

## Insuficiencia cardiaca en la mujer. Diferencias de sexo en España

Manuel F. Jiménez-Navarro<sup>a</sup> y Manuel Anguita-Sánchez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga. España.

<sup>b</sup>Hospital Reina Sofía. Córdoba. España.

Las características específicas de la insuficiencia cardiaca en la mujer han sido poco estudiadas. La proporción de mujeres incluidas en los grandes ensayos clínicos sobre insuficiencia cardiaca es inferior al 20%, mientras que casi la mitad de los ingresos hospitalarios por este problema son de mujeres. Por ello, es importante conocer cuál es la realidad de la insuficiencia cardiaca en mujeres en nuestro entorno. El objetivo de este trabajo es evaluar las posibles diferencias por sexo en la prevalencia, las características clínicas, las medidas diagnósticas, el tratamiento y el pronóstico a corto y largo plazo de la insuficiencia cardiaca en España. Para ello, hemos analizado los estudios y registros de la Sección de Insuficiencia Cardiaca, Trasplante Cardiaco y otras alternativas terapéuticas de la Sociedad Española de Cardiología realizados en los últimos 10 años en nuestro país (estudios PRICE, BADAPIC, RAIC y ATIICA). Las prevalencias de insuficiencia cardiaca en mujeres y varones fueron similares (el 7 y el 6,5%, respectivamente). Entre los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca (estudio RAIC), las mujeres tienen mayor edad, más antecedentes de hipertensión arterial y diabetes y menos de cardiopatía isquémica, y mayor proporción de casos con función sistólica conservada. Se realizan en ellas menos cateterismos cardiacos que en los varones y se utilizan con menor frecuencia fármacos como los bloqueadores beta. La mortalidad durante el ingreso y a los 3 meses del alta fue similar en mujeres y varones. En pacientes seguidos ambulatoriamente (estudio BADAPIC), las características demográficas, clínicas y fisiopatológicas son similares a las encontradas en el estudio RAIC; las mujeres con insuficiencia cardiaca recibieron bloqueadores beta, inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina y antagonistas del receptor de la angiotensina II en menor proporción que los varones y a dosis más bajas. La supervivencia a largo plazo fue similar en mujeres y varones, aunque las mujeres tuvieron una mayor incidencia de ingresos por descompensación de la insuficiencia cardiaca. En el estudio ATIICA, el sexo femenino fue predictor independiente de un menor uso de inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina, pero no de bloqueadores beta.

Correspondencia: Dr. M. Jiménez-Navarro.  
Agencia de Investigación y Sección de Insuficiencia Cardiaca, Trasplante Cardiaco y otras alternativas terapéuticas. Sociedad Española de Cardiología.  
Nuestra Señora de Guadalupe, 5-7. 28028 Madrid. España.  
Correo electrónico: jimeneznavarro@secardiologia.es

**Palabras clave:** *Insuficiencia cardiaca. Diferencias de sexo. Prevalencia. Pronóstico.*

### Heart Failure in Women: Sex Differences in Spain

Few studies have been carried out on the specific characteristics of heart failure in women. The proportion of women included in major clinical trials on heart failure is under 20%, while women account for almost half of all hospital admissions for heart failure. Consequently, increased understanding of the actual status of heart failure in women is needed. The aim of this study was to investigate possible sex differences in the prevalence, clinical characteristics, diagnostic assessment, treatment and short- and long-term prognosis of heart failure in Spain. We analyzed data from clinical and observational studies organized by the Section of Heart Failure, Heart Transplantation and Associated Therapies of the Spanish Society of Cardiology during the last 10 years in Spain (i.e., the PRICE, BADAPIC, RAIC and ATIICA studies). The prevalence of heart failure was similar in men and women (6.5% and 7%, respectively). Among patients admitted with acute heart failure (RAIC study), women were older than men, were more likely to have a history of hypertension or diabetes mellitus, were less likely to have a history of coronary heart disease, and were more likely to have heart failure with preserved systolic function. Cardiac catheterization was performed in a smaller proportion of women and they received beta-blockers less frequently. In-hospital mortality and mortality 3 months after discharge were similar in men and women. The demographic, pathophysiological and clinical characteristics found in outpatients with chronic heart failure (BADAPIC study) were similar to those observed in the RAIC study: a smaller proportion of women than men received beta-blockers, angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors and angiotensin-II receptor antagonists, and lower doses were given. Long-term survival was similar in men and women, though women were more frequently admitted for decompensated heart failure. In the ATIICA study, female sex was found to be an independent predictor of low ACE-inhibitor, but not beta-blocker, use.

