



## EV-037 - ANTICOAGULACIÓN TRAS ICTUS ISQUÉMICO CARDIOEMBÓLICO POR FIBRILACIÓN AURICULAR DE RECIENTE DIAGNÓSTICO. ¿ES SEGURO EN TODOS LOS CASOS?

R. Ortiz Regalón, A. Domínguez Calvo, A. Rodríguez Cobo, M. López-Cano, E. Fernández Alonso, C. Masa Vázquez, B. Pagán Muñoz

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Madrid Sanchinarro. Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Valorar la incidencia de eventos hemorrágicos en pacientes anticoagulados por ictus cardioembólico por fibrilación auricular (FA).

**Métodos:** Análisis longitudinal retrospectivo, descriptivo, de los episodios hemorrágicos en pacientes anticoagulados por ictus isquémico cardioembólico por FA de reciente diagnóstico. Se analizaron las historias clínicas de los pacientes con este diagnóstico en nuestro grupo de hospitales, entre enero de 2009 y marzo de 2014. Se registraron los eventos hemorrágicos durante el primer año de anticoagulación. El diagnóstico de ictus isquémico se realizó mediante resonancia magnética craneal y se diagnosticó de FA mediante registro holter de electrocardiograma.

**Resultados:** Recogimos 329 pacientes con ictus isquémico. 121 fueron secundarios a FA; 55 de ellos por FA de novo, 23 a FA paroxística y 43 a FA permanente. La edad media fue de  $77 \pm 8$  años. 54,17% (26) hombres y el 45,83% (22) mujeres. De los 55 casos de novo no se hizo seguimiento de 7 de ellos por: fallecimiento durante el ingreso, deficiente control en consultas, riesgo muy elevado de sangrado, cardioversión. Se siguieron 48 casos de FA de novo; Todos cumplían criterios de anticoagulación según la escala CHAD<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc (el 89,6% (43) con valor superior a 3), 27,08% (13) tenían riesgo intermedio hemorrágico, 72,92% (35) alto riesgo hemorrágico según la escala HAS-BLED. 85,41% (41) recibieron tratamiento con acenocumarol y el 14,6% (7) con rivaroxaban. Sólo se registró un evento hemorrágico (2,08%), una hemorragia digestiva leve a los 8 meses de anticoagulación. 6,25% (3) tuvieron nuevo ictus isquémico por infradosificación de acenocumarol, uno de ellos a los 12 meses y los otros dos, a los 14 meses de la anticoagulación. El único paciente que no se anticoaguló tuvo nuevo ictus isquémico al mes del alta médica.

**Discusión:** En nuestro estudio la incidencia de eventos hemorrágicos al año de anticoagulación ha sido sólo del 2,1%, a pesar de que el 72,92% tenían alto riesgo de sangrado, y de que el riesgo hemorrágico estimado por la escala HAS-BLED oscilaba entre 4,08% y 15,16% al año. Estos datos contrastan con los publicados por otros grupos en los que la incidencia de sangrado oscila entre el 11,64% y el 14,5%, si bien es cierto que estos estudios no se centran exclusivamente en pacientes con ictus isquémico. A pesar del elevado riesgo de sangrado estimado por las escalas disponibles, la incidencia real de hemorragias en nuestros pacientes fue significativamente menor. Los tres

pacientes con recidiva del ictus mostraron mal control del INR en los días previos. La recidiva fue la norma en los pacientes no anticoagulados. La menor incidencia de sangrado en nuestros casos parece deberse a un estricto control de los niveles de anticoagulación y a la estrecha colaboración de los distintos servicios implicados.

*Conclusiones:* En pacientes con ictus isquémico cardioembólico por FA de reciente comienzo, es beneficioso y seguro iniciar anticoagulación, a pesar de que el riesgo de sangrado estimado por la escala Has-Bled sea elevado. El manejo multidisciplinar de estos pacientes y el seguimiento estrecho minimizan los riesgos.