



## 6072-458. DIFERENCIAS PRONÓSTICAS SEGÚN EL SEXO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA *DE NOVO* Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA REDUCIDA (FEVI <math>\leq 40\%</math>): REGISTRO COMFE

Inés Gómez Otero<sup>1</sup>, Óscar Otero García<sup>1</sup>, Raquel López Vilella<sup>2</sup>, Pablo de la Fuente López<sup>1</sup>, Víctor Donoso Trenado<sup>2</sup>, Carlos Yebra-Pimentel Brea<sup>1</sup>, Javier Adarraga Gómez<sup>1</sup>, Guillermo Gallego Latorre<sup>1</sup>, Noelia Bouzas Cruz<sup>1</sup>, David García Vega<sup>1</sup>, Luis Almenar Bonet<sup>2</sup> y José Ramón González Juanatey<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña), España y <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Fe, Valencia, España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Tradicionalmente se han descrito diferencias en el pronóstico de la insuficiencia cardiaca (IC) entre hombres y mujeres, con una mayor carga sintomática en las mujeres y una mayor mortalidad en los varones. Nuestro objetivo es analizar si estas diferencias también se dan en los casos de IC incidente o *de novo*, con fracción de eyección reducida (ICFER).

**Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de un registro de pacientes consecutivos ingresados por ICFER *de novo* (FEVI  $\leq 40\%$ ) entre marzo del 2021 y octubre 2023 en 2 hospitales universitarios españoles. Se incluyeron 370 pacientes con un seguimiento medio de 15 meses [7,22]. Se establecieron dos grupos diferenciados según el sexo (mujeres vs hombres). Las variables categóricas se presentan como frecuencias absolutas y porcentajes, y se compararon usando el test chi-cuadrado. Las variables continuas se expresan como medias  $\pm$  desviación estándar, y se compararon usando la t de Student o el test de Mann-Whitney. Para evaluar la mortalidad global, eventos de insuficiencia cardiaca (ingresos por IC y visitas a urgencias) y el combinado de mortalidad y eventos de IC, se utilizó el método de Kaplan-Meier. El análisis se llevó a cabo con el paquete estadístico SSPP Statistics (versión 29.0).

**Resultados:** La cohorte incluyó a 370 pacientes: 27% mujeres y 73% hombres (tabla). Se observaron diferencias significativas entre los sexos en la edad ( $p = 0,026$ ), en el tabaquismo ( $p = 0,005$ ) y en el consumo de alcohol ( $p = 0,001$ ), con una menor prevalencia en mujeres. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica/apnea obstructiva del sueño fue también menos frecuente en las mujeres ( $p = 0,008$ ). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a los factores de riesgo clásicos como hipertensión, diabetes o dislipidemia, ni en el resto de comorbilidades. Tampoco se observaron diferencias en la etiología de la insuficiencia cardiaca, ni en los tratamientos prescritos. En cuanto al análisis de supervivencia, las curvas de Kaplan-Meier no revelaron diferencias significativas en la mortalidad ni en la incidencia de eventos de insuficiencia cardiaca durante el seguimiento.

Características basales de pacientes con IC y FEVI reducida *de novo* estratificados según sexo

	<b>Global (n = 370, 100%)</b>	<b>Mujeres (n = 100, 27%)</b>	<b>Hombres (n = 270, 73%)</b>	<b>p</b>
<b>Edad (años)</b>	69 ± 14	71 ± 13	68 ± 14	<b>0,026</b>
<b>Tabaquismo</b>	123 (33,2%)	22 (22,0%)	101 (37,4%)	<b>0,005</b>
<b>Alcohol</b>	96 (25,9%)	14 (14,0%)	82 (30,4%)	<b>0,001</b>
<b>Hipertensión</b>	242 (65,4%)	66 (66,0%)	176 (65,2%)	0,884
<b>Diabetes mellitus</b>	129 (34,9%)	37 (37,0%)	92 (34,1%)	0,600
<b>Dislipemia</b>	194 (52,4%)	55 (55,0%)	139 (51,5%)	0,547
<b>EPOC/SAOS</b>	51 (13,8%)	6 (6,0%)	45 (16,7%)	<b>0,008</b>
<b>Etiología isquémica</b>	109 (29,5%)	26 (26,0%)	83 (30,7%)	0,374
<b>Etiología hipertensiva</b>	21 (5,7%)	2 (2,0%)	19 (7,0%)	0,063
<b>Etiología (taquimiocardiopatía)</b>	82 (22,2%)	23 (23,0%)	59 (21,9%)	0,813
<b>FEVI ingreso (%)</b>	26,8 ± 6,8	29,7 ± 6,9	28,5 ± 6,8	0,129
<b>Creatinina ingreso (mg/dL)</b>	1,32 ± 0,76	1,18 ± 0,88	1,37 ± 0,7	<b>0,039</b>
<b>NT-proBNP al alta (pg/ml)</b>	4.618 ± 7.851	5.333 ± 7.820	4.352 ± 7.860	0,297
<b>Cuaterterapia al alta</b>	215 (58,3%)	54 (54,5%)	161 (59,6%)	0,380
<b>NT-proBNP tras titulación (pg/ml)</b>	2.139 ± 6.787	1.975 ± 4.395	2.199 ± 7.480	0,818
<b>TFGe tras titulación (ml/min)</b>	66 ± 24	62 ± 26	67 ± 25	0,114
<b>FEVI tras titulación (%)</b>	44,9 ± 11,4	43,8 ± 11,3	45,2 ± 11,4	0,423
<b>Cuaterterapia tras titulación</b>	225 (64,7%)	59 (66,3%)	166 (64,1%)	0,708

IC: insuficiencia cardiaca; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IMC: índice de masa corporal; FA: fibrilación auricular; ECG: electrocardiograma; LAB: laboratorio; DTDVI: diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo; IM: insuficiencia mitral; IT: insuficiencia tricúspide; PSAP: presión sistólica arterial pulmonar; TAPSE: excursión sistólica del anillo tricuspídeo; QRS: complejo QRS en el electrocardiograma; BRIHH: bloqueo de rama izquierda del haz de His; NYHA: New York Heart Association; NT-proBNP: péptido natriurético tipo B pro-N-terminal; TFGe: tasa de filtrado glomerular estimada.



*Curvas de Kaplan-Meier de mortalidad total, eventos de IC y combinado de mortalidad y eventos de IC según el sexo.*

**Conclusiones:** En la IC incidente con FEVI reducida, el sexo no se asocia a diferencias significativas en la etiología ni en el tratamiento. La mortalidad y los episodios de descompensación por IC que motivan ingreso o asistencia a urgencias son también similares entre ambos sexos.