



<https://www.revclinesp.es>

## 2093 - SEXO Y RIESGO CARDIOVASCULAR: IMPACTO EN LA DISTRIBUCIÓN DE FACTORES Y EN LA PERSONALIZACIÓN TERAPÉUTICA

**Alicia Toro Álvarez, Marina Benítez Bermejo, Patricia González González, Leticia Nevado López-Alegria, Juana Carretero Gómez y Jose Carlos Arévalo Lorido**

Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz, España.

### Resumen

**Objetivos:** Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) son la principal causa de morbimortalidad global. Aunque afectan a ambos性, existen diferencias significativas en su distribución e impacto. Evaluarlas es clave para mejorar la estratificación del riesgo y personalizar el tratamiento. El objetivo fue realizar un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de corte transversal para analizar la distribución de FRCV y las estrategias terapéuticas en pacientes atendidos en Medicina Interna, diferenciando por sexo e identificando posibles disparidades clínicas y terapéuticas para optimizar la atención cardiovascular.

**Métodos:** Se revisaron los registros clínicos de dos grupos de pacientes ( $n = 62$  hombres y  $n = 69$  mujeres) atendidos en Medicina Interna. Se recopilaron variables clínicas, bioquímicas y terapéuticas relacionadas con riesgo cardiovascular, incluyendo dislipemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, enfermedad cardiovascular y parámetros analíticos (PCR, LDL, HDL, glucosa, entre otros). Las variables cualitativas se analizaron mediante la prueba de chi-cuadrado, mientras que las variables cuantitativas, expresadas como medianas y rangos intercuartílicos, se compararon utilizando la prueba de Wilcoxon para muestras independientes. Se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Entre los factores de riesgo como muestra la tabla 1, tanto la dislipemia (hombres 72,4%, mujeres 68%) como la hipertensión (56,4 vs. 55,9%) mostraron prevalencias similares. La obesidad fue comparable (53,2% en hombres y 50,7% en mujeres), pero la enfermedad renal crónica fue más prevalente en mujeres (20,3%) que en hombres (6,4%), con  $p = 0,02$ . También se hallaron diferencias significativas en el peso (85,2 kg en hombres vs. 75,7 kg en mujeres,  $p = 0,0001$ ) y en la hemoglobina glicosilada ( $HbA_{1c}$ : 15,3 vs. 13,1%,  $p = 0,000$ ), con valores más altos en hombres. En cuanto a terapias, en la tabla 2, observamos que el uso de estatinas fue alto y similar entre sexos (72,6% hombres vs. 71% mujeres). Fármacos como PCSK9 mostraron una mayor prescripción en hombres (9,7 vs. 2,9%,  $p = 0,01$ ), mientras que el uso de iSGLT2, iGLP1, y ezetimiba fue homogéneo. El perfil lipídico (fig.) reveló niveles significativamente mayores de HDL en mujeres (64 mg/dL vs. 47 mg/dL,  $p = 0,0002$ ), aunque no se observaron diferencias en LDL, triglicéridos o colesterol no-HDL. Se observó una mayor excreción urinaria de proteínas en mujeres (UACR: 6,1 vs. 3,5,  $p = 0,02$ ).

### Tabla 1

Variable	Hombre	Mujer	p
IECA/ARA II (%)	26 (41,9)	35 (50,7)	0,31
Metformina (%)	17 (27,4)	15 (21,7)	0,45
ISGLT2 (%)	9 (14,5)	13 (18,8)	0,50
arGLP1 (%)	9 (14,5)	16 (23,2)	0,20
Estatinas (%)	45 (72,6)	49 (71)	0,84
Ezetimiba (%)	30 (48,4)	29 (42)	0,46
Fibratos (%)	5 (8,1)	3 (4,3)	0,37
iPCSK9 (%)	6 (9,7)	2 (2,9)	0,1
Icosapento (%)	1 (1,6)	0	0,28
Bempedoico (%)	5 (8,1)	8 (11,6)	0,49
Inclisirán (%)	2 (3,2)	1 (1,4)	0,49
FEVI (%)	59% (95,1)	68% (98,5)	0,26
HVI (mm)	11 (17,7)	5 (7,2)	0,06
Grosor tabique (cm)	3 (4,8)	5 (7,2)	0,55
Dilatación aurícula izquierda (cm)	10 (16,1)	10 (14,5)	0,79
Doppler TSA (%)	6 (9,7)	7 (10,1)	0,9
GIM (mm)	2 (3,2)	1 (1,4)	0,49
Esteatosis (%)	8 (12,9)	16 (23,2)	0,12

