



## EA-022 - PACIENTES NONAGENARIOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR EN UN HOSPITAL COMARCAL: ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

C. de la Guerra Acebal<sup>1</sup>, A. Maíz Egaña<sup>1</sup>, A. Moreno Rodrigo<sup>1</sup>, R. Estrada Vicente<sup>1</sup>, A. Cuñado Eizaguirre<sup>1</sup>, M. Álvarez de Castro<sup>1</sup>, N. Gurruchaga Arrillaga<sup>1</sup>, J. Taboada Gómez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>2</sup>Medicina Preventiva. Hospital de Mendaro. Mendaro (Guipúzcoa).

### Resumen

**Objetivos:** Analizar las características clínico-epidemiológicas así como el tratamiento anticoagulante recibido por los pacientes nonagenarios ingresados en nuestro servicio de Medicina Interna durante el año 2014.

**Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo de los pacientes de 90 años o más con fibrilación auricular no valvular ingresados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Comarcal de Mendaro entre enero y diciembre de 2014. Revisión de la historia clínica informatizada recogiendo información sobre epidemiología, comorbilidad, CHA2DS2-VASc, HAS-BLED, índice de Barthel y manejo terapéutico. Análisis descriptivo de las características clínico-epidemiológicas y de la actitud terapéutica clínica.

**Resultados:** Se recogieron un total de 113 pacientes, con una edad media de 92,50 años. El 64,2% fueron mujeres y el 35,8% varones. La mayoría de nuestros pacientes procedían de su domicilio (90%). El valor medio de la escala CHA2DS2-VASc fue de 4,14, presentando todos los pacientes indicación de tratamiento anticoagulante; mientras que el valor medio de la escala HAS-BLED fue 2,69. En cuanto a las comorbilidades las más prevalentes resultaron ser cardiopatía (40%), diabetes mellitus (32%) e insuficiencia renal crónica (15%). La mayoría de los pacientes presentaba una dependencia leve, con un valor medio del índice de Barthel de 62. Todos los pacientes de nuestra muestra presentaban indicación de anticoagulación. El 26,1% de la muestra se encontraba ya en tratamiento anticoagulante en el momento del ingreso y al 2,3% se les inició el tratamiento durante el ingreso. De los pacientes con indicación de anticoagulación pero sin tratamiento, el 15% presentaba un índice de Barthel mayor de 70 y no se recogía en la historia antecedentes de hemorragias ni ningún otro motivo para no anticoagular salvo considerar a la edad en sí misma como un motivo para no iniciar tratamiento. De los pacientes anticoagulados únicamente el 2,7% lo estaban con anticoagulantes orales de acción directa. El 16,3% estaban antiagregados a pesar de presentar indicación de anticoagulación oral. Únicamente en 3 pacientes se retiró la anticoagulación durante el ingreso por episodio hemorrágico, no siendo retirada en ninguna ocasión la antiagregación. 1 paciente ingresó por ACV, en fibrilación auricular y con Barthel 100 previo a su ingreso y no se anticoaguló, pero sí se antiagregó.

**Discusión:** Nuestra muestra de nonagenarios con fibrilación auricular no valvular presenta un riesgo

embólico alto y un riesgo hemorrágico moderado-alto. No obstante únicamente la cuarta parte se encontraba en tratamiento anticoagulante a pesar de que la mayoría de nuestros pacientes presentaba una adecuada situación cognitiva y funcional. Además un 20% estaban recibiendo tratamiento antiagregante a pesar de existir indicación para anticoagular. A la luz de estos resultados observamos que la instauración de tratamiento anticoagulante es inferior a la que deberíamos indicar según las escalas de CHA2DS2-VASc y HAS-BLED, datos similares a los de otros estudios nacionales. Ello se debe probablemente a que consideramos a la edad y al pronóstico de vida a corto-medio plazo como los factores más determinantes para iniciar el tratamiento, más que al riesgo trombo-embólico en sí mismo o la situación cognitiva y funcional.

*Conclusiones:* En nuestros pacientes nonagenarios debemos considerar las escalas CHA2DS2-VASc así como HAS-BLED, la situación cognitiva y funcional, la comorbilidad y el pronóstico de vida a corto plazo como herramientas necesarias para llevar a cabo una valoración integral de estos pacientes e intentar así una mejor aproximación al tratamiento oral anticoagulante y no desestimarlo únicamente basándonos en la edad.