



## 11. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA. REGISTRO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO

Inés Toranzo Nieto<sup>1</sup>, Lucía Moreno de Redrojo Cortes<sup>1</sup>, Cristina Álvarez Martínez<sup>1</sup>, Miguel Rodríguez Santamarta<sup>2</sup>, Álvaro Margalejo Franco<sup>3</sup>, Javier Tobar Ruíz<sup>4</sup>, Pedro Daniel Perdiguero Martín<sup>5</sup>, Andrea Moreno<sup>6</sup>, Álvaro Roldán<sup>7</sup>, Eduardo Enriquez<sup>8</sup>, Sebastián Isaza Arana<sup>9</sup>, Ramón Andiñón Ogando<sup>10</sup>, Clea González Maniega<sup>2</sup>, Sara Martín Paniagua<sup>4</sup> y José Ángel Pérez Rivera<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España, <sup>2</sup>Complejo Asistencial Universitario, León, España, <sup>3</sup>Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España, <sup>4</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España, <sup>5</sup>Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España, <sup>6</sup>Hospital Virgen de la Concha, Zamora, España, <sup>7</sup>Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero (Burgos), España, <sup>8</sup>Hospital Santa Bárbara, Soria, España, <sup>9</sup>Hospital Comarcal de Medina del Campo, Medina del Campo (Valladolid), España y <sup>10</sup>Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid, España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Las mujeres están infrarrepresentadas en la mayoría de los estudios, pero cada vez hay más evidencia de que existen diferencias ligadas al sexo en la patología cardiovascular. Nuestro objetivo fue describir una muestra de pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca (IC) y analizar las diferencias en función del sexo en las características clínicas, manejo y mortalidad intrahospitalaria.

**Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo multicéntrico incluyéndose a pacientes ingresados por IC en 14 hospitales desde noviembre de 2021 hasta noviembre de 2022. Se realizó una comparación entre pacientes en función del género.

**Resultados:** Se incluyeron 633 pacientes de los 14 centros, siendo el 37,1% mujeres. La edad media del conjunto de la población fue de  $72,8 \pm 11,9$  años. Las mujeres tenían una edad media superior a los varones ( $75,6 \pm 11,1$  vs  $71,2 \pm 12,1$  años,  $p < 0,001$ ). La tabla muestra las diferencias en características clínicas según el sexo. La prevalencia de comorbilidades no fue diferente (escala Charlson, HTA, DM, DLP, ERC, cáncer o ictus), salvo menor prevalencia de EPOC, tabaquismo, cardiopatía isquémica y enfermedad arterial periférica. Las mujeres tenían con más probabilidad ICFE conservada, mientras que no había diferencias en los niveles de NTproBNP. En cuanto a la etiología de la IC, en mujeres era más frecuente tóxica y menos cardiopatía isquémica, así como más prevalencia de FA y valvulopatías. En las mujeres hubo menos implante de DAI y revascularización. En el momento de alta, las mujeres eran derivadas con más frecuencia a consulta de cardiología general, frente a los varones que eran derivados a unidades específicas de IC. El tratamiento al alta también difería, con más prescripción de acenocumarol y digoxina y menos inhibidores de neprilesina e inhibidor del cotransportador sodio-glucosa en las mujeres. A pesar de estas diferencias la mortalidad intrahospitalaria no difirió entre los grupos ( $3,8$  vs  $3,0\%$ ,  $p = 0,592$ ).

### Características clínica y tratamiento

Varón (n = 398)      Mujer (n = 235)      p

Edad (media $\pm$ DE)	71,2 $\pm$ 12,1	75,6 $\pm$ 11,1	0,001
Escala Charlson	4,11 $\pm$ 2,4	4,13 $\pm$ 2,0	0,5
Hipertensión arterial	67,3%	69,2%	0,622
Diabetes mellitus	37,7%	36,6%	0,784
Dislipemia	51,4%	48,9%	0,552
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	17,7%	8,5%	0,002
Tabaquismo			
No	37,6%	78%	0,001
Fumador	20,1%	9,3%	
Exfumador	42,3%	12,8%	
Enf renal crónica	32,7%	30,6%	0,583
Cáncer	10,8%	14,5%	0,170
Ictus o AIT	9,6%	12,3%	0,275
C. isquémica previa	24,6%	14,5%	0,003
Arteriopatía periférica	13,3%	3,8%	0,001
Valvulopatía mod-grave o prótesis valvular previa	27,6%	41,9%	0,001
IC previa	43,5%	45,2%	0,682
Fibrilación auricular	38,2%	48,9%	0,008

DAI previo	6,3%	2,1%	0,017
Tipo IC			
ICFEr	55,4%	34,9%	0,001
ICFEmr	10,4%	16,2%	
ICFEc	34,2%	48,9%	
FEVI Simpson (%)	40,27 ± 16,9	47,72 ± 16,2	0,001
Destino al alta			
Unidad IC	36,4%	20,3%	0,001
Cardiología general	59%	72,7%	
Otros	4,5%	7%	
Inotrópicos	11,6%	4,7%	0,003
Acenocumarol	11%	23,8%	0,001
ACOD	54,9%	48,5%	0,126
IECA/ARA2	36%	37,7%	0,662
Bloqueador beta	73,8%	76%	0,540
ARM	56,4%	57%	0,887
ISGLT2	63,9%	56,1%	0,058
ARNI	33,6%	20,2%	0,001

Digoxina

5,8%

18,3%

0,001

DAI: desfibrilador automático implantable; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; ICFER: insuficiencia cardiaca fracción eyección reducida; ICFEmr: insuficiencia cardiaca fracción de eyección ligeramente reducida; ICFEc: insuficiencia cardiaca fracción eyección conservada; ACOD: anticoagulantes de acción directa; ARM: antagonista de receptor mineralocorticoides; ISGLT2: inhibidores del cotransportador de sodio y glucosa 2; ARNI: inhibidor receptor angiotensina-neprilisina.

**Conclusiones:** El perfil clínico y el manejo del paciente que ingresa por IC es diferente en función del sexo, a pesar de lo cual no hubo diferencias en cuanto a mortalidad intrahospitalaria. El seguimiento largo plazo de esta cohorte permitirá analizar las implicaciones pronósticas y así poder abordar de manera individualizada la IC.