



<https://www.revclinesp.es>

## IC-72. - DIFERENCIAS DE GÉNERO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FIBRILACIÓN AURICULAR

M. Hernández Meneses, A. Conde Martel, A. Martín Planta, M. Serrano Fuentes, S. Alonso, S. Suárez

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

### Resumen

**Objetivos:** Analizar el comportamiento de la fibrilación auricular (FA) en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) atendiendo a la diferencia entre sexos.

**Métodos:** Se revisaron los informes de alta de pacientes hospitalizados por IC desde mayo 2011 a abril 2012, con diagnóstico al alta de FA. Se recogieron las características demográficas, antecedentes personales, índice de comorbilidad de Charlson, antecedente de FA, tratamiento previo al ingreso y al alta. Se calculó la puntuación del score CHADS2 y CHA2DS2-Vasc, como escalas de riesgo trombótico, y de la escala HAS-BLED de riesgo de sangrado. Se analizaron las características diferenciales asociadas al género atendiendo a su forma de presentación, comportamiento y evolución. Para evaluar la relación entre variables categóricas se utilizó el test de Chi-cuadrado y para la relación con variables continuas el test T- Student o U de Mann-Whitney.

**Resultados:** Se incluyeron 203 pacientes que tenían el diagnóstico al alta de FA. De ellos 115 eran mujeres (56,7%) y 88 varones (43,3%), con una edad media mayor en el grupo de mujeres: 82,7 años frente a varones 80,6 años, aunque sin alcanzar la significación estadística ( $p = 0,09$ ). Atendiendo a la situación funcional, las mujeres incluidas en el estudio presentan una mayor dependencia, con una puntuación media del índice de Barthel de 63,7, siendo en varones 79,6 puntos ( $p = 0,001$ ); Paradójicamente, la comorbilidad era menor en el grupo de las féminas, Charlson de 2,2 frente a 4,1. Las mujeres únicamente superan al género masculino en la frecuencia de HTA (el 93% padecían HTA frente al 79,6%  $p = 0,004$ ) y en la presencia de disfunción diastólica (59,2% de las mujeres presentó fracción de eyección preservada frente al 40,8% de varones). Por otro lado, la puntuación media en el CHADS2 y el HAS-BLED fueron muy similares en ambos sexos. La puntuación del CHADS2vasc fue evidentemente superior en mujeres con 4,8 frente a 4,2 puntos, objetivándose una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,009$ ), todos los pacientes tenían una puntuación superior a 2. La puntuación media del HAS-BLED en mujeres fue de 3,3 y en varones de 3,9 ( $p = 0,07$ ). Por tanto, no hubo diferencias estadísticamente significativas en la indicación de anticoagulación según las escalas de riesgo trombótico y de sangrado, asimismo, no hubo diferencias en el tratamiento con antiagregantes y/o anticoagulantes pautados.

**Discusión:** La realidad es que la población seguirá envejeciendo y el sistema sanitario cambia, de modo que el correcto manejo de la prevención de las consecuencias embólicas de la FA se hace más indispensable que nunca. En la población general se describe mayor prevalencia de FA en el varón, sin embargo, en pacientes con IC, otros autores también describen mayor frecuencia en la mujer. Incluso, aunque aún no hay una opinión homogénea en la totalidad de la comunidad científica, publicaciones de alto impacto postulan mayor

incidencia de ictus en el sexo femenino. En la serie descrita destaca un grupo de mujeres con más factores de riesgo que las exponen a las consecuencias embólicas de esta peligrosa arritmia: Mayor edad, más HTA, mayor prevalencia de IC con FE preservada, peor situación funcional con una paradójica menor comorbilidad general. Sin embargo, a pesar de estas evidencias, en la práctica clínica siguen sin reflejarse los resultados de este análisis; seguimos prescribiendo anticoagulación por igual a hombres y mujeres.

*Conclusiones:* El riesgo de ictus en la FA es heterogéneo y parece estar modificado por el sexo. Las mujeres con IC están expuestas a una mayor prevalencia de FA, tienen más edad, y más disfunción diastólica. Existen criterios diferenciadores frente al grupo masculino, como de hecho ya considera la escala CHADS2vasc al sexo femenino como un factor de riesgo clínicamente relevante no mayor. Sin embargo, a pesar de estas evidencias, &#39anticoagulamos&#39 a ambas poblaciones por igual.