



## T-022 - CONSIDERANDO LA ANTIAGREGACIÓN COMO ALTERNATIVA A LA ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR. DATOS DE PRÁCTICA CLÍNICA REAL DEL REGISTRO RUFIAN

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

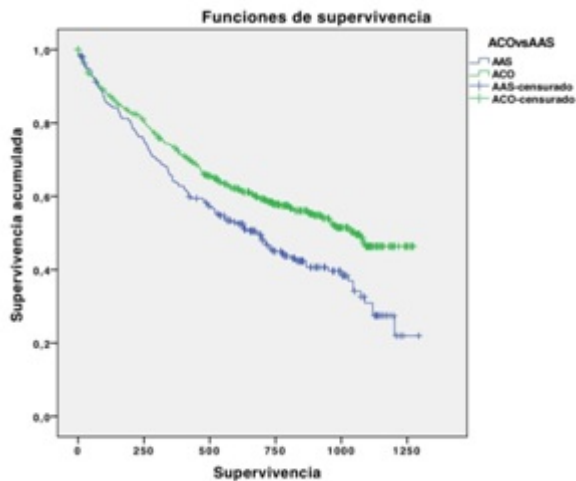
Medicina Interna. Hospital Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas).

### Resumen

**Objetivos:** Analizar la utilización de la antiagregación exclusiva como alternativa a la anticoagulación en los pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) y moderado-alto riesgo embólico (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc  $\geq$  2) que ingresan en un servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos:** Estudio longitudinal observacional donde se incluyeron consecutivamente los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna durante un período de tres años (2014-2016) con diagnóstico de FANV, aunque éste no fuera el motivo de ingreso. Se recogieron datos demográficos, antecedentes personales, situación funcional, resultados analíticos y tratamiento al ingreso y al alta, diferenciando los pacientes que recibieron tratamiento al alta con anticoagulación oral (ACO) de los que recibieron antiagregación exclusivamente (AA). Se realizó seguimiento hasta marzo de 2018, considerando la mortalidad al final de este período. Se compararon las características de las distintas variables en el grupo de los pacientes con ACO frente a los que recibieron AA, analizando la supervivencia al final de la observación.

**Resultados:** Se incluyeron 1.021 pacientes con FANV. Fallecieron 147 (14,4%) pacientes durante el ingreso, 42 recibieron tratamiento con HBPM y 108 se fueron de alta sin tratamiento. Se analizaron los datos de 693 en tratamiento con ACO vs AAS. El 53,1% fueron varones, con una edad media de 80,18 años, el 19% presentaba antecedentes de deterioro cognitivo y el Índice de Barthel medio fue de 76. De los antecedentes personales más relevantes destacaban: HTA (91%), DM2 (53%), ICC (72%), Insuficiencia renal crónica (41%). Sólo el 58% recibían tratamiento anticoagulante al ingreso y el 14% presentaban una FANV de debut. Al alta, un 34,5% de los pacientes recibieron AA exclusiva. Se relacionó con recibir tratamiento AA en lugar de ACO el antecedente de deterioro cognitivo y la enfermedad hepática previa, mientras que anticoagulamos más, de forma significativa, a los pacientes más jóvenes ( $p = 0,002$ ), diabéticos ( $p = 0,016$ ), con mejor situación funcional ( $p < 0,001$ ) y con mejor función renal ( $p = 0,018$ ). Se observó una mayor supervivencia ( $p = 0,026$ ) en los pacientes anticoagulados independientemente del resto de variables, con una diferencia de supervivencia de 629 vs 551 días.



*Discusión:* La FANV es una patología muy prevalente en los servicios de Medicina Interna. Está claramente demostrado el beneficio de la anticoagulación en aquellos pacientes con moderado-alto riesgo embólico establecido por  $CHA_2DS_2-VASc \geq 2$ . En nuestra serie, 1 de cada 3 pacientes se fueron de alta con tratamiento antiagregante, opción terapéutica ya desestimada en las últimas guías de manejo de la FANV. Además, se mantuvieron sin anticoagulación los pacientes más mayores, que son aquellos que presentan un mayor riesgo embólico. Del mismo modo, y al igual que se refleja en la literatura, se objetivó una mayor supervivencia en los pacientes anticoagulados respecto a los que recibieron AA, lo cual incide en la idea de que el tratamiento más adecuado para este perfil de pacientes sigue siendo la anticoagulación.

*Conclusiones:* Se entiende erróneamente la AA como una alternativa válida a la anticoagulación, especialmente en los pacientes más mayores, con deterioro cognitivo o enfermedad hepática. Se constata una mayor supervivencia en los pacientes que reciben tratamiento anticoagulante frente a los antiagregados. Es necesario continuar incidiendo en la indicación de la anticoagulación como tratamiento antitrombótico de los pacientes con FANV.