



6013-223. PERFIL CLÍNICO Y TRATAMIENTO INICIAL DE LOS PACIENTES DERIVADOS A CARDIOLOGÍA POR FIBRILACIÓN AURICULAR DE RECIENTE DIAGNÓSTICO. ¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE SEXOS?

Manuel José Fernández Anguita, Virgilio Martínez Mateo, Laura Cejudo Díaz del Campo, Miguel Ángel Villanueva Terrazas, Eugenia Martín Barrio, Marina Méndez Molina y Antonio Jesús Paule Sánchez, del 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 y mortalidad. Estudios previos han mostrado diferencias en las características entre varones y mujeres que padecen FA.

Métodos: Estudio retrospectivo de 135 pacientes consecutivos derivados 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 135 pacientes, 68 varones y 67 mujeres. Edad media $69,7 \pm 14,1$ años ($66,2 \pm 16,2$ frente a $73,37 \pm 10,6$ años, $p = 0,003$). La HTA ($58,8$ frente a $83,6\%$, $p = 0,002$) y las alteraciones tiroideas con tratamiento sustitutivo ($2,9$ frente a $17,9\%$, $p = 0,04$) fueron más frecuentes entre las mujeres, mientras que en los varones fue mayor el consumo de tabaco ($19,1$ frente a 1% , $p = 0,001$) y alcohol ($2,9$ frente a $0,7$, $p = 0,011$) y el diagnóstico de SAHS ($20,6$ frente a $7,5\%$, $p = 0,028$). Las palpitaciones fue el síntoma más frecuente ($29,4$ frente a $38,8\%$, $p = 0,039$), seguido de FA silente en varones ($20,6$ frente a $10,4\%$, $p = 0,001$) y disnea en mujeres ($13,2$ frente a $29,9\%$, $p = 0,004$). Se aplicaron las escalas CHA₂DS₂-VASc ($2,4 \pm 1,6$ frente a $3,4 \pm 1,3$, $p = 0,01$), HAS-BLED ($1,3 \pm 1,1$ frente a $1,6 \pm 0,7$, $p = 0,042$) y SAMÉTT2R2 ($1,3 \pm 0,9$ frente a $1,6 \pm 0,7$, $p = 0,008$). No se observaron diferencias significativas en los hallazgos ecocardiográficos. Respecto al tratamiento inicial, se optó por control de FC en el $68,7\%$ ($62,9$ frente a $76,1\%$, $p = 0,24$) y de ritmo en el $31,3\%$ ($37,1$ frente a $23,9\%$, $p = 0,05$), con FAA ($18,9$ frente a $20,9\%$, $p = 0,395$), CVE ($9,7$ frente a 0% , $p = 0,047$) o ablación ($8,5$ frente a 3% , $p = 0,321$). Las mujeres recibieron más anticoagulación oral ($70,6$ frente a 94% , $p = 0,001$). Con un seguimiento medio de $11,6 \pm 2,3$ meses, se implantó marcapasos definitivo en $2,2\%$ de pacientes ($2,9$ frente a $1,5\%$, $p > 0,999$). En cuanto a eventos cardiovasculares (IAM o ictus no mortales) o sangrados mayores no hubo diferencias significativas entre sexos (ECV 3 frente a $4,5\%$, $p = 0,548$; sangrados $1,5$ frente a 3% , $p = 0,221$). Solo falleció una mujer de hemorragia digestiva.

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 uso de ACO en mujeres. No hubo diferencias significativas en los eventos cardiovasculares, sangrados o mortalidad durante el seguimiento.