



T-074 - ¿TRATAMOS DE FORMA ADECUADA A LOS NONAGENARIOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR? DATOS DEL REGISTRO RUFIAN

H. Rosario Mendoza, A. Merlán Hermida, J. Martín Armas, I. Ramos Gómez, I. Pulido González y A. Conde Martel

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

Resumen

Objetivos: Analizar las características de los pacientes nonagenarios con fibrilación auricular no valvular (FANV) que ingresan en un Servicio de Medicina Interna (MI), la prescripción de anticoagulación y los factores relacionados con la misma.

Material y métodos: Estudio longitudinal observacional donde se incluyeron consecutivamente los pacientes ingresados en MI durante un período de 3 años (2014-2016) con diagnóstico de FANV. Se recogieron aquellos ≥ 90 años y se analizaron los informes de alta. Se recogieron datos demográficos, antecedentes personales, situación funcional, resultados analíticos, tratamiento al ingreso y al alta y la mortalidad hospitalaria y a largo plazo, realizándose seguimiento hasta marzo de 2018. Se analizó el tratamiento antitrombótico prescrito y los factores relacionados con su utilización. Las variables cualitativas se analizaron mediante la prueba de chi cuadrado y las cuantitativas mediante t-Student. Se realizó un análisis multivariante de regresión logística para evaluar los factores independientes relacionados con el uso de anticoagulación (ACO).

Resultados: Se incluyeron 1.021 pacientes, de los cuales 107 (10,5%) eran nonagenarios (62% mujeres). La edad media fue de 92,7 años, el índice de Barthel de 63,5, el CHA2DS2VASc de 4,5 y el HAS-BLED de 2,5. Durante el seguimiento falleció el 74%. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (HTA) (93%), insuficiencia cardíaca (IC) (72%, con FEVI preservada el 80%), enfermedad renal crónica (41%), diabetes mellitus (32%) y deterioro cognitivo (24%). Uno de cada 5 pacientes tenía una FANV de debut. Respecto al tratamiento previo, el 67% no estaban anticoagulados y el 50% tomaban antiagregación exclusiva. Del total, el 25% recibían antivitamina K (antiVitK) y el 5,6% anticoagulantes de acción directa (ACODs). En el ingreso fallecieron 23 (21,5%) y 84 fueron dados de alta. 29 (34,5%) recibieron anticoagulación (el 21,4% con antiVitK, el 7,1% con ACODs y el 6% con HBPM) especificándose el motivo de no anticoagular en el 41%. El 46,6% fueron dados de alta con antiagregación como única terapia antitrombótica. Fallecieron 56 nonagenarios, de los cuales, 43 (76,8%) no tenían prescrito tratamiento anticoagulante ($p = 0,12$). En el análisis univariante se objetivó mayor prescripción de anticoagulación en aquellos con mayor valor de Hb ($p = 0,01$), más filtrado glomerular ($p = 0,005$), más jóvenes ($p = 0,008$), menor HAS-BLED ($p = 0,05$) y el diagnóstico de IC ($p = 0,043$). En el análisis multivariante se mantuvieron como factores independientes relacionados con la ACO el sexo masculino ($p = 0,022$), la IC ($p = 0,013$) y la menor puntuación HAS-BLED ($p = 0,031$) y de forma casi significativa la menor edad ($p = 0,056$).

Discusión: Es conocido el beneficio de la terapia anticoagulante en los pacientes con FANV por el elevado riesgo de ictus, riesgo que aumenta con la aparición de diferentes factores, entre ellos la edad. La edad ≥ 75 años constituye per se indicación de anticoagulación según la escala de riesgo tromboembólico CHA₂DS₂VASc, estando por tanto indicada en todos los pacientes nonagenarios. Además, hay que sumar otras comorbilidades como la HTA, presente en la mayoría de ellos que son factores independientes de aumento del riesgo tromboembólico. En nuestra serie llama la atención la infrautilización del tratamiento anticoagulante (solo 1/3 de los pacientes) como terapia antitrombótica, usándose como alternativa terapéutica la antiagregación.

Conclusiones: A pesar del elevado riesgo de ictus cardioembólico, sólo uno de cada tres nonagenarios recibe anticoagulación, usándose predominantemente antivitamina K. La utilización exclusiva de antiagregación es muy elevada. El uso de anticoagulación se relaciona de forma independiente con el sexo masculino, el antecedente de IC y menor riesgo de sangrado mediante la escala HAS-BLED.