



8. CARACTERIZACIÓN DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA REDUCIDA EN EL SEXO FEMENINO EN UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Gloria María Heredia Campos, Jorge Perea Armijo, José López Aguilera, Juan Carlos Castillo Domínguez y Manuel Anguita Sánchez

Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Se estima que entre el 30-50% de los pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (IC-FEr) son mujeres. En esta población, la IC-FEr parece presentar diferencias en cuanto a las características clínicas, etiología y optimización del tratamiento. Nuestro objetivo principal fue analizar el perfil clínico diferencial en cuanto al sexo y su impacto en el pronóstico a medio-largo plazo.

Métodos: Estudio prospectivo de una cohorte de pacientes con IC-FEr de práctica clínica real. Se realizó un análisis comparativo entre pacientes de sexo masculino (Grupo 1) y de sexo femenino (Grupo 2). Se analizaron variables clínicas, analíticas, ecocardiográficas y terapéuticas, y se evaluó el impacto a medio-largo plazo en términos de reingresos por IC y mortalidad.

Resultados: Se analizaron 409 pacientes. La edad media fue de $66,5 \pm 10,4$ años, con un total de 106 mujeres (25,9%). Se encontró una menor prevalencia de fumadores (13,1 vs 53,7%; $p = 0,01$), exfumadores (3,6 vs 16,6%; $p = 0,01$) y EPOC (23,1 vs 4,7%; $p = 0,001$), una mayor prevalencia de anemia (29 vs 39,6%; $p = 0,044$), así como menor etiología isquémica (17 vs 38%; $p = 0,001$) y mayor oncológica (2,6 vs 7,5%; $p = 0,025$) en el Grupo 2, sin diferencias en otras comorbilidades ni etiologías. En el Grupo 2, hubo una mayor prevalencia de IC *de novo* (51,5 vs 66%; $p = 0,009$) con menor tiempo de evolución de IC ($35,7 \pm 68,4$ vs $16 \pm 44,4$; $p = 0,001$), sin diferencias en la proporción de pacientes con ≥ 2 ingresos previos al inicio del seguimiento. No hubo diferencias entre ambos grupos en la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) basal, en la proporción de pacientes con mejoría de FEVI ni en los valores basales de NT-proBNP y CA-125. En el tratamiento basal, solo se observó mayor proporción de iSGLT2 (21,5 vs 10,4%; $p = 0,012$) en el Grupo 1, sin diferencias en el resto del tratamiento. Con una mediana de seguimiento de 60 meses, no hubo diferencias en cuanto a reingresos hospitalarios (42,9 vs 50,2%; $p = 0,200$) ni mortalidad por IC (30,5 vs 40,8%; $p = 0,771$) entre ambos grupos.

Resultados análisis según sexo

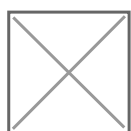
Sexo masculino (n = 303)

Sexo femenino (n = 106)

p

Edad	65 [IQR 57,5-72,5]	69 [IQR 60,5-77]	0,001
HTA	205 (67,7%)	69 (65,1%)	0,629
DM	154 (50,8%)	43 (40,6%)	0,069
DLP	190 (62,9%)	64 (60,4%)	0,643
Exfumador	152 (53,7%)	11 (13,1%)	0,001
Fumador activo	47 (16,6%)	3 (3,6%)	
IC <i>de novo</i>	156 (51,5%)	70 (66%)	0,009
Tiempo de evolución de IC	35,7 ± 68,4	16 ± 44,4	0,001
? 2 ingresos previos	35 (11,7%)	10 (9,4%)	0,529
NYHA I-II	252 (83,2%)	76 (71,7%)	0,054
NYHA III-IV	51 (16,8%)	29 (27,4%)	
Etiología isquémica	115 (38%)	18 (17%)	0,001
Etiología taquimiopatía	34 (11,2%)	10 (9,4%)	0,609
Etiología oncológica	8 (2,6%)	8 (7,5%)	0,025
Etiología idiopática	88 (29%)	37 (34,9%)	0,259
FA	160 (52,8%)	54 (50,9%)	0,741
ERC	127 (41,9%)	43 (40,6%)	0,808
Anemia	88 (29%)	42 (39,6%)	0,044

EPOC	70 (23,1%)	5 (4,7%)	0,001
Depresión	37 (12,2%)	24 (22,6%)	0,009
QRS ancho	107 (39,1%)	44 (44,9%)	0,312
FEVI	30 [IQR 25-35]	30 [IQR 25-35]	0,401
Mejoría FEVI	110 (38,7%)	46 (50,5%)	0,047
NT-proBNP	5.337 [IQR 2.332-9978,5]	6.100 [IQR 1.658,3-14.883,8]	0,017
CA125	19,7 [IQR 9,2-67,5]	21,3 [IQR 8,9-94]	0,750
IECA/ARAII	174 (57,4%)	60 (56,6%)	0,883
ARNI	106 (35%)	34 (32,1%)	0,587
Bloqueadores beta	276 (91,1%)	98 (92,5%)	0,666
Ivabradina	59 (19,5%)	29 (27,4%)	0,089
ARM	229 (75,6%)	72 (67,9%)	0,124
iSGLT2	65 (21,5%)	11 (10,4%)	0,012
ICD	32 (10,6%)	5 (4,7%)	0,071
TRC	14 (4,6%)	5 (4,7%)	0,968
Diurético asa	240 (79,2%)	88 (83%)	0,397



Conclusiones: Las mujeres con IC-FEr presentan una mayor prevalencia de IC *de novo* con menor tiempo de evolución del C, menor proporción de etiología isquémica y EPOC y mayor prevalencia de etiología oncológica y anemia. En nuestra población, las mujeres parecen tener un pronóstico similar a los varones en términos reingresos y mortalidad por IC.