



## EV-024 - TAN IGUAL Y TAN DIFERENTES: DIFERENCIAS DE GÉNERO EN FIBRILACIÓN AURICULAR

I. Pulido González<sup>1</sup>, I. Ramos Gómez<sup>1</sup>, H. Rosario Mendoza<sup>1</sup>, A. Merlán Hermida<sup>1</sup>, A. Martín Armas<sup>1</sup>, E. Bordón Sardiña<sup>2</sup> y A. Conde Martel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas). <sup>2</sup>Estudiante. ULPGC. Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas).

### Resumen

**Objetivos:** Analizar las características diferenciales en pacientes con FA en función del género.

**Material y métodos:** Estudio longitudinal observacional en el que se incluyeron los pacientes que ingresaron en el servicio de Medicina Interna con el diagnóstico de FANV del 01/01/2014 hasta el 31/12/2016. Se realizó seguimiento hasta marzo de 2018. Se analizaron las diferencias en función del sexo en cuanto a comorbilidad, riesgo tromboembólico y hemorrágico, tratamiento, mortalidad durante el ingreso y al final del seguimiento. Para analizar la relación entre variables cualitativas se utilizaron los test de chi cuadrado o el test exacto de Fischer y, para variables cuantitativas, el t-Student o U de Mann-Whitney. La normalidad se evaluó mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. Para evaluar si las diferencias de género influyen en la mortalidad, se realizó un análisis de regresión logística incluyendo las variables con asociación significativa en el análisis univariante.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 1.021 pacientes con una edad media de  $80,5 \pm 8,3$  años, siendo 534 (52,3%) varones y 487 (47,7%) mujeres. Las mujeres tenían una edad media de  $81,8 \pm 8,2$  y tenían como antecedentes: HTA (92,2%), IC (69,5%, un 85% con FEVI preservada), DM2 (53,0%), FA debut (13,8%), cardiopatía isquémica (21,6%), ACV previo (15,6%), deterioro cognitivo (25,8%), índice de Barthel (IB) ( $68,39 \pm 21,2$ ) y ERC (38,8%). La estancia media fue de  $15,21 \pm 12,79$  días, el número de reingresos fue del 20,9%, el 16% de las mujeres fallecieron durante el ingreso y el 57,4% fallecieron durante el seguimiento. Por otro lado el CHA2DS2Vasc de media fue de  $5,29 \pm 1,4$ , el HAS-BLED fue de  $2,41 \pm 1,1$ . En cuanto al tratamiento en el momento del ingreso el 43,1% están anticoaguladas con AVK y el 10,1% con ACODs. Al alta, el 40,4% recibe AVK y el 12,8% ACODs.

**Discusión:** Las mujeres tenían una edad media superior ( $81,8 \pm 8,2$  vs  $79,2 \pm 8,2$  años;  $p < 0,001$ ), peor IB ( $p < 0,001$ ) mayor prevalencia de hipertensión arterial (HTA) (92,2 vs 88,4%;  $p = 0,041$ ), deterioro cognitivo (25,8 vs 12,1%;  $p < 0,001$ ) y un predominio de IC con FEVIp, (85 vs 70%;  $p < 0,001$ ). Menor prevalencia de cardiopatía isquémica (21,6 vs 38,5%;  $p < 0,001$ ). No se observaron diferencias significativas en la prescripción de tratamiento anticoagulante. Aunque en el análisis univariante no se observaron diferencias significativas en función del sexo; dado que las mujeres tenían más edad y peor IB se ajustó por dichas variables mediante un análisis de regresión logística, observándose que el sexo femenino se asociaba de forma significativa a menor mortalidad ( $p =$

0,001). La mortalidad se relacionó con la edad ( $p < 0,001$ ), la IC ( $p = 0,002$ ), la FA previa ( $p = 0,015$ ), el deterioro cognitivo ( $p = 0,001$ ), el peor IB ( $p < 0,001$ ), mayor valor de proBNP ( $p < 0,001$ ), y de vitamina B12 ( $p < 0,001$ ), mayor puntuación en la escala CHA2DS2Vasc ( $p = 0,013$ ), la ERC ( $p = 0,001$ ), menor filtrado glomerular ( $p < 0,001$ ), neoplasia activa ( $p < 0,001$ ) menor valor de hemoglobina ( $p < 0,001$ ), mayor valor de INR en urgencias ( $p = 0,027$ ), de troponina ( $p = 0,001$ ), de ferritina ( $p = 0,002$ ); de PCR ( $p = 0,006$ ) y de VSG ( $p = 0,009$ ). Se asoció con menor mortalidad la utilización de tratamiento anticoagulante al alta ( $p < 0,001$ ), tanto con AVK ( $p = 0,009$ ) como con ACODS ( $p = 0,001$ ). En el análisis multivariante se observó que se mantuvo la asociación entre mayor mortalidad y edad, sexo masculino, peor IB, mayor PCR, ausencia de anticoagulación al alta, y diagnóstico de IC.

*Conclusiones:* Las mujeres con FANV respecto a los varones tienen mayor edad, peor IB, mayor prevalencia de HTA y deterioro cognitivo, pero una menor mortalidad ajustada por edad e IB. Reciben tratamiento anticoagulante con frecuencia similar que los varones. Existe una asociación clara entre mayor mortalidad y edad, sexo masculino, peor IB, mayor PCR, no anticoagulación al alta, y diagnóstico de IC.