



EA-6. - FIBRILACIÓN AURICULAR Y ANTICOAGULACIÓN EN EL ANCIANO CON DEMENCIA Y PLURIPATOLOGÍA

C. Feijoo², I. Torrente¹, J. Taján², A. Suárez², M. Villarino¹, S. Herranz¹, M. Cabrera¹, A. Nogueras¹

¹Unidad de Geriátrica de Agudos, ²Servicio de Medicina Interna. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. Barcelona.

Resumen

Objetivos: Evaluar la utilidad de la escala CHA2DS2 VASc en paciente anciano con fibrilación auricular (FA), pluripatología y demencia.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes ingresados en Unidad de Geriátrica de Agudos (UGA) en el periodo comprendido entre octubre de 2013 a enero de 2014, seleccionando los pacientes con diagnóstico de demencia y FA. Revisión de historia clínica recogiendo información sobre epidemiología, comorbilidad, valoración geriátrica integral y manejo terapéutico. Análisis descriptivo de los resultados y de la actitud terapéutica de los clínicos.

Resultados: Se recogieron un total de 48 casos, con una edad media de 86,52 años. El 70,83% fueron mujeres y un 31,25% estaban institucionalizados. En cuanto a las comorbilidades, la prevalencia de insuficiencia cardiaca fue del 58,33%, 89,58% de HTA, 35,41% de diabetes mellitus, 35,41% de accidente vascular cerebral (AVC), 52% de insuficiencia renal crónica y 18,75% de un sangrado previo con un HAS-BLED medio de 3,25. El valor medio de la escala CHA2DS2 VASc fue de 5,09 presentado todos los pacientes indicación de tratamiento anticoagulante (TAO). El 52,08% de la muestra llevaba TAO al ingreso y al 6,25% se le inició durante el ingreso. El 41,67% de los pacientes no recibían anticoagulación. La mayoría de los pacientes presentan una dependencia moderada-severa con un valor medio del índice de Barthel (IB) de 38,02. No llevaban TAO el 50% de los pacientes con IB inferior a 50, ni se inició en ningún momento del ingreso hospitalario. De los pacientes con un IB superior a 50 el 62,5% recibían TAO y al 6,25% se les inició durante el ingreso. Recibían TAO el 25% de las demencias GDS 7 (16,66%), el 30,7% de las demencias GDS 6 (27,08%), el 76,47% de las demencias GDS 5 (35,41%) el 85,71% de las demencias GDS 4 (14,58%), el 50% de las demencias GDS 3 (4,16%) y ningún paciente con demencia GDS 2 (2,08%). El valor medio en nuestra muestra del Índice de Charlson (IC) es de 4,03. Recibían TAO el 45,4% de los paciente con IC 1-2 (22,92%), el 42,10% de los pacientes con IC 3-4 (39,58%) y el 66,67% de los que tenían un IC mayor a 5 (37,50%). Durante el ingreso se retiró el TAO al 56% de los pacientes, en 28,57% de los casos por mal pronóstico a corto plazo, en el 21,42% por riesgo hemorrágico elevado, en 35,71% por mal estado basal, en 7,15% por insuficiencia renal y en 7,15% por riesgo de caídas.

Discusión: La prevalencia de la FA aumenta con la edad, siendo una causa frecuente de accidente cerebrovascular agudo de origen cardioembólico. El TAO es el tratamiento de elección en el manejo de dicha arritmia para evitar AVCs. A pesar de que se ha demostrado que con estrecha supervisión

el tratamiento anticoagulante es seguro y efectivo, la decisión de anticoagulación en el anciano con demencia, pluripatología y FA es controvertida en la práctica clínica. La escala CHA2DS2 VASc, que es la recomendada en las guías de FA para valorar el inicio de TAO es probablemente de escasa utilidad por sí misma, debido a que no contempla la situación cognitiva ni funcional del paciente. Teniendo en cuenta únicamente el CHA2DS2 VASc todos nuestros pacientes requieren TAO sin contemplar otros aspectos importantes del paciente anciano como la cognición, el estado funcional o el pronóstico de vida a corto-medio plazo.

Conclusiones: La escala CHA2DS2 VASc, dada la frecuente y elevada comorbilidad del paciente geriátrico, no resulta una herramienta adecuada por sí misma para decidir iniciar TAO en el anciano pluripatológico con demencia, si no es implementada con una valoración geriátrica integral y una aproximación al pronóstico de vida.