



5012-9. INSUFICIENCIA CARDIACA EN LA MUJER: ¿CUÁL ES EL PAPEL DE LA EDAD?

Inés Ramos González-Cristóbal, Irene Marco Clement, David Vivas Balcones, Juan Carlos Gómez Polo, María Alejandra Restrepo Córdoba, Julia Playán Escribano, Javier Higuera Nafria, Miguel Márquez García, Gonzalo García Martí, Julián Pérez-Villacastín Domínguez, Josebe Goirigolzarri Artaza e Isidre Vila Costa

Servicio de Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La mujer anciana con insuficiencia cardiaca (IC) se encuentra infrarrepresentada en los estudios disponibles. El objetivo de nuestro trabajo es describir su perfil clínico, el grado de optimización de su tratamiento y su pronóstico a medio plazo.

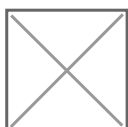
Métodos: Análisis prospectivo de las pacientes consecutivas ingresadas por IC en Cardiología en un centro terciario durante 16 meses entre 2021 y 2023. Se dividieron en dos grupos: menores y mayores de 80 años. Se analizaron variables clínicas, ecocardiográficas y terapéuticas y se realizó seguimiento hasta abril de 2024. Posteriormente se efectuó un análisis de supervivencia.

Resultados: De un total de 450 pacientes se registraron 201 mujeres, 108 (54%) menores y 93 (46%) mayores de 80 años. Ambos grupos presentaron un perfil cardiovascular y motivos de descompensación similares (tabla). Frente al grupo más joven, el grupo de mayor edad presentó con menor frecuencia IC con fracción de eyección reducida (ICEr) (23 (25%) vs 47 (44%) p = 0,006) (figura). No se observaron diferencias en el tratamiento al ingreso. Al alta fue significativamente más difícil introducir la cuádruple terapia en las pacientes ancianas con ICFEr frente a las jóvenes (tabla). Hubo una baja proporción de pacientes con IC con FEVI preservada con iSGLT-2 al alta en ambos grupos, aunque en el momento del estudio no estaba en guías clínicas. Durante un seguimiento mediano superior a 2 años (figura), la mortalidad fue mayor en las pacientes ancianas (28 (30,1%) vs 65 (16,7%) p = 0,024), aunque el *exitus* se debió en el 59,1% (13) de los casos a otros motivos, mientras que la mayor parte de las pacientes jóvenes (73,3% n = 11) fallecieron por causa cardiovascular.

Características basales, causas de descompensación y optimización del tratamiento			
Características basales		80 años ? (n = 108)	> 80 años (n = 93)p
Edad media (años), media ± DE	69,6 ± 0,1	86,8 ± 0,1	0,000

Hipertensión arterial, n (%)	73 (67,6)	80 (86,0)	0,002	
Diabetes mellitus 2, n (%)	19 (17,6)	28 (30,1)	0,100	
Dislipemia, n (%)	60 (55,6)	58 (62,4)	0,328	
Cáncer	5 (9,6)	8 (24,2)	0,068	
Fibrilación auricular	46 (42,6)	60 (53,8)	0,114	
Enfermedad renal crónica	16 (14,8)	15 (16,1)	0,797	
Causa de la descompensación	C. isquémica, n (%)	16 (14,81)	6 (6,45)	0,406
Arritmia, n (%)	33 (30,56)	36 (38,71)		
Valvulopatía, n (%)	23 (21,30)	27 (29,03)		
Tratamiento al alta en IC con FEVI reducida	Bloqueador beta	29 (61,70)	14 (60,87)	0,946
IECA/ARA II	14 (29,79)/8 (17,02)	6 (26,09)/4 (17,39)	0,748/0,969	
ARNI	22 (46,81)	2 (8,70)	0,002	
ARM	25 (53,19)	7 (30,43)	0,001	
iSGLT2	24 (51,06)	3 (13,04)	0,002	
Tratamiento al alta en IC con FEVI preservada	iSGLT2	33 (30,56)	15 (16,13)	0,017

IECA: inhibidor de enzima convertidora de angiotensina; ARA: antagonista receptor angiotensina; ARNI: sacubitrilo/valsartán; iSGLT2: inhibidor transportador sodio-glucosa 2; C. isquémica: cardiopatía isquémica.



Análisis de supervivencia en función del grupo de edad.

Conclusiones: La mujer anciana presenta con mayor frecuencia IC con FEVI preservada, y aquellas con ICFeR reciben menor tratamiento al alta. Aunque presentan mayor mortalidad en el seguimiento, esta se debe mayoritariamente a causas no cardiovasculares.