



## IC-037 - ¿SON LAS MUJERES DE VENUS Y LOS HOMBRES DE MARTE? DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL SEXO EN IC. REGISTRO CANARIO DE IC (RECANIC)

E. Sáez Martínez<sup>1</sup>, J. García Vallejo<sup>1</sup>, I. Marrero Medina<sup>1</sup>, M. Dávila Ramos<sup>2</sup>, A. Pérez Ramírez<sup>3</sup>, J. Pérez Marín<sup>4</sup>, M. Groba<sup>5</sup> y A. Conde Martel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>5</sup>Cardiología. Hospital Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas). <sup>2</sup>Medicina Interna. Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife (Tenerife). <sup>3</sup>Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. San Cristóbal de la Laguna (Santa Cruz de Tenerife). <sup>4</sup>Medicina Interna. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas).

### Resumen

**Objetivos:** Analizar las características clínicas diferenciales en función del sexo, de los pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca (IC) valorando etiología, comorbilidad, tratamiento, estancia hospitalaria y mortalidad.

**Material y métodos:** Estudio observacional, multicéntrico y prospectivo, con reclutamiento consecutivo de pacientes ingresados en los Servicios de Medicina Interna y Cardiología de los principales hospitales de Canarias con diagnóstico de IC, desde 01/2016 a 01/2017 (Registro Canario de IC-RECANIC). Se recogieron variables demográficas, analíticas, I. de Barthel, factores desencadenantes, tratamiento, fracción de eyección (FEVI), estancia media y mortalidad hospitalaria. Para evaluar la relación entre variables cualitativas se utilizó el test de chi-cuadrado o el test exacto de Fisher y para la relación entre variables cualitativas y cuantitativas el test t-Student o el test U de Mann Whitney.

**Resultados:** Se incluyeron 2.115 pacientes, 1.085 varones (51,3%) y 1.030 mujeres (48,7%), con una edad media de 75,7 ( $\pm$  12) años, siendo mayores las mujeres (78,9 años vs 72,5 años,  $p < 0,001$ ). Las mujeres presentaron más frecuencia de HTA (87,6% vs 79,4%;  $p < 0,001$ ), deterioro cognitivo y/o demencia (18,9% vs 9,6%,  $p < 0,001$ ), deterioro funcional (22,3% vs 8,2%;  $p < 0,001$ ) y menor frecuencia de Enfermedad arterial periférica (7,7% vs 13,5%,  $p < 0,001$ ), EPOC (26,1% vs 34,5%,  $p < 0,001$ ), neoplasia (10,2% vs 18,3%,  $p < 0,001$ ). No hubo diferencias en diabetes, dislipemia, enfermedad cerebrovascular o FA. Predominó la IC con FE preservada en la mujeres (54,1% vs 33,1%,  $p < 0,001$ ) y la enfermedad valvular (32,9% vs 27,6%,  $p < 0,001$ ) siendo menos frecuente la miocardiopatía (9% vs 16,7%,  $p < 0,001$ ) y cardiopatía isquémica (24,1% vs 34,8%,  $p < 0,001$ ). Los varones recibieron con mayor frecuencia IECAS (33,1% vs 24,4%,  $p < 0,001$ ), estatinas (65,2% vs 56,7%,  $p < 0,001$ ), antiagregantes (51,4 vs 41,3%,  $p < 0,001$ ) y sacubitrilo-valsartán (6% vs 1,8%,  $p < 0,001$ ): no hubo diferencias considerando el grupo con FEVI disminuida. Las mujeres recibieron más ARAII (27,3% vs 19,3%,  $p < 0,001$ ). No difirió el uso de betabloqueantes. La estancia hospitalaria y la mortalidad no difirieron en función del sexo.

*Discusión:* Se observan características diferenciales en IC: edad más avanzada en las mujeres que puede explicar la mayor prevalencia de demencia y deterioro funcional; mayor frecuencia de IC con FEVI preservada, en relación a mayor prevalencia de cardiopatía hipertensiva y valvular. Los varones son más jóvenes, predomina la IC con FEVI reducida, relacionada con la elevada frecuencia de cardiopatía isquémica, EPOC y arteriopatía periférica. Aunque existen diferencias en el tratamiento prescrito, probablemente se justifique por las diferentes comorbilidades. Ni la estancia hospitalaria ni la mortalidad difirió en función del sexo.

*Conclusiones:* Las mujeres con IC tienen una edad más avanzada con predominio de la IC con FEVI preservada y más frecuencia de HTA y valvulopatía, deterioro cognitivo y funcional. La mortalidad hospitalaria no difiere en función del sexo. Aunque hay diferencias en el tratamiento prescrito se justifica por el diferente perfil de comorbilidades