Aneurisma (%)	0	0	
TAC coronario (%)	1 (1,6)	4 (5,8)	0,21
Peso (Kg)	852 (27)	75 (19,7)	0,000
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	29,6 (5,9)	28,7 (7,8)	0,17
Hemoglobina (g/dl)	15,3 (1,8)	13,5 (1,8)	0,000
VCM (fL)	90,4 (7,1)	92 (7,3)	0,41
PCR (mg/l)	2,2 (2,7)	2,1 83)	0,58
Glucosa (mg/dl)	101 (20)	97 (21)	0,58
Creatinina (mg/dl)	0,9 (0,2)	0,8 (0,3)	0,0005
FG (mL/min/1,73 m <sup>2</sup> )	90 (20)	83 (28)	0,05
Ácido úrico (mg/dl)	5,9 (2)	4,5 (1,6)	0,000
Colesterol total (mg/dl)	167 (62)	175 (65)	0,45
HDL (mg/dl)	47 (13)	54 (18)	0,0002
LDL (mg/dl)	81 (57)	87 (62)	0,71
Triglicéridos (mg/dl)	115,5 (112)	119 (95)	0,84
No HDL (mg/dl)	123 (68)	113 (57)	0,68
Apolipoproteina A (mg/dl)	135,9 (34)	145 (36)	0,06
Apolipoproteina B (mg/dl)	86,5 (39,7)	87,7 (29,4)	0,87
Lipo proteina A (mg/dl)	8 (32,2)	14 (35,1)	0,15

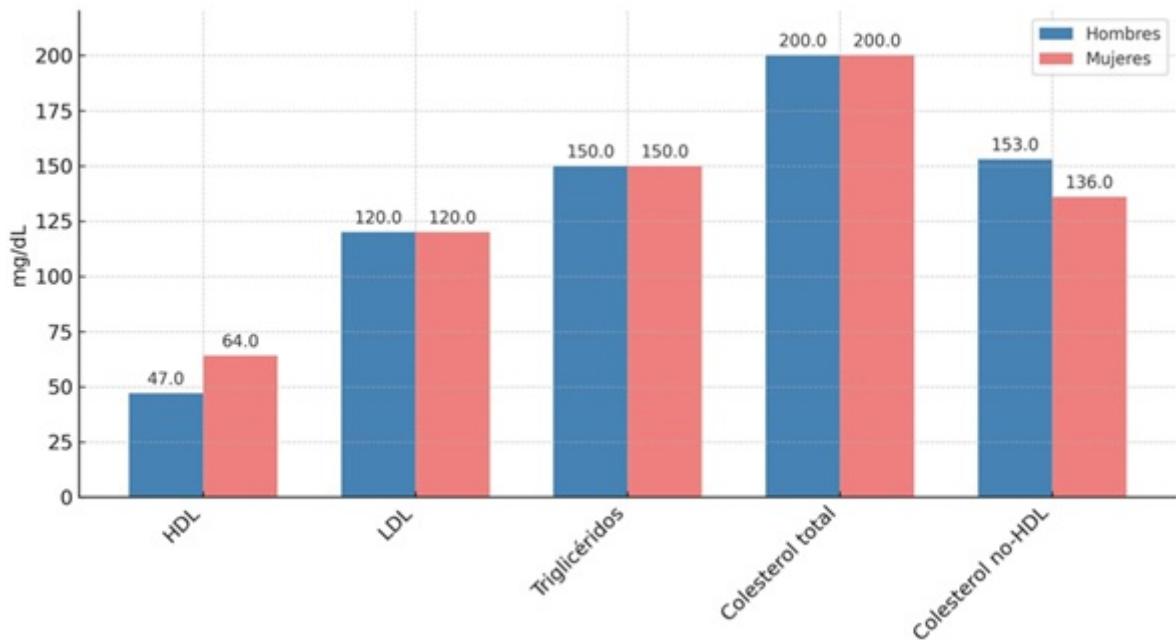
Hb1Ac (%)	5,6 (0,9)	5,6 (1,3)	0,78
UACR (mg/g)	3,5 (5,9)	6,1 (8,4)	0,02
FIB-4 (%)	0,9 (0,9)	1,1 (0,8)	0,27
Neutrófilos (células/?L)	3970 (1660)	4030 (2080)	0,48
Linfocitos (células/?L)	2265 (1000)	2260 (930)	0,69

