



<https://www.revclinesp.es>

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 Martínez¹, J. García Vallejo¹, I. Marrero Medina¹, M. Dávila Ramos², A. Pérez Ramírez³, J. Pérez Marín⁴, M. Groba⁵ y A. Conde Martel¹

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