Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 738

Revista Española de Cardiología

6010-46. DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES MENORES DE 65 AÑOS CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: UNA COHORTE ESPAÑOLA

Bárbara Izquierdo Coronel, Alfonso Fraile Sanz, Silvia Humanes Ybáñez, Miguel de la Serna Real de Asúa, Daniel Nieto Ibáñez, Cristina Perela Álvarez, María Álvarez Bello, María Martín Muñoz, Paula Rodríguez Montes, Nuria Gil Mancebo, María Jesús Espinosa Pascual, Renée Olsen Rodríguez, Rebeca Mata Caballero, Paula Awamleh García y Joaquín J. Alonso Martín

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

Resumen

Introducción y objetivos: La presentación clínica y el pronóstico del infarto de miocardio (IM) suelen variar entre hombres y mujeres. Estudiar diferentes grupos de edad puede ser de interés.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo que incluyó a todos los pacientes ingresados por IM entre 2016 y 2023. La mediana de seguimiento fue de 43 meses [20-71].

Resultados: De 1.064 pacientes, 436 tenían menos de 65 años (98 mujeres y 338 hombres). La mediana de edad fue similar: 53,4 [41-65] vs 54,2 [43-65], p = 0,24. Un porcentaje mayor de hombres estaba casado (76,6 vs 59,2%, p 0,01) y una proporción mayor de mujeres estaba viuda (7,9 vs 1,3%, p 0,01). Los hombres mostraron tasas más altas de empleo permanente (71,4 vs 54,9%, p = 0,01) y las mujeres mayor tasa de desempleo (26,8 vs 15,2%, p = 0,03) y estrés (70,3 vs 42,4%, p 0,01). El porcentaje de fumadores fue similar (84,6 vs 75,8%, p = 0,06), pero hubo más consumidores de cocaína en el grupo masculino (10,8 vs 1,4%, p = 0,01). Las mujeres tuvieron una prevalencia más alta de enfermedades autoinmunes (20,4 vs 6,2%, p 0,01), alergias (17,3 vs 5,6%, p 0,01), enfermedades psiquiátricas (25,8 vs 9,9%, p 0,01) y migrañas (15,6 vs 1,8%, p 0,01). Al ingreso, los hombres presentaban niveles más altos de CK (1.175,2 ± 1490,1 vs 766,5 ± 1.084,5 U/l, p = 0,02), hemoglobina (15,2 ± 1,6 vs 14 ± 1,4 g/dl, p 0,01) y creatinina (1,2 ± 1,4 vs 0,8 ± 0,5 mg/dl, p 0,01) y las mujeres mayor colesterol (186,5 ± 51,6 vs 174,9 ± 44,5 mg/dl, p = 0,03). La disección coronaria y el MINOCA fueron más frecuentes en mujeres (14,3 vs 2,1%, p 0,01 y 27,6 vs 11,5%, p 0,01) y se sometieron a pruebas adicionales en mayor medida: resonancia magnética (14,3 vs 4%, p 0,01) y test de vasoespasmo (7,6 vs 1,9%, p = 0,02). Los hombres requirieron más angioplastias (66,7 vs 23,8%, p 0,01) recibiendo al alta más antiagregantes (93,7 vs 84,5%, p 0,01), bloqueadores beta (81,7 vs 71,1%, p = 0,03), IECA (63,2 vs 49,5%, p = 0,02) y estatinas (96,4 vs 84,5%, p 0,01). Otras variables no mostraron diferencias (tabla). El pronóstico fue similar: muerte (HR 0,7 IC95% [0,1-3,4]), reingreso cardiovascular (HR 1,2 IC95% [0,5-2,7]), reinfarto (HR 1,9 IC9% 5[0,3-10,3]) e ictus (HR 1 IC95% [0,1-11,9]).

	Hombres	**Mujeres**	**p**
Ejercicio físico	40,2%	31,6%	0,18

Insomnio	44,5%	57,6%	0,23
Personalidad tipo D	29,2%	35,3%	0,52
Antecedente de FA	2,1%	4,1%	0,27
Diabetes mellitus	20,4%	16,3%	0,47
Hipertensión arterial	44%	36,7%	0,20
Dolor torácico al ingreso	93,2%	89,6%	0,27
Angioplastia primaria	51,9%	46,9%	0,42
Troponina T	2.662,3 ± 7.412,4 ng/l	1.604,5 ± 3.037,8 ng/l	0,25
Proteína C reactiva	14,1 ± 34,6 mg/dl	8,4 ± 12 mg/dl	0,20
Mortalidad al alta	1,2%	0%	0,58
Días de ingreso	5,1 ± 3,3 días	5,5 ± 2,9 días	0,26

FA: fibrilación auricular.

Conclusiones: El perfil clínico de hombres y mujeres con IM es diferente. La investigación de los mecanismos subyacentes requiere pruebas más extensas en las mujeres. El tratamiento al alta también difiere. Sin embargo, el pronóstico parece similar en ambos sexos.