Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 603

Revista Española de Cardiología

6031-6. EFECTO DEL SEXO EN EL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DE UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA: ANÁLISIS DE UN CENTRO

Álvaro Margalejo Franco, Ester Sánchez Corral, Rubén Hernando González, Pablo Luengo Mondéjar, Beatriz Fernández González, José Ángel Pérez Rivera, Beatriz López Vallejo, Lara Aguilar Iglesias, David Abella Vallina, Juan Asensio Nogueira y Jesús Ignacio Domínguez Calvo

Complejo Asistencial de Burgos.

Resumen

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca (IC) es un síndrome clínico con múltiples etiologías, entre ellas la cardiopatía isquémica. Esta última entidad presenta una mayor incidencia en varones que en mujeres, por lo que el abordaje de la IC podría presentar diferencias de manejo en función del sexo. El objetivo de este trabajo es analizar la influencia del sexo en el abordaje terapéutico y seguimiento de estos pacientes.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo, incluyéndose los pacientes valorados nuestra Unidad de Insuficiencia Cardiaca en el último año (01/03/2021-01/03/2022). Se clasificaron los pacientes en dos grupos según el sexo. Se compararon las características basales de ambos grupos, su tratamiento, el número de ingresos/visitas a urgencias por IC (I/U-IC) en el último año y mortalidad.

Resultados: En el periodo de tiempo analizado, se valoró a 321 pacientes en la UIC, siendo 266 (83%) varones y 55 (17%) mujeres. Las características basales de ambos grupos se muestran en la tabla. Los varones presentaron más comorbilidades, siendo significativamente mayor la presencia de diabetes mellitus, dislipemia, tabaquismo y enolismo. También se objetivaron niveles significativamente mayores de creatinina en el grupo de los varones (1,24 vs 1,19 mg/dl; p 0,05). En cuanto a la etiología de la IC, el origen isquémico de la misma fue significativamente mayor en dicho grupo (48,5 vs 25,5%; p 0,05), sin diferencias en la fracción de eyección del ventrículo izquierdo. No se encontraron, sin embargo, diferencias estadísticamente significativas en el tratamiento farmacológico de la IC o en la presencia de dispositivos intracavitarios entre ambos grupos, a excepción de una mayor prescripción de estatinas en varones (79,7 vs 50,9%; p 0,05). Tampoco se objetivaron diferencias significativas entre sexos en el seguimiento (número de visitas), número de I/U-IC ni en la mortalidad.

Pacientes valorados en nuestra UIC en el último año (01/03/2021-01/02/2022); análisis comparativo según sexo

Variables	Población total (N = 321)	Varones 266 (83%)	Mu

Edad media (años)		61 (30-90; DT 11,3)		69,4 (30-90; DT 11,1)		67,
Comorbilidades	Hipertensión arterial	172 (53,6%)		145 (54,5%)		27
	Diabetes mellitus	127 (39,6%)		112 (42,1%)		15
	Dislipemia	154 (48%)		135 (50,8%)		19
	Tabaquismo	*Activo: 44 (13,7%)		*Activo: 41 (15,4%)		*A
		*Ex 6 meses 133 (41,4%)		*Ex 6 meses 124 (46,6%)		*E
		*No: 144 (44,9%)		*No: 101 (38%)		*N
Etiología IC		*No isquémica: 178 (55,5%)		*No isquémica: 137 (51,5%)		*N (74
		*Isquémica: 143 (44,5%)		*Isquémica: 129 (48,5%)		*Is
Laboratorio	Creatinina media mg/dl	1,23 (0,22-9,45; DT 0,7)		1,24 (0,22-4,96; DT 0,49)		1,1
Ecocardiograma transtorácico	FEVI media %	37,6 (12-68; DT 10,6)		37,1 (12-68; DT 10,27)		40,
Dispositivos		*DAI: 88 (27,4%)		*DAI: 77 (28,9%)		*D
		*DAI-TRC: 74 (23,1%)		*DAI-TRC: 56 (21,1%)		*D
		*TRC: 5 (1,6%)		*TRC: 4 (1,5%)		*T
		*Marcapasos: 8 (2,5%)		*Marcapasos: 7 (2,6%)		*M
Tratamiento basal	Inhibidores del sistema renina angiotensina	303 (94,7)	*Dosis baja: 80 (25%)	251 (94,3%)	*Dosis baja: 67 (25,2%)	53

*IECA/ARA 2: 65 (20,2%)	* Dosis media: 112 (35%)	*IECA/ARA 2: 56 (21,1%)	*Dosis media: 90 (33,8%)	*IECA/ARA 2: 9 (16,4%)	*Dosis media: 22 (40,7%)			
*ARNI: 239 (74,5%)	*Dosis alta: 111 (34,7%)	*ARNI: 95 (73,3%)	* Dosis alta: 94 (35,3%)	*ARNI: 44 (80%)	*Dosis alta: 17 (31,5%)			
				*Dosis baja: 83 (25,9%)		*Dosis baja: 71 (26,7%)		*D 12
Bloqueadores beta			282 (87,9%)	*Dosis media: 86 (26,8%)	236 (88,7%)	*Dosis media: 74 (27,8%)	46 (83,6%)	*D 12
				*Dosis alta: 113 (35,2%)		*Dosis alta: 91 (34,2%)		*D 22
				*Dosis baja: 90 (28%)		*Dosis baja: 79 (29,7%)		*D 11
Antagonistas mineralocorticoides			198 (61,7%)	*Dosis media: 101 (31,5%)	167 (62,8%)	*Dosis media: 82 (30,8%)	31 (56,4%)	*D 19
				*Dosis alta: 7 (2,2%)		*Dosis alta: 6 (2,3%)		*D (1,
				* Dosis baja: 112 (35%)		*Dosis baja: 89 (33,5%)		*D 23
Diurético			146 (45,5%)	*Dosis media: 26 (8,1%)	121 (45,5%)	* Dosis media: 25 (9,4%)	25 (45,5%)	*M (1,
				*Dosis alta: 8 (2,5%)		*Dosis alta: 7 (2,6%)		*D (1,
		Estatinas		240 (74,8%)		212 (79,7%)		28
		Antiagregantes		101 (31,5%)		89 (33,5%)		12

Número visitas en último año	*P: 2,31 (0-8; DT 1,8) *NP: 0,32 (0-9; DT 0,8)	*P: 2,36 (0-8; DT 1,83) *NP: 0,3 (0-9; DT 0,77)	*P *N
Número de ingresos/visitas urgencias en el último año por descompensación de insuficiencia cardiaca	2,16 (0-12; DT 2,9)	2,23 (0-12; DT 3,01)	1,8
Fallecimiento	12 (3,7%)	9 (3,4%)	3 (

ARA2: antagonista receptor angiotensina 2; ARNI: antagonista receptor de angiotensina e inhibidor de neprilisina; D
implantable; IECA: inhibidor de enzima de conversión de angiotensina.

Conclusiones: En nuestro estudio, los varones presentaron un mayor número de comorbilidades, así como mayor porcentaje de etiología isquémica de la IC, respecto a las mujeres. *A priori* esto podría suponer un abordaje diferente en cuanto al tratamiento neurohormonal. No obstante, en nuestra muestra, no se observaron diferencias significativas en el manejo terapéutico ni, durante el seguimiento, en los I/U-IC o en la mortalidad entre los dos sexos.