



## 1400 - INSUFICIENCIA CARDÍACA Y GÉNERO, ¿LAS COMORBILIDADES DIFIEREN? DATOS DEL REGISTRO RICA

**Sonia González Sosa**<sup>1</sup>, Alicia Conde Martel<sup>1</sup>, Pau Llacer Iborra<sup>2</sup>, José Carlos Arévalo Lorido<sup>3</sup>, José Pérez Silvestre<sup>4</sup>, José Manuel Cerqueiro González<sup>5</sup>, Joan Carles Trullàs Vila<sup>6</sup>, Iván Suárez Pedreira<sup>7</sup>, Luis Manzano Espinosa<sup>2</sup> y José María Cepeda Rodrigo<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Servicio Medicina Interna. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

<sup>2</sup>Servicio Medicina Interna. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. <sup>3</sup>Servicio Medicina Interna. Hospital de Zafra, Badajoz. <sup>4</sup>Servicio Medicina Interna. Hospital de Manises, Manises. <sup>5</sup>Servicio Medicina Interna. Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo. <sup>6</sup>Servicio Medicina Interna. Hospital de Olot i comarcal de la Garrotxa, Olot, Girona. <sup>7</sup>Servicio Medicina Interna. Hospital Valle de Nalón, Lagreo. <sup>8</sup>Servicio Medicina Interna. Hospital Vega Baja, Orihuela.

### Resumen

**Objetivos:** Analizar las diferencias en la prevalencia de distintas comorbilidades y tipo de cardiopatía entre varones y mujeres con insuficiencia cardíaca (IC).

**Métodos:** Se seleccionaron los pacientes incluidos en el Registro nacional de Insuficiencia Cardíaca (RICA), estudio multicéntrico observacional prospectivo de pacientes hospitalizados con IC. Se recogieron las características demográficas, comorbilidades incluidas en el índice de Charlson y otras como fibrilación auricular, hipertensión y dislipemia, situación funcional (índice de Barthel) y cognitiva (escala Pfeiffer), etiología de la cardiopatía, grado funcional de la NYHA, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) evaluada mediante ecocardiografía, tratamiento, evolución intrahospitalaria y seguimiento al alta durante un año. Se dividió la muestra en función del sexo y se evaluaron las diferencias.

**Resultados:** De 4.484 pacientes incluidos, con una edad media de 79 años ( $\pm 8,6$ ), 2.402 (53,6%) eran mujeres y 2.082 (46,4%) varones. Las mujeres eran significativamente mayores (80,3 vs. 77,4 años;  $p < 0,001$ ), tenían mayor prevalencia de hipertensión (89,6 vs. 82,2%;  $p < 0,001$ ), obesidad (42 vs. 32,2%;  $p < 0,001$ ), fibrilación auricular (59 vs. 53,3%;  $p < 0,001$ ) y demencia (6,4 vs. 4,4%;  $p = 0,005$ ). Sin embargo, presentaron con menos frecuencia que los varones cardiopatía isquémica (18,2 vs. 29,9%;  $p < 0,001$ ), enfermedad arterial periférica (10,4 vs. 17,8%;  $p < 0,001$ ), EPOC (12,7 vs. 36,6%) y anemia (53,3 vs. 59,7%;  $p < 0,001$ ). Los varones presentaron más comorbilidad según el índice de Charlson ( $p < 0,001$ ) pero tenían una mejor situación funcional ( $p < 0,001$ ), mejor situación cognitiva ( $p < 0,001$ ) y mejor grado funcional de la NYHA ( $p = 0,01$ ). En las mujeres predominó la etiología hipertensiva (46 vs. 30%,  $p < 0,001$ ) y valvular (21,4 vs. 13%;  $p < 0,001$ ), mientras que los varones presentaron con más frecuencia etiología isquémica (35,4 vs. 18,9%;  $p < 0,001$ ). En las mujeres predominó la IC con FEVI preservada (66,5 vs. 44,5%;  $p < 0,001$ ). Como tratamiento al alta, los varones recibieron con mayor frecuencia IECA ( $p < 0,001$ ), antialdosterónicos ( $p < 0,001$ ), estatinas ( $p = 0,003$ ) y antiagregantes ( $p < 0,001$ ) y las mujeres

recibieron con mayor frecuencia ARA2 ( $p < 0,001$ ) y digoxina ( $p < 0,001$ ). Al considerar los pacientes con FEVI reducida no se observaron diferencias en el uso de IECA o antialdosterónicos. La estancia hospitalaria fue mayor en hombres (9,1 vs. 9,8 días;  $p = 0,017$ ) así como la mortalidad al año (18,4 vs. 22,5%;  $p = 0,001$ ) pero el reingreso a causa de IC fue mayor en mujeres (23,7 vs. 21,2%;  $p = 0,045$ ).

*Discusión:* Las mujeres con IC presentan diferencias respecto a los varones en cuanto a su etiología, fisiopatología, perfil de comorbilidades, situación funcional y mental. En las mujeres predomina la etiología hipertensiva y valvular, a diferencia de la cardiopatía isquémica que predomina en varones. Probablemente el distinto perfil de comorbilidades, en ambos sexos influya en el tipo de IC. En las mujeres, la mayor frecuencia de HTA y obesidad favorece el desarrollo de IC con FEVI preservada. Los varones presentan mayor comorbilidad global, predominando la etiología isquémica y FEVI reducida, presentándose a menor edad.

*Conclusiones:* Las mujeres con IC presentan mayor edad, peor situación funcional y cognitiva, predominando la IC con FEVI preservada. Respecto a los varones presentan diferente perfil de comorbilidad, con mayor frecuencia de hipertensión, obesidad y fibrilación auricular.