



6012-99. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN PREVENCIÓN SECUNDARIA TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO A UN AÑO DE SEGUIMIENTO: ¿ESTAMOS HACIENDO LO CORRECTO?

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 siendo una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad en el mundo. Aunque la incidencia ajustada por edad y género del SCA está disminuyendo, diversos estudios han puesto de manifiesto que existen importantes diferencias de género en este problema, ya que las mujeres, con relación a los varones, experimentan un mayor retraso diagnóstico y reciben en menor proporción revascularización coronaria precoz. Nuestro objetivo fue describir los resultados de la implementación de un programa personalizado de riesgo cardiovascular residual a largo plazo (12 meses) en función del género en pacientes dados de alta después de un SCA y evaluar la asociación entre los niveles de LDL-C y otras fracciones lipídicas circulantes tras 1 año con la aparición de eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE).

Métodos: Desde enero de 2023 hasta diciembre de 2023, se identificaron todos los pacientes varones y mujeres dados de alta de nuestro departamento de cardiología de forma consecutiva después de presentar un SCA y se evaluaron periódicamente en una consulta virtual (1.º, 6.º y 12.º mes) para analizar las diferencias intergénero y detectar la aparición de MACE al año, 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 definieron siguiendo las recomendaciones ESC 2023 sobre el SCA.

Resultados: En la figura se muestran las características clínicas de la muestra. Las mujeres del estudio eran más añosas ($70,8 \pm 11,8$ años frente a $64,8 \pm 12,6$ años, $p = 0,002$) y menos fumadoras (23 frente a 153, $p = 0,001$). Por otro lado, la incidencia de MACE fue similar en ambos grupos (13,7 frente a 10%, $p = 0,363$). Únicamente, se registraron 4 muertes (2 frente a 2, $p = 0,684$), todas ellas de causa no cardiovascular. Al año del seguimiento, el perfil lipídico determinado fue similar en ambos grupos (Tabla). Tampoco, hubo diferencias intergénero en el porcentaje de individuos que alcanzaron el objetivo de LDL-C < 55 mg/dl (84,9 frente a 85,3%, $p = 0,750$) ni en la terapia recibida.

Perfil lipídico de la muestra a los 12 meses de 325 pacientes (73 mujeres y 252 varones) después de un síndrome coronario agudo (SCA)

	Mujeres (n = 73)	Varones (n = 252)	p
Perfil lipídico en el 12.º mes			
Colesterol total, mg/dl	115,8 ± 22,8	109,1 ± 21,5	0,337
HDL-C, mg/dl	49,4 ± 21,2	45,2 ± 13	0,199
LDL-C, mg/dl	44,1 ± 18,6	44,1 ± 14,1	0,157
Lp (a), mg/dl	27 (10-352)	31,8 (10-365)	0,100
ApoB, mg/dl	51,3 ± 14,1	50,5 ± 13,5	0,683
ApoA1, mg/dl	126,4 ± 24,7	123,6 ± 25,6	0,312
No-HDL-C, mg/dl	68,8 ± 20,5	68 ± 25,4	0,541
TG, mg/dl	98,5 (30-266)	91 (36-243)	0,670
VLDL-C, mg/dl	20 (9-53)	19 (7-49)	0,819
Colesterol remanente, mg/dl	21,8 ± 6,7	21,4 ± 6,9	0,713
LDL-C/ApoB	0,85 ± 0,2	0,83 ± 0,2	0,282
TG/HDL-C	2,3 ± 0,7	2,5 ± 0,7	0,492
Índice TyG	4,6 ± 0,2	4,6 ± 0,2	0,378
PCR us (mg/dl)	0,5 (0,5-10)	0,5 (0,5-6,2)	0,087

Las variables continuas se presentan como media ± desviación estándar o mediana y rango intercuartílico. HDL-C: lipoproteínas de alta densidad; LDL-C: lipoproteínas de baja densidad; Lp(a): lipoproteína (a); ApoB: apolipoproteína B; ApoA1: apolipoproteína A1; No-HDL-C: colesterol no HDL; VLDL-C: lipoproteínas de muy baja densidad; TG: triglicéridos; Índice TyG: índice triglicéridos-glucosa; PCR us: proteína C reactiva de alta sensibilidad.

	Mujeres	Varones	P
	(n= 73)	(n= 252)	
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
Ezetimibe, n (%)	73 (100)	228 (90,5)	0,391
Ácido Bempedoico, n (%)	4 (5,5)	24 (9,5)	0,957
Anticuerpos anti-PCSK9, n (%)	1 (1,4)	3 (1,2)	0,829
Inclisiran, n (%)	1 (0,9)	1 (0,8)	0,668
Terapia hipolipemiente en el 12º mes			
Estatinas de alta intensidad, n (%)	72 (98,6)	248 (98,4)	0,245
Ezetimibe, n (%)	73 (100)	228 (90,5)	0,391
Intolerantes a estatinas, n (%)	1 (1,4)	4 (1,6)	0,251
Ácido Bempedoico, n (%)	21 (29,2)	45 (17,9)	0,866
Anticuerpos anti-PCSK9, n (%)	5 (6,8)	20 (7,9)	0,091
Inclisiran, n (%)	3 (4,1)	3 (1,2)	0,323
Objetivo LDL-c < 55 mg/dL *, n (%)	62 (84,9)	215 (85,3)	0,750
MACE, n (%)	10 (13,7)	25 (9,9)	0,364
Muerte			
No cardiovascular, n (%)	2 (2,7)	2 (0,8)	0,684
Cardiovascular, n (%)	0	0	-

Conclusiones: En nuestra cohorte, no se observaron diferencias en cuanto a la incidencia de nuevos MACE a los 12 meses, siendo adecuado el grado de control de LDL-C en mujeres, de forma similar al de varones.