Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 727

Revista Española de Cardiología

4. DIFERENCIAS EN CUANTO AL SEXO EN PACIENTES CON MINOCA: CARACTERÍSTICAS Y PRONÓSTICO

Paula Rodríguez Montes, Alfonso Fraile Sanz, Bárbara Izquierdo Coronel, Nuria Gil Mancebo, Maria Álvarez Bello, Maria Martin Muñoz, Cristina Perela Álvarez, Daniel Nieto Ibáñez, Rocío Abad Romero, Renée Olsen Rodríguez, María Jesús Espinosa Pascual, Paula Awamleh García, Rebeca Mata Caballero, Carlos Moreno Vinués y Joaquín J. Alonso Martín

Cardiología. Hospital Universitario de Getafe, Getafe Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Las diferencias entre varones y mujeres en cuanto al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares ha sido objeto de estudio durante los últimos años, con una infrarrepresentación femenina en estudios clásicos. El objetivo de este estudio es comparar las características y el pronóstico del infarto de miocardio sin lesiones coronarias obstructivas (MINOCA) en función del sexo.

Métodos: Se analizaron los casos de MINOCA del Hospital Universitario de Getafe entre los años 2016 y 2022, según los criterios diagnósticos recogidos en las Guías Clínicas de la ESC y en el posicionamiento de la AHA.

Resultados: La muestra se compone de 107 pacientes con MINOCA, 61 de los cuales son varones (57%) y 46 mujeres (43%), siendo el MINOCA más prevalente en estas a partir de los 80 años. En cuanto al estado civil, hay mayor proporción de varones casados (78,7 vs 43,6%, p = 0,002) y dentro de la viudedad, más mujeres (4,35 vs 35,9%, p 0,001). Entre las mujeres prevalece más el estrés (normalmente crónico) y el accidente isquémico transitorio (AIT), siendo el horario laboral nocturno, los trastornos psiquiátricos y el tabaquismo más frecuentes en varones. No hubo diferencias en cuanto a factores de riesgo cardiovascular (tabla), síntomas, alteraciones electrocardiográficas al ingreso ni estancia media. La concentración de troponina T ultrasensible fue mayor en mujeres (tabla). En cuanto a la fisiopatología, el vasoespasmo prevalece en varones (p = 0,031) y la disección coronaria en mujeres (p = 0,040), sin diferencias en cuanto a embolia coronaria, infarto agudo de miocardio (IAM) tipo II ni rotura de placa. Respecto al pronóstico, con una mediana de seguimiento de 45 [20-65] meses, no hubo diferencias en cuanto a complicaciones o muerte intrahospitalaria; ni en cuanto a reingresos, recurrencia de IAM o muerte durante el seguimiento (tabla).

	Varón	Mujer	p
Edad al ingreso (años)	61,3 ± 13,22	65,83 ± 14,67	0,117
Edad > 80 años	6,6% (n = 4)	21,7% (n = 10)	0,021

Horario laboral nocturno	62,8% (n = 27)	21,1% (n = 8)	0,001
Trastornos psiquiátricos	6,6% (n = 4)	23,9% (n = 11)	0,010
Estrés	38,6% (n = 17)	74,4% (n = 29)	0,001
Tabaquismo	63,2% (n = 36)	38,1% (n = 16)	0,014
Diabetes mellitus	24,6% (n = 15)	23,9% (n = 11)	0,936
Dislipemia	52,5% (n = 32)	42,2% (n = 19)	0,297
HTA	60,7% (n = 37)	71,7% (n = 33)	0,233
SCA previo	21,3% (n = 13)	2,2% (n = 1)	0,004
AIT previo	0% (n = 0)	8,7% (n = 4)	0,019
Troponina Ths pico al ingreso (ng/ml)	49 [31-324]	266,50 [147-542]	0,002
Colesterol al ingreso (mg/dl)	153 [110-187,5]	180,76 ± 40,81	0,003
FEVI > 50%	85,2% (n = 52)	93,5% (n = 43)	0,182
Seguimiento			*Hazard ratio*
Muerte	13,6% (n = 6)	7,5% (n = 3)	0,517 (0,126-2,127)
IAM	13,6% (n = 6)	2,5% (n = 1)	1,488 (0,152-14,575)
Reingreso de causa cardiovascular	25% (n = 11)	12,5% (n = 5)	1,216 (0,407-3,627)

FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IAM: infarto agudo de miocardio; ARA-II: antagonistas de los receptores de angiotensina II. Las variables cuantitativas paramétricas se han expresado como media y desviación estándar, mientras que las variables no paramétricas se han expresado como mediana y rango intercuartílico.

Conclusiones: En contraposición a estudios previos, en nuestra muestra hubo más varones con MINOCA, siendo los trastornos psiquiátricos más frecuentes en estos. En pacientes octogenarios, los MINOCA prevalecen en mujeres. Al ingreso, los síntomas y alteraciones electrocardiográficas fueron similares entre ambos grupos, con marcadores de daño miocárdico más elevados en mujeres, sin asociación con un mayor deterioro de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) ni diferente pronóstico.