



<https://www.revclinesp.es>

1431 - DESIGUALDADES POR SEXO EN EL RIESGO VASCULAR Y LA HIPERLIPOPROTEINEMIA(A)

Andrea Bastos Precedo, Alejandro Maceín Rodríguez, Irene Madejón Sánchez, Alejandra Calle Martínez, Lucía Domínguez Parreño, Celia Fortea de Arpe, Mónica Gil Gutiérrez de Mesa y Manuel Méndez Bailón

Medicina Interna, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Analizar y comparar las características clínicas y las diferencias en el perfil de riesgo vascular, comorbilidades y pronóstico según el sexo en pacientes con hiperlipoproteinemia(a).

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo, comparando pacientes con niveles de lipoproteína(a) > 30 mg/dL en función del sexo. Las variables estudiadas fueron clínicas, analíticas, pronósticas y de tratamiento. Se utilizaron pruebas de chi-cuadrado y Fisher para variables cualitativas y test de Student o U de Mann-Whitney para las continuas, estableciendo la significación estadística en $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 262 pacientes, con predominio femenino (58,8%) y una edad media fue similar (61 años), sin diferencias significativas. Los varones presentaron más antecedente de enfermedad coronaria (49 vs. 11%; $p < 0,001$), ictus (10,2 vs. 1,3%; $p = 0,003$) y enfermedad arterial periférica (8,3 vs. 1,3%; $p = 0,013$). La mayor parte de los factores de riesgo vascular fueron más prevalentes en varones, tales como hipertensión arterial, dislipemia y extabaquismo. No se obtuvieron diferencias en cuanto a diabetes mellitus, obesidad, ni otras comorbilidades (tabla 1). Respecto a las pruebas complementarias (tabla 2), el colesterol total, LDL y Lp(a) mostraron valores ligeramente más elevados en mujeres, aunque sin diferencias estadísticas. Sí se alcanzó la significación en los niveles de ApoB, mayores en mujeres. Además, la estenosis y calcificación aórtica, la presencia de prótesis o TAVI y las placas de ateroma fueron más comunes en varones; mientras que la FEVI fue significativamente menor en mujeres. No hubo diferencias en la esteatosis hepática ni en dimensiones del ventrículo y aurícula izquierda. En cuanto al tratamiento, a pesar de que los varones recibieron más frecuentemente estatinas (81,5 vs. 62,3%; $p = 0,001$), fibratos (9,3 vs. 2,6%; $p = 0,037$), ezetimiba (56,5 vs. 35,7%; $p = 0,001$), ácido acetilsalicílico (50,0 vs. 15,6%; $p < 0,001$) y antihipertensivos (61,1 vs. 38,3%; $p < 0,001$), el tratamiento hipolipemiante parecía estar menos optimizado en este grupo (70,4 vs. 72,1%; $p = 0,765$). Acerca del pronóstico, los varones experimentaron un mayor número de eventos cardiovasculares (19,4 vs. 7,1%; $p = 0,005$); así como más visitas a urgencias por motivos cardiovasculares ($0,4 \pm 0,7$ vs. $0,2 \pm 0,5$; $p < 0,001$) e ingresos ($0,8 \pm 1,2$ vs. $0,3 \pm 1,0$; $p < 0,001$).

Tabla 1

Comorbilidad	Varones (n = 108)	Mujeres (n = 154)	p

Hipertensión arterial	68,5%	46,8%	p 0,001
Tabaquismo activo	19,4%	10,4%	p 0,059
Extabaquismo	41,7%	25,3%	p 0,001
Diabetes mellitus	17,6%	18,8%	p 0,926
Fibrilación auricular	18,5%	10,4%	p 0,089
Dislipemia	97,2%	85,1%	p 0,002
Obesidad	20,4%	26,6%	p 0,740
Albuminuria	7,4%	4,5%	p 0,477
Insuficiencia cardíaca	10,2%	6,5%	p 0,394
Demencia	7,4%	9,1%	p 0,797
EPOC	8,3%	3,2%	p 0,128
Enfermedad renal crónica moderada/grave	6,5%	6,5%	p 1,000
Ulcus péptico	6,5%	1,3%	p 0,054
Enfermedad del tejido conectivo	2,8%	3,9%	p 0,885
Hepatopatía leve	3,7%	2,6%	p 0,883
Leucemia/linfoma	0,0%	1,9%	p 0,385
Tumor sólido sin metástasis	8,3%	7,1%	p 0,904
Tumor sólido con metástasis	0,0%	2,6%	P 0,240
Hemiplejia	0,9%	0,6%	p 1,000

