



6036-2. ¿ES EL SEXO UN FACTOR CLAVE EN LA TITULACIÓN DE LOS CUATRO FANTÁSTICOS?

Carlos Bobis Álvarez, Álvaro Zamora Bazo, Angélica Estefanía Figueroa Mora, Yilda Aleida Fernández Dávila, María Padilla Bautista, Rafael Martín-Portugués Palencia, Paula Hinojal Collado, Celestino Hernández García, José Javier Grillo Pérez y Julio Salvador Hernández Afonso

Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Introducción y objetivos: La titulación adecuada de la medicación pronóstica de la insuficiencia cardiaca (IC) reduce la mortalidad y las hospitalizaciones en pacientes con IC y fracción de eyección (FEVI) reducida. Sin embargo, en los principales ensayos clínicos que demuestran su eficacia las mujeres estuvieron infrarrepresentadas. El objetivo de este estudio es analizar si existen diferencias en la titulación de dichos fármacos entre varones y mujeres.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo unicéntrico observacional en el cual se incluyeron 271 pacientes en seguimiento por la Unidad de Insuficiencia Cardiaca. Se recogieron datos generales (edad, sexo, tipo de miocardiopatía que presentaban y FEVI) y el tratamiento modificador de la enfermedad: bloqueadores beta (BB), antagonistas de los receptores de mineralocorticoides (ARM), inhibidores del receptor de angiotensina-neprilisina (ARNI), inhibidores del cotransportador sodio/glucosa (ISGLT-2), diuréticos y digoxina. Posteriormente se realizó un análisis por sexo de las diferentes variables.

Resultados: De los 271 pacientes el 71,6% eran varones, un 41% eran mayores de 65 años y un 44,9% presentaban cardiopatía isquémica. La FEVI media fue de $35,9 \pm 11,4\%$. Se objetivaron diferencias significativas entre varones y mujeres en cuanto a la toma de bloqueadores beta (92,5 vs 28,6%, p 0,021), ISGLT-2 (47,8 vs 32,9%, p 0,027) y diuréticos (73,7 vs 60,5%, p 0,036). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la toma de ARM (73,1 vs 78,9%, p 0,324, ARNI (58,1 vs 53,9%, p 0,541) ni digoxina (6,5 vs 3,9%, p 0,428). Además se encontraron diferencias significativas en cuanto a la prevalencia de cardiopatía isquémica (51,6 vs 28,6% p 0,001) y a la FEVI ($34,9 \pm 10,4$ vs $38,6 \pm 13,3$, p 0,017).

Tabla con los resultados del estudio

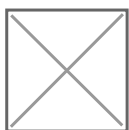
Análisis general (N = 271)

Varones	194 (71,6%)
Mayor de 65 años	111 (41%)

Miocardopatía isquémica	120 (44,9%)
Miocardopatía idiopática	147 (55,1%)
Fracción de eyección (FEVI)	35,9 + 11,4
Case funcional NYHA I	112 (42,9%)
Case funcional NYHA > II	149 (57,1%)

Análisis por sexo

	Varones (N = 190)	Mujeres (N = 77)	p
Miocardopatía isquémica	98 (51,6%)	22 (28,6%)	0,001
Fracción de eyección	34,9 + 10,4	38,6 + 13,3	0,017
Bloqueadores beta	172 (92,5%)	63 (82,9%)	0,021
ARM	136 (73,1%)	60 (78,9%)	0,324
ARNI	108 (58,1%)	41 (53,9%)	0,541
iSLGT	89 (47,8%)	25 (32,9%)	0,027
Digoxina	12 (6,5%)	3 (3,9%)	0,428
Diuréticos	137 (73,7%)	46 (60,5%)	0,036



Representación de los resultados del estudio.

Conclusiones: Se encontraron diferencias en cuanto a la optimización de BB, ISGLT-2 y diuréticos a favor de los varones. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en la utilización de ARM, ARNI ni digoxina. Las diferencias podrían explicarse por una mayor prevalencia en los varones de cardiopatía

isquémica y una mayor tendencia a FEVI en rango cercano al 40% en las mujeres, que requerirían una menor titulación de estos fármacos.