



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

IC-001 - DIFERENCIAS CLÍNICAS Y PRONOSTICAS SEGÚN EL SEXO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA DE NOVO DEL REGISTRO NACIONAL DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

J. Huerta¹, J. Franco¹, F. Formiga², P. Llàcer³, R. Quirós López⁴, Á. González Franco⁵, G. Ormaechea⁶, M. Montero-Pérez-Barquero⁷ y Grupo RICA

L. Manzano, J. Arévalo-Lorido, J. Cerqueiro, M. Carrera Izquierdo, J. Pérez Silvestre, I. Suárez Pedreira, A. Serrado Iglesias, D. García Escrivá y J. Cepeda en representación del Grupo de Trabajo Investigadores Registro RICA

¹Medicina Interna. USP Institut Universitari Dexeus. Barcelona. ²Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). ³Medicina Interna. Hospital de Manises. Manises (Valencia). ⁴Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga). ⁵Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). ⁶Medicina Interna y Cardiología. Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Montevideo. Uruguay. ⁷Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen

Objetivos: Nuestro objetivo fue describir las diferencias clínicas y en el pronóstico según el sexo en una cohorte de pacientes con ICA de novo incluidos en el registro nacional de insuficiencia cardíaca (RICA).

Material y métodos: Estudio observacional y prospectivo que evaluó a 1105 pacientes con ICA de novo incluidos en el RICA. Se dividieron en 2 grupos según el sexo (hombres frente a mujeres). Se analizaron las características sociodemográficas, clínicas, fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) y tratamiento al alta. Así mismo se realizó seguimiento durante un año para describir los reingresos y mortalidad.

Resultados: Del total de la cohorte la edad media fue de 78,8 años y el 52% fueron mujeres. Con respecto a las características basales, el grupo de mujeres presentó mayor edad (80,1 vs 77,3 años; p 0,001), IMC (29,8 vs 28,5; p 0,001), DM (51% vs 47%; p = 0,228), FA (53% vs 51%; p = 0,399), etiología hipertensiva (51% vs 33%; p 0,001), FEVI preservada (75% vs 54%; p 0,001) y peor índice de Barthel (84,1 vs 90,7; p 0,001). En el grupo de hombres fue mayor el hábito de tabaco (71% vs 4,7%; p 0,001), EPOC (30% vs 10%; p 0,001) e índice de Charlson (2,7 vs 2,1; p 0,001). La etiología de IC fue la isquémica (32% vs 17%; p 0,001), con NYHA III-IV al momento de su ingreso (26% vs 24%; p = 0,406). En el grupo de hombres el mayor porcentaje de FEVI reducida (27% vs 15%; p 0,001) e intermedia (19% vs 10%; p 0,001). Al alta predominó en el grupo de hombres la prescripción de aldosterónicos (27% vs 18%; p 0,001) y antiagregantes (38% vs 30%; p 0,001). La mortalidad total fue de 168 (15%), siendo esta mayor en el grupo de los hombres (18% vs 13%; p 0,036).

Discusión: El cambio demográfico de las últimas décadas nos lleva a encontrar pacientes cada vez más ancianos y con alta comorbilidad, que debutan con IC a edades avanzadas. En nuestra cohorte de pacientes, se identificó el fenotipo moderno de la IC con FEVI preservada: sexo femenino, obesidad, mayor prevalencia de DM, FA, de etiología hipertensiva. Diferente al patrón de la FEVI reducida donde predominó el sexo masculino, el tabaquismo, una mayor comorbilidad global y la etiología isquémica. A pesar de los avances terapéuticos, la mortalidad al año continúa siendo elevada (15%), el grupo de hombres presentó mayor

mortalidad, posiblemente por el fenotipo etiológico y comorbilidades que predominan en este grupo.

Conclusiones: En la amplia cohorte de ICA de novo del RICA el 52% fueron mujeres. El fenotipo clínico entre los dos sexos es diferente, en comorbilidad, etiología, clínica y pronóstico. La mortalidad total al año de seguimiento es alta (15%), siendo mayor en el grupo de hombres frente al de mujeres.