Hepatopatía moderada/grave	0,0%	1,3%	p 0,640
SIDA	1,9%	0,0%	p 0,330

Tabla 2

Pruebas complementarias	Varones (n = 108)	Mujeres (n = 154)	p
Biomarcadores analíticos	Colesterol total (mg/dL)	156,3 ± 46,1	193,4 ± 40,9 p 0,218
HDL (mg/dL)	40,0 ± 12,0	63,1 ± 15,9	p 0,017
LDL (mg/dL)	82,6 ± 40,7	109,7 ± 33,4	p 0,132
Triglicéridos (mg/dL)	124,0 ± 78,3	104,9 ± 48,3	p 0,449
Lipoproteína (a) (mg/dL)	96,1 ± 38,0	102,9 ± 46,3	p 0,193
ApoB (mg/dL)	87,1 ± 31,9	97,4 ± 23,2	p 0,027
Albúmina (g/dL)	4,2 ± 0,4	4,2 ± 0,4	p 0,267
Creatinina (mg/dL)	1,0 ± 0,2	0,8 ± 0,2	p 0,001
Filtrado glomerular (mL/min/1,73 m ²)	78,5 ± 13,9	78,6 ± 16,7	p 0,941
NT-proBNP (pg/mL)	443,0 (117,5-1.008,0)	346,0 (164,5-845,0)	p 0,789
PCR ultransensible (mg/L)	9,1 ± 19,6	3,8 ± 9,8	p 0,170
PCR (mg/L)	12,4 ± 21,1	11,0 ± 24,3	p 0,690
Ferritina (ng/mL)	143,9 ± 128,3	68,4 ± 67,7	p 0,001

Ecocardiograma	Estenosis aórtica moderada/grave	13,0%	3,2%	p 0,001
Calcificación valvular aórtica	12,1%	7,7%		p 0,001
TAVI/prótesis valvular	11,1%	1,9%		p 0,010
FEVI (%)	61,5 ± 8,3	57,1 ± 8,5		p 0,010
Hipertrofia ventrículo izquierdo (g/m ²)	94,8 ± 26,4	87,8 ± 36,6		p 0,363
Volumen aurícula izquierda (mL/m ²)	31,6 ± 15,0	30,1 ± 12,6		p 0,688
Doppler troncos supraaórticos	Placas de ateroma	12,0%	5,2%	p 0,049
Ecografía/TC abdominal	Esteatosis hepática	20,4%	14,9%	p 0,402

Discusión: Los varones con Lp(a) elevada, pese a recibir tratamiento más intensivo, presentaron un perfil de mayor riesgo vascular, con más comorbilidades, eventos previos y peor pronóstico. Las mujeres mostraron niveles más altos de ApoB y menor FEVI, lo que podría indicar un perfil de riesgo subestimado. El control lipídico no fue óptimo en ninguno de los dos grupos, lo que sugiere margen de mejora terapéutica. Tal y como se evidencia en otros estudios, el riesgo vascular en mujeres tiende a subestimarse y tratarse menos agresivamente, especialmente si no tienen eventos previos. Estos hallazgos refuerzan la importancia de un enfoque diferenciado por sexo en el manejo de la hiperlipoproteinemia(a).

Conclusiones: Los varones con Lp(a) elevada presentan mayor riesgo vascular y peor pronóstico que las mujeres. Existen diferencias en la percepción del riesgo y el enfoque terapéutico que justifican una intervención más intensiva y adaptada por sexo.