



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

J. Díez Manglano¹, C. Lahoz Rallo², A. de la Peña Fernández³, R. Cuenca Acevedo⁴, J. Grandes Ibáñez⁵, X. Sobrino Martínez⁶, E. Jarauta Simón⁷, C. Suárez Fernández⁸ y Grupo NONAVASC. C. Suárez Fernández, en representación del Grupo de Trabajo Riesgo Vascular

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Carlos III. Madrid. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca (Illes Balears). ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar (Jaén). ⁵Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra). ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona). ⁷Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ⁸Servicio 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 ≥ 4 . Los resultados se expresan como n (%) o media (desviación estándar). Las variables cualitativas se compararon con el test de χ^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.