



<https://www.revclinesp.es>

## RV-014 - FRAGILIDAD EN PACIENTES ANCIANOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR. ESTUDIO NONAVASC

J. Díez Manglano<sup>1</sup>, J. Ortiz Minuesa<sup>2</sup>, M. Martín Millán<sup>3</sup>, A. Epalza Bueno<sup>4</sup>, J. Tamarit García<sup>5</sup>, M. Romero Jiménez<sup>6</sup>, I. Novo Veleiro<sup>7</sup>, J. Mostaza Prieto<sup>8</sup> y Grupo NONAVASC.

J. Mostaza Prieto, 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 Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria). <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo (Vizcaya). <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva. <sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña). <sup>8</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Carlos III. Madrid.

### Resumen

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

**Métodos:** El estudio NONAVASC es un estudio transversal y multicéntrico con participación de 83 hospitales en España. Entre octubre de 2014 y mayo de 2014, se incluyeron pacientes mayores de 75 años con FA ingresados en unidades de Medicina Interna. Para cada enfermo se recogieron datos de edad, sexo, enfermedades cardiovasculares, comorbilidades, índice de Charlson, caídas, CHA2DS2-Vasc, HAS-BLED y fármacos utilizados. La presencia de fragilidad se valoró con la escala FRAIL. Se consideró que existía fragilidad cuando la puntuación era ≥ 3. Los resultados se expresan como n (%) o media (desviación estándar). La comparación de porcentajes se realizó con el test de  $\chi^2$  y la comparación de medias con el test t de Student.

**Resultados:** Se incluyeron 860 pacientes y en 802 (93,2%) se valoró la escala FRAIL. La edad media era 84,3 (5,3) años y 369 (46%) eran varones. Tenían fragilidad 398 (49,6%) pacientes. Los pacientes con fragilidad con más frecuencia eran mujeres (61% vs 48%; p < 0,001). Los pacientes con fragilidad tenían con más frecuencia diabetes (43% vs 33%; p = 0,004), ictus o AIT (29% vs 16%; p < 0,001), arteriopatía periférica (17% vs 11%; p = 0,03), insuficiencia cardiaca (72% vs 60%; p < 0,001), e insuficiencia renal (52% vs 40%; p < 0,001). El antecedente de caídas en el último año fue superior en los pacientes con fragilidad (32% vs 22%; p < 0,001). El riesgo embólico medido con el CHA2DS2-Vasc [5,5 (1,5) vs 4,8 (1,3); p < 0,001] y el riesgo hemorrágico con el HAS-BLED [2,9 (1,3) vs 2,4 (1,2); p < 0,001] fueron superiores en los pacientes con fragilidad. Los pacientes con fragilidad recibían más fármacos [9,1 (3,5) vs 8,2 (3,5); p < 0,001] pero sin embargo no hubo diferencias en el uso de antiagregantes (24% vs 24%; p = 1,00) o anticoagulantes (55% vs 58%; p = 0,39). El uso de heparinas de bajo peso molecular fue mayor en los pacientes con fragilidad (4% vs 1,5%; p = 0,03).

*Discusión:* Existe una asociación entre la fragilidad y la mayor presencia de enfermedades cardiovasculares. Los pacientes con FA y fragilidad tienen mayor riesgo embólico y hemorrágico. Sin embargo, a pesar de que reciben más fármacos no hay diferencias en el tratamiento antitrombótico con excepción de un ligero mayor uso de las heparinas de bajo peso molecular. Quizá esto pueda ser debido a que en los pacientes con FA y fragilidad los clínicos valoran más el riesgo hemorrágico que el riesgo embólico y utilizan menos los anticoagulantes y antiagregantes.

*Conclusiones:* Los pacientes con FA y fragilidad tienen mayor riesgo embólico y hemorrágico y reciben más fármacos, pero no hay diferencias en el tratamiento antitrombótico.