



6009-152. DIFERENCIA CLÍNICAS, ASISTENCIALES Y PRONÓSTICAS EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR SEGÚN SEXO

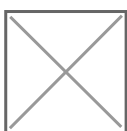
Juan Pablo Cárdenas Tealdo¹, Aurelio Quesada Dorador¹, Víctor del Moral Ronda², Javier Jiménez Bello¹, Bruno Bochar-Villanueva¹, Víctor Palanca Gil¹, Joan Vañó Bodí¹, Sergio Sánchez Álvarez¹, Carmen Fernández Díaz¹ y Verónica Vidal Urrutia¹, del ¹Consortio Hospital General Universitario, Valencia y ²Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: El pronóstico y la clínica de la fibrilación auricular (FA) muestran diferencias según el sexo del paciente, influido por el mayor riesgo protrombótico observado en el sexo femenino y por otros factores biológicos desconocidos. También existen diferencias en la atención médica recibida, no siempre justificadas por las diferencias clínicas y pronósticas. Partiendo de estas premisas este trabajo tiene como objetivo principal estudiar las diferencias en supervivencia en pacientes con FA, según el sexo. Como objetivos secundarios son determinar diferencias según sexo en actitud y estrategia terapéutica, en intentos y eficacia de cardioversión eléctrica, y en complicaciones a largo plazo.

Métodos: Se realizó un seguimiento mínimo de un año a un total de 2.013 pacientes atendidos por FA en Urgencias del CHGUV durante el periodo 2010-2015, recogiendo los datos de su atención, incluyendo mortalidad y eventos adversos. Se dividió la muestra en 2 grupos (800 varones y 1.213 mujeres).

Resultados: La muestra estuvo compuesta por un 60,26% de mujeres y un 39,74% de varones. Se demostró que en las mujeres es menos probable el ser valorado por cardiología (11,5% frente a 16,6%, $p = 0,001$) o ingresado por ese servicio (5,9% frente a 9,5%, $p = 0,05$) durante el episodio en urgencias. Fue más frecuente el tratamiento con CVE en varones, tanto en el episodio índice (3,4% frente a 1,2%, $p = 0,001$) como en el seguimiento (15,9% frente a 10,6% $p = 0,001$). Durante el seguimiento, las pacientes de sexo femenino mostraron mayor frecuencia de ingresos por ICC (26,2% comparado con 16,1%, $p = 0,001$) (figura). El análisis multivariante y el análisis de supervivencia (prueba de Kaplan-Meier) no mostró diferencias en la mortalidad según el sexo (tabla).



Kaplan-Meier, análisis de supervivencia para ingresos por ICC.

Análisis multivariante de mortalidad

B	SE	Wald	gl.	Sig.	Exp(B)	IC Inf.	IC Sup.
---	----	------	-----	------	--------	---------	---------

Edad > 75	1,545	0,100	239,132	1	0,000	4,689	3,855	5,703
Sexo	-0,112	0,078	2,032	1	0,154	0,894	0,767	1,043
Antecedente								
HTA	-0,121	0,091	1,779	1	0,182	0,886	0,741	1,059
DM	0,201	0,073	7,503	1	0,006	1,223	1,059	1,412
ERC	0,406	0,094	18,453	1	0,000	1,501	1,247	1,806
EPOC	0,528	0,108	23,973	1	0,000	1,695	1,372	2,093
Arteriopatía	0,018	0,146	0,015	1	0,904	1,018	0,764	1,356
IAM	0,405	0,120	11,493	1	0,001	1,500	1,186	1,895
ACV	0,438	0,099	19,478	1	0,000	1,550	1,276	1,882
ICC	0,394	0,083	22,626	1	0,000	1,483	1,261	1,744
MCD	0,383	0,165	5,378	1	0,020	1,467	1,061	2,028

HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus; ERC: enfermedad renal crónica; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IAM: infarto agudo de miocardio; ACV: accidente cerebrovascular; MCD: miocardiopatía dilatada.

Conclusiones: No existen diferencias en la mortalidad según el sexo del paciente. Por el otro lado, existe una mayor repercusión clínica de la FA en el sexo femenino, observándose un mayor riesgo de ingresar por ICC. Además existen diferencias asistenciales según el sexo, siendo menos probable en las mujeres que se solicite la interconsulta con cardiología o ser ingresado a cargo de este servicio. Además se intenta la cardioversión eléctrica con menor frecuencia en mujeres, tanto en el episodio de urgencias como durante el seguimiento.