



6011-8. DIFERENCIAS EN RELACIÓN AL SEXO EN EL MANEJO AMBULATORIO DE UN PRIMER EPISODIO DE FIBRILACIÓN AURICULAR

Manuel José Fernández Anguita¹, Virgilio Martínez Mateo¹, Regina Ibáñez Leal¹, Marina Méndez Molina¹, Laura Cejudo Díaz del Campo¹ y Antonio Jesús Paule Sánchez¹

Complejo Hospitalario La Mancha Centro, Alcázar de San Juan, Ciudad Real.

Resumen

Introducción y objetivos: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más común en los países occidentales, y se asocia a una alta morbilidad. Estudios previos han mostrado diferencias en las características entre varones y mujeres que padecen FA.

Métodos: Estudio retrospectivo de 246 pacientes consecutivos derivados desde Urgencias o Atención Primaria a consulta por FA no valvular de reciente diagnóstico. Se analizaron las características clínicas, la estrategia terapéutica inicial, así como las diferencias entre sexos.

Resultados: Se incluyeron 246 p, 121 varones y 125 mujeres. Edad media $69,7 \pm 13,2$ años ($66,3 \pm 14,7$ vs $73,0 \pm 10,6$ años, $p = 0,001$). La HTA ($64,5$ vs $82,4\%$, $p = 0,001$) y las alteraciones tiroideas con tratamiento sustitutivo ($2,5$ vs $19,2\%$, $p = 0,01$) fueron más frecuentes en las mujeres, mientras que en varones fue mayor el consumo de tabaco ($17,7$ vs $4,8\%$, $p = 0,001$) y alcohol ($18,1$ vs $3,2$, $p = 0,012$). Las palpitaciones fue el síntoma más frecuente ($29,9$ vs 44% , $p = 0,033$), seguido de FA silente en varones (24 vs $8,8\%$, $p = 0,001$) y disnea en mujeres ($17,4$ vs 28% , $p = 0,003$). Se aplicaron las escalas CHA₂DS₂-VASc ($2,3 \pm 1,6$ vs $3,4 \pm 1,3$, $p = 0,001$) y HAS-BLED ($1,3 \pm 1,1$ vs $1,6 \pm 0,7$, $p = 0,010$). No se observaron diferencias significativas en los hallazgos ecocardiográficos. Respecto al tratamiento inicial, se optó por control de FC en el $76,1\%$ ($69,5$ vs $72,4\%$, $p = 0,26$) y de ritmo en el $23,9\%$ ($30,5$ vs $27,6\%$, $p = 0,051$), con FAA (19 vs $19,6\%$, $p = 0,395$), CVE ($6,6$ vs $4,8\%$, $p = 0,147$) o ablación ($4,9$ vs $3,2\%$, $p = 0,321$). Las mujeres recibieron más ACO ($77,3$ vs $92,4\%$, $p = 0,009$), con predominio de los ACOD ($71,9$ vs $66,4\%$, $p = 0,125$). Con un seguimiento medio de $12,6 \pm 1,3$ meses, se implantó marcapasos en $3,3\%$ de p ($4,1$ vs $2,4\%$, $p > 0,495$). En cuanto a eventos cardiovasculares (IAM o ictus no mortales) o hemorragias mayores no hubo diferencias significativas entre sexos (ECV $3,7$ vs $4,5\%$, $p = 0,548$; hemorragias $1,7$ vs $2,9\%$, $p = 0,221$). Solo fallecieron 2 mujeres, de HIC y digestiva, respectivamente.

Conclusiones: Existen diferencias significativas entre sexos en la edad de presentación, síntomas, factores de riesgo cardiovascular y predisponentes de FA. En cuanto al tratamiento, mayor tendencia a estrategia de control de ritmo en varones y mayor anticoagulación con predominio de ACOD en mujeres. No hubo diferencias significativas en los eventos cardiovasculares, hemorragias o mortalidad durante el seguimiento.