



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

I. Pulido González¹, I. Ramos Gómez¹, H. Rosario Mendoza¹, A. Merlán Hermida¹, A. Martín Armas¹, E. Bordón Sardiña² y A. Conde Martel¹

¹Medicina Interna. Hospital Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas). ²Estudiante. 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.