



## RV-016 - DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES ANCIANOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR. ESTUDIO NONAVASC

J. Díez Manglano<sup>1</sup>, C. Lahoz Rallo<sup>2</sup>, A. de la Peña Fernández<sup>3</sup>, R. Cuenca Acevedo<sup>4</sup>, J. Grandes Ibáñez<sup>5</sup>, X. Sobrino Martínez<sup>6</sup>, E. Jarauta Simón<sup>7</sup>, C. Suárez Fernández<sup>8</sup> y Grupo NONAVASC. C. Suárez Fernández, en representación del Grupo de Trabajo Riesgo Vascular

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Carlos III. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca (Illes Balears). <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar (Jaén). <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra). <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona). <sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. <sup>8</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Describir las características y factores asociados con la presencia de deterioro cognitivo en los pacientes ancianos con fibrilación auricular (FA).

**Métodos:** NONAVASC es un estudio transversal y multicéntrico con participación de 63 hospitales que incluyó pacientes > 75 años con FA ingresados en unidades de Medicina Interna. Se recogieron datos de edad, sexo, enfermedades cardiovasculares, comorbilidades, caídas, escalas CHA2DS2-Vasc y HAS-BLED y fármacos utilizados. La presencia de deterioro cognitivo se valoró con el cuestionario de Pfeiffer. Se consideró que existía deterioro cognitivo cuando la puntuación era  $\geq 4$ . Los resultados se expresan como n (%) o media (desviación estándar). Las variables cualitativas se compararon con el test de  $\chi^2$  y las cuantitativas con el test t de Student.

**Resultados:** Se incluyeron 860 pacientes y en 759 (88,3%) se administró el cuestionario de Pfeiffer. La edad media era 84,2 (5,4) años y 347 (46%) eran varones. Existía deterioro cognitivo en 321 (42,3%). Los pacientes con deterioro cognitivo eran de mayor edad [85,9 (5,3) vs 83,0 (5,1) años:  $p < 0,001$ ] y con más frecuencia eran mujeres (62% vs 47%;  $p < 0,001$ ). Los pacientes con deterioro cognitivo tenían con menos frecuencia obesidad (21% vs 32%;  $p = 0,002$ ), y con más ictus o AIT (30% vs 17%;  $p < 0,001$ ). No existían diferencias en la presencia de diabetes, hipertensión, hiperlipemia, angina/síndrome coronario agudo, arteriopatía periférica o insuficiencia cardiaca. El antecedente de caídas en el último año fue mayor en los pacientes con deterioro cognitivo (33% vs 23%:  $p = 0,005$ ). La puntuación CHA2DS2-Vasc fue mayor en los pacientes con deterioro cognitivo [5,4 (1,5) vs 5,1 (1,4);  $p = 0,003$ ] pero no la puntuación HAS-BLED [2,7 (1,3) vs 2,7 (1,2);  $p = 0,941$ ]. Los pacientes con deterioro cognitivo recibían menos fármacos ([8,3 (3,4) vs 8,9 (3,7);  $p = 0,01$ ]. No hubo diferencias en el uso de antiagregantes (24% vs 23%;  $p = 0,60$ ) pero el uso de anticoagulantes fue menor en los pacientes con deterioro cognitivo (51% vs 60%;  $p = 0,01$ ).

**Discusión:** En los pacientes con FA el deterioro cognitivo está asociado con los antecedentes de ictus

o AIT y de caídas y con mayor riesgo embólico medido con la escala CHA2DS2-Vasc. Sin embargo los pacientes con deterioro cognitivo reciben menos anticoagulantes orales. No hemos estudiado las causas de la infraprescripción, pero probablemente los clínicos dan un gran valor a la posibilidad de hemorragia secundaria a las caídas y a la dificultad para tomar medicaciones potencialmente peligrosas como los anticoagulantes en los pacientes con deterioro cognitivo.

*Conclusiones:* Los ancianos con FA y deterioro cognitivo tienen un riesgo embólico más alto, pero la utilización de anticoagulantes es menor.