**Key words:** *Heart failure. Sex differences. Prevalence. Prognosis.*

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de mortalidad en los países desarrollados, fundamentalmente por enfermedad isquémica del corazón y enfermedad cerebrovascular. La insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) se presenta como la tercera causa de muerte por enfermedad cardiovascular en España, además de ser una importante causa de morbilidad e ingreso hospitalario<sup>1-3</sup>. El número de mujeres que mueren por enfermedad cardiovascular es prácticamente el doble que el de varones. Las tasas de mortalidad por insuficiencia cardiaca se incrementan con la edad en ambos sexos, con cifras muy bajas antes de los 60 años. Sin embargo, en cifras absolutas las defunciones por ICC son el doble en mujeres que en varones debido a la diferente distribución etaria de las poblaciones de uno y otro sexo, pues la femenina es una población de mayor edad. La ICC produce un 4-8% de la mortalidad por todas las causas y del 12 al 20% de la mortalidad cardiovascular en ambos sexos.

Con el aumento de la esperanza de vida de nuestra población y la mejora terapéutica de la cardiopatía isquémica y la hipertensión arterial, la ICC es una afección de especial relevancia por su creciente prevalencia en nuestro medio. A pesar de los logros conseguidos en el tratamiento de la ICC y el mejor conocimiento de la fisiopatología, observamos unos resultados modestos en la reducción de la mortalidad. Ciertos problemas de salud aparecen como únicos en la mujer, otros son más frecuentes e incluso de forma desproporcionada, como ocurre con el cáncer de mama, la artritis reumatoide o la osteoporosis. A pesar de todo, no debemos olvidar que las enfermedades cardiovasculares continúan siendo la primera causa de muerte en la mujer. No obstante, las características propias de esta enfermedad en la mujer han sido menos estudiadas que en los varones; así, por ejemplo, es conocido que en los grandes ensayos clínicos de ICC la población de mujeres estudiada representa aproximadamente a un 20% del total de la población, mientras que un 50% de los ingresos hospitalarios por ICC son mujeres en una población no seleccionada.

Hay datos contradictorios sobre la evolución de la incidencia de ICC en nuestro entorno las últimas décadas, derivados fundamentalmente de estudios epidemiológicos en Estados Unidos. Así, en el estudio de Framingham<sup>4</sup>, la incidencia de insuficiencia cardiaca en la mujer ha disminuido prácticamente un tercio desde 1950 a 1990 y ha permanecido igual en varones durante el mismo período. Este descenso se atribuye a la mejora del diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión arterial como causa principal de ICC en mujeres y a la disminución de la incidencia de enfermedad reumática. En la cohorte de Framingham, la mortalidad por ICC disminuyó tanto en mujeres como en varones; no obstante, la tasa de muerte a los 5 años es del 50%,

a pesar de los grandes avances conseguidos en la terapéutica de la ICC. Sin embargo, los datos del estudio de Rochester<sup>5</sup> no muestran una disminución de la incidencia de ICC en mujeres, con una discreta mejora de la supervivencia, que es menor en las mujeres que en los varones. En un entorno más cercano, en la década de los noventa la mortalidad tras un ingreso hospitalario por ICC en Escocia parece disminuir tanto en varones como en mujeres<sup>6</sup>. Sin embargo, las hospitalizaciones por ICC en Estados Unidos siguen creciendo, especialmente en personas de edad y mujeres<sup>7</sup>.

## OBJETIVOS

En este informe pretendemos revisar la evidencia disponible de las diferencias de sexo en el diagnóstico y el tratamiento de la ICC en nuestro país, con los objetivos de:

- Estudiar la prevalencia de insuficiencia cardiaca en varones y mujeres en España.
- Determinar las características clínicas, etiológicas y pronósticas por sexo de la insuficiencia cardiaca en España, en distintas poblaciones (pacientes ambulatorios, pacientes ingresados por descompensación de la ICC).
- Evaluar si la calidad de la asistencia a los pacientes con insuficiencia cardiaca (valorada mediante la realización de las pruebas diagnósticas adecuadas, tratamiento farmacológico y no farmacológico, etc.) en España difiere en relación con el sexo.

Para ello, analizamos un estudio de prevalencia (PRICE), un registro hospitalario (RAIC), un registro ambulatorio (BADAPIC) y el estudio ATIICA.

## ESTUDIO DE PREVALENCIA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN ESPAÑA (ESTUDIO PRICE)

En España sólo disponíamos de un estudio de prevalencia de ICC en referencia a la población de Asturias<sup>8</sup>, que no evaluaba específicamente las diferencias entre varones y mujeres. Recientemente se ha realizado un estudio de prevalencia en todo el territorio nacional en mayores de 45 años, llevado a cabo en diferentes centros de salud y hospitales correspondientes, y que todavía no se ha publicado (M. Anguita, comunicación personal). Tras realizarse una selección aleatoria estratificada por edad y sexo entre la población asignada a cada cupo del centro de salud, el médico de atención primaria diagnosticaba de ICC a la persona seleccionada por medio de los criterios de Framingham<sup>9</sup>, los cuales requieren para el diagnóstico de insuficiencia cardiaca la presencia de dos criterios mayores (disnea paroxística nocturna, ortopnea, ingurgitación yugular, crepitanes, tercer tono en la auscul-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3019727>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3019727>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)