



IC-078 - PERFIL DE ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FIBRILACIÓN AURICULAR

J. Vega Cervantes, G. Tornel Sánchez, M. Artero Castro, F. Martín Martos, S. Herrera Adan, J. Trujillo Santos, R. Rojano Torres, C. Smilg Nicolás

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena (Murcia).

Resumen

Objetivos: Describir y analizar el perfil de anticoagulación en pacientes diagnosticados de Insuficiencia cardiaca (IC) y fibrilación auricular (FA), que ingresaron durante los primeros seis meses del año 2013 en el Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena (HUSL), valorando las diferencias entre los distintos servicios donde ingresaban y el tipo de anticoagulación.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes con diagnóstico de IC y FA que ingresan en el HUSL de Cartagena durante primeros seis meses del año 2013. Se han analizado variables epidemiológicas, las características y complejidad de los pacientes determinados mediante los índices de Charlson y Charlson modificado, el tratamiento previo y al alta, y sus diferencias en cuanto a fármacos empleados, supervivencia e indicación de anticoagulación teniendo en cuenta las diferentes escalas (CHADS/CHADS VASC/HASBLEED).

Resultados: Durante el periodo analizado se han recogido un total de 294 pacientes ingresados con los diagnósticos de IC y FA, de los que 103 eran varones y 191 mujeres, con una edad media de 82 años. El 72,4% (n = 213) se encontraba anticoagulado y el 27% (n = 81) no. Los Servicios donde más frecuente ingresaron éstos pacientes, fueron Medicina Interna (n = 221, 75%) y Cardiología (n = 38, 12,9%). La edad media de los pacientes no anticoagulados (No ACO) era ligeramente mayor ($83 \pm 9,7$) que los pacientes anticoagulados (ACO) ($81 \pm 8,8$). Los pacientes ACO tenían un Charlson modificado medio de $8,3 \pm 1,7$. Un 3,8% (n = 8, p = 0,26) tenían antecedentes de ETEV previa, un 21% (n = 45, p = 0,26) de ACV previo y un 8% (n = 17) de hemorragia previa. La HTA es el factor de riesgo más frecuente (n = 173, 81%, p = 0,03) y la demencia el proceso menos frecuente (n = 18, 8,5%, p = 0,02). Un 24% (n = 52) estaban antiagregados. Estos pacientes presentaban al ingreso un CHADS2 medio de $3,5 \pm 2,1$, CHADS-VASc de $5,5 \pm 1,5$ y HAS-BLED $1 \pm 0,9$. Los anticoagulantes más prescritos fueron los antivitamina K en 198 pacientes (n = 93%), frente a los anticoagulantes orales directos (n = 12, 5,6%), realizándose en 3 pacientes cambio entre anticoagulantes. Los pacientes No ACO presentaban unos índices de comorbilidad similares a los pacientes ACO. El factor riesgo más frecuente es la HTA pero en menos prevalencia que en los pacientes anticoagulados (n = 74, 91%), junto con la DM (n = 36, 44%), la hemorragia previa (n = 17, 21%, p = 0,002) y la demencia (n = 15, 19%, p = 0,02), siendo estos dos últimos factores más prevalentes que en los paciente anticoagulados. Un 62% (n = 50) se encontraban también antiagregados. En cuanto a las escalas de probabilidad de embolia sistémica y riesgo hemorrágico, los valores son similares que en

los pacientes ACO.

Discusión: Los pacientes que al ingreso presentan diagnóstico de IC y FA, ingresan de manera más frecuente en los Servicios de Cardiología y Medicina Interna. El anticoagulante que más se prescribió fue los antivitamina K. Son menos frecuentemente anticoagulados los pacientes que tuvieron una hemorragia previa, los que estaban antiagregados o padecían una demencia. No se han evidenciado diferencias en cuanto a la probabilidad de embolia sistémica (CHADs o CHADs-VASc), el riesgo hemorrágico (HAS-BLED) o el índice de comorbilidad.

Conclusiones: 1. Los pacientes que ingresan con diagnóstico de IC y FA, lo hacen predominantemente en los servicios de Medicina Interna y Cardiología. 2. En nuestra serie los paciente que menos se anticoagularon fueron los que tenían antecedentes de hemorragia previa, los que se encontraban anticoagulados y los que padecían demencia. 3. El anticoagulante más prescrito en el año de seguimiento fue los antivitamina K. 4. No se han evidenciado diferencias en cuanto a la probabilidad de embolia sistémica (CHADs, CHADsVASc), el riesgo hemorrágico (HAS-BLED) y la comorbilidad (índice de Charlson).