujeres presentan peores resultados clínicos que los varones. Sin embargo, estas diferencias están relacionadas con sus características clínicas y un peor perfil CV, y no con una mayor incidencia de remodelado adverso del ventrículo izquierdo.