



5030-2. DIFERENCIAS SEGÚN EL SEXO EN EL INICIO DEL TRATAMIENTO CUÁDRUPLE PARA LA INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA. DATOS EN LA VIDA REAL DE REGISTRO TIDY-HF

Inés Gómez-Otero¹, Alberto Esteban Fernández², Luis Amemar Bonet³, Vanesa Alonso Fernández⁴, Cristina Goena Vives⁵, Alba Maestro Benedicto⁶, Javier de Juan Bagudá⁷, José Ignacio Morgado García de Polavieja⁸, Itziar Solla Ruiz⁹, Bernardo Lanza Reynolds¹⁰, Montserrat Cardona Ollé¹¹, Javier Rekondo Olaetxea¹², Víctor Martínez Dosantos¹³, Antonio Luis Gámez López¹⁴ y Elvis Amao Ruiz¹⁵

¹Servicio de Cardiología y Unidad Coronaria. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, ²Hospital Severo Ochoa, Leganés, Madrid, ³Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, ⁴Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, ⁵Hospital de Mendaro, Guipúzcoa, ⁶Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, ⁷Hospital Universitario 12 de Octubre. Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBERCV), Madrid, ⁸Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, ⁹Hospital Donostia, San Sebastián, ¹⁰Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, ¹¹Complex Hospitalari Moisès Broggi, Barcelona, ¹²Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, ¹³Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, ¹⁴Hospital General de Valdepeñas, Ciudad Real y ¹⁵Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, Tortosa, Tarragona.

Resumen

Introducción y objetivos: Globalmente la insuficiencia cardiaca (IC) presenta características clínicas diferenciales entre varones y mujeres, algo a lo que tradicionalmente se han atribuido las diferencias observadas en el tratamiento entre ambos sexos. Nuestro objetivo es analizar si, a igualdad de características clínicas, el tratamiento modificador del pronóstico en pacientes con IC con fracción de eyección reducida (IC-FEr) se inicia de la misma manera.

Métodos: Entre octubre y marzo del 2022 llevamos a cabo un estudio prospectivo multicéntrico (TIDY-HF) que incluyó a pacientes con IC-FEr diagnosticada en el último mes (IC *de novo*), tanto en el ámbito hospitalario como ambulatorio, y sin contraindicación para el inicio de ninguno de los cuatro fármacos con indicación clase I (TAs ? 100 mmHg, FGe ? 30 ml/mto/1,73 m², potasio ? 5,2). Se compararon las características clínicas entre ambos sexos y el tratamiento recibido tras el diagnóstico de IC-FEr *de novo*.

Resultados: De los 537 pacientes incluidos en el registro TIDY-HF, el 28% fueron mujeres y el 72% varones; 441 (82,1%) se diagnosticaron durante un ingreso hospitalario, 56 (10,4%) en la consulta ambulatoria y 39 (7,3%) en la asistencia a urgencias. En el presente análisis, que incluyó 488 pacientes en los que se disponía de las variables a estudio (tabla), puede verse que no hubo diferencias significativas según el sexo en cuanto a los factores de riesgo cardiovascular (HTA, DM, FA previa, IRC) ni en cuanto a las cifras de TA, frecuencia cardiaca, función renal o potasemia. Sin embargo, el tratamiento recibido tras el diagnóstico de IC-FEr *de novo* varió significativamente entre ambos sexos, con una significativa menor prescripción de sacubitrilo-valsartán en las mujeres (65,1 vs 75,7%, p = 0,026) y una tendencia, en el límite de la significación, a la menor prescripción de iSGLT2 (69,8 vs 76,9%, p 0,053).

Características diferenciales entre varones y mujeres con IC *de novo* y FEVI ? 40%

	Mujeres (n = 143)	Varones (n = 345)	p
Edad (años)	69,19 (± 12,8)	63,72 (± 13,5)	0,0001
HTA (%)	83 (58,0%)	201 (58,3%)	0,964
DM (%)	50 (35%)	114 (33%)	0,701
FA (%)	49 (34,3%)	109 (31,5%)	0,394
IRC (%)	17 (12%)	45 (13%)	0,747
TAs (mmHg)	119,59 (± 19,1)	120,01 (± 18,2)	0,824
TAd (mmHg)	71,02 (± 14,1)	73,35 (± 13,0)	0,09
FC (lpm)	78,06 (± 15,9)	77,56 (± 18,1)	0,778
Hb (g/dl)	13,57 (± 1,8)	14,53 (± 2,0)	0,0001
FGe (CKD-EPI)	67,8	73,27	0,020
K (g/dl)	4,30 (± 0,49)	4,35 (± 0,35)	0,395
NT-proBNP	5419 (± 8168)	4300 (± 5773)	0,056
IECAS	18 (14,8%)	34 (12%)	0,646
ARA II	15 (12,2%)	31 (11,1%)	0,449
SAC/VAL	82 (65,1%)	218 (75,7%)	0,026
BB	117 (92,9%)	275 (94,5%)	0,781
ARM	92 (73%)	223 (76,9%)	0,303

iSGLT2	86 (69,8%)	223 (76,9%)	0,053
Diuréticos	95 (75,4%)	211 (73,3%)	0,900

HTA: hipertensión; DM: diabetes; FA: fibrilación auricular; IRC: insuficiencia renal; IMC: índice de masa corporal; TAs: tensión arterial sistólica; TAd: tensión arterial diastólica; FC: frecuencia cardíaca; Hb: hemoglobina.

Conclusiones: El tratamiento cuádruple indicado para tratar de la IC-FEr, se prescribe menos en mujeres que en varones, concretamente sacubitrilo-valsartán y posiblemente iSGLT2. Estos hallazgos no parecen estar justificado por las consideraciones clásicas que motivan la limitación para el inicio de estos fármacos.