



6010-60. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN PREVENCIÓN SECUNDARIA TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO: ¿LO ESTAMOS HACIENDO BIEN?

Javier Herrera Flores, José López Aguilera, Manuel Anguita Sánchez y Manuel Pan Álvarez-Osorio

Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El síndrome coronario agudo (SCA) continúa representando una de las principales causas morbimortalidad a nivel mundial. Aunque la incidencia ajustada por edad y sexo del SCA está disminuyendo globalmente, diversos estudios han puesto de manifiesto que existen importantes diferencias en función del sexo, ya que las mujeres suelen experimentar mayores retrasos diagnósticos y muestran menores tasas de revascularización coronaria precoz. Nuestro objetivo fue analizar la influencia del sexo en los resultados de la implementación de un programa personalizado de riesgo cardiovascular residual en pacientes dados de alta después de un SCA y evaluar la asociación entre los niveles de LDL-C y otras fracciones lipídicas circulantes a 1 mes con la aparición de eventos cardiovasculares adversos mayores (ECAM).

Métodos: Desde enero de 2023 hasta diciembre de 2023, se identificaron de forma consecutiva todos los pacientes dados de alta desde el servicio de Cardiología de nuestro hospital tras un ingreso por un SCA. Se evaluaron un mes más tarde en una consulta virtual para analizar las diferencias intersexo y detectar la aparición de ECAM, definidos como muerte por cualquier causa, muerte cardiovascular, infarto de miocardio no fatal, accidente cerebrovascular, hospitalización por insuficiencia cardíaca, reingreso debido a angina inestable o revascularización no planificada. Los objetivos de control lipídico se establecieron siguiendo las recomendaciones de las guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología 2023 sobre el SCA.

Resultados: En la tabla se resumen las características clínicas de la muestra. Las mujeres del estudio eran más añosas ($70,8 \pm 11,8$ años vs $64,8 \pm 12,6$ años, $p = 0,002$) y menos fumadoras (23 vs 153, $p = 0,001$). A pesar de la mayor incidencia de ECAM en las mujeres no hubo diferencias entre grupos (8,2 vs 3,6, $p = 0,096$) ni tampoco hubo muertes relacionadas con eventos CV u otras causas. El perfil lipídico determinado al mes fue similar entre ambos grupos (figura). No hubo diferencias en el porcentaje de individuos que habían alcanzado el objetivo de cLDL de 55 mg/dL al mes (69 vs 65%, $p = 0,368$) si bien el tratamiento con ezetimiba fue más frecuente en el subgrupo de mujeres.

Características clínicas, formas de presentación de SCA y tratamiento hipolipemiante de los sujetos de la muestra según el sexo

	Mujeres (n = 73)	Varones (n = 252)	p
Características clínicas			
Edad, años	70,8 ± 11,8	64,8 ± 12,6	0,002
Hipertensión arterial, n (%)	25 (34,3)	165 (65,5)	0,492
Hipercolesterolemia, n (%)	40 (54,8)	117 (46,5)	0,254
Historia previa de tabaquismo, n (%)	23 (31,7)	153 (60,7)	0,001
Diabetes, n (%)	26 (35,9)	93 (36,8)	0,841
Hipertrigliceridemia, n (%)	3 (4,1)	17 (6,7)	0,303
Presentación clínica del SCA			
IAMCEST, n (%)	30 (41,1)	83 (32,9)	0,282
IAMSEST, n (%)	27 (37)	84 (33,3)	0,585
Angina inestable, n (%)	16 (21,9)	85 (33,8)	0,264
Terapia hipolipemiente al alta			
Estatinas de alta intensidad, n (%)	73 (100)	252 (100)	0,651
Ezetimiba, n (%)	73 (100)	228 (90,5)	0,391
Ácido bempedoico, n (%)	4 (5,5)	24 (9,5)	0,957
Anticuerpos anti-PCSK9, n (%)	5 (7,1)	18 (7,1)	0,829
Inclisirán, n (%)	1 (0,9)	2 (0,8)	0,668
Objetivo LDL-c 55 mg/dL *, n (%)	52 (69,9)	163 (64,8)	0,477

ECAM, n (%)	6 (8,2)	9 (3,6)	0,096
IAMCEST: infarto agudo de miocardio con elevación del ST; IAMSEST: infarto agudo de miocardio sin elevación del ST; ECAM: eventos cardiovasculares adversos mayores; *Objetivo cLDL 40 mg/dL si evento cardiovascular previo.			



Conclusiones: En nuestra cohorte, no se observaron diferencias en cuanto a la incidencia de nuevos ECAM, siendo el grado de control de LDL-C en mujeres bastante adecuado de forma similar al de varones.