Tabla 2

Variable	Hombre (62)	Mujer (69)	p
Edad (%)	57 (25)	60 (23)	0,08
Casado (%)	45 (72,6)	63 (41,3)	
Divorciado (%)	2 (3,2)	0	0,01
Otros (%)	15 (24,2)	6 (8,7)	
Actividad laboral	44 (71)	41 (59,4)	0,16
DM2 (%)	21 (33,9)	26 (37,7)	0,64
Dislipemia (%)	27 (43,5)	33 (47,8)	0,62
Hipertensión arterial (%)	35 (56,4)	38 (55,1)	0,87
Obesidad (%)	33 (53,2)	35 (50,7)	0,77
IC (%)	11 (17,7)	11 (15,9)	0,78
CI (%)	9 (14,5)	9 (13)	0,80

ACV (%)	8 (12,9)	9 (13)	0,98
Isquémico (%)	4 (6,4)	4 (5,8)	
Trombótico (%)	4 (6,4)	5 (7,2)	0,97
Criptogénico (%)	54 (87,1)	60 (86,9)	
EAP (%)	3 (4,8)	0	0,06
ERC (%)	4 (6,4)	14 (20,3)	0,02
IPCSK9 (%)	6 (10,5)	2 (3,2)	0,11
Icosapento (%)	1 (1,7)	0	0,29
Bempedoico (%)	5 (8,8)	7 (11,3)	0,64
Inclisirán (%)	2 (3,5)	1 (1,6)	0,5
FEVI (%) (1)	55 (96,5)	61 (98,4)	0,5
HVI (mm) (1)	10 (17,5)	5 (8,1)	0,11
Dilatación aurícula izquierda (cm)	8 (14)	10 (16,1)	0,75
Doppler de TSA (%)	5 (8,8)	7 (11,3)	0,64
GIM (mm)	2 (3,5)	1 (1,6)	0,5
Esteatosis (%)	8 (14)	15 (24,2)	0,16
Aneurisma (%)	100	100	
TAC coronario (%)	1 (1,7)	4 (6,4)	0,2
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	29,4 (5,1)	28,3 (8,5)	0,29

PCR (mg/l)	2,2 (2,8)	2,1 (2,9)	0,49
Glucosa (mg/dl)	101 (20)	96,5 (22)	0,59
Creatinina (mg/dl)	0,9 (0,2)	0,8 (0,2)	0,002
FG (mL/min/1,73 m <sup>2</sup> )	92 (19)	82,5 (28)	0,05



**Discusión:** Los hallazgos revelan una carga significativa y comparable de factores de RCV en ambos sexos, aunque con diferencias clínicas y terapéuticas relevantes. El mayor uso de inhibidores PCSK9 en hombres podría estar relacionado con un peor perfil lipídico inicial. La mayor prevalencia de ERC y excreción urinaria en mujeres requiere mayor atención para prevenir progresión renal. Las diferencias en HDL podrían sugerir un perfil cardioprotector más favorable en mujeres, pero su impacto clínico debe evaluarse con estudios longitudinales.

**Conclusiones:** Existen diferencias clínicamente relevantes en la distribución de factores de riesgo cardiovascular y en el abordaje terapéutico según el sexo, lo que resalta la necesidad de personalizar las estrategias de prevención y tratamiento del RCV. Se recomienda un enfoque multidisciplinar, con especial énfasis en la evaluación renal y el control glucémico en mujeres, así como en la optimización del tratamiento hipolipemiante en ambos sexos.