



Revista Clínica Española



<https://www.revlinesp.es>

EA-093 - HEMORRAGIAS DIGESTIVAS EN PACIENTES MUY ANCIANOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR

B. Merelo Ruiz¹, F. Caballero Granado¹, M. Sáenz de Tejada López¹, A. Hidalgo-Castellón¹, E. Gutiérrez-Cortizo¹, M. Jiménez Muñoz², J. Estaire Gutiérrez³, M. Romero Jiménez¹

¹Medicina Interna, ²Documentación Clínica, ³Farmacia. Complejo Hospitalario de Huelva. Huelva.

Resumen

Objetivos: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente y su prevalencia aumenta con la edad, llegando hasta el 18% a partir de los 80 años. La FA incrementa el riesgo de padecer ictus, siendo responsable del 36% de los ictus en pacientes de > 80 años. Además, asocian mayor morbi-mortalidad. No obstante, el riesgo-beneficio en este tipo de pacientes es difícil determinar, ya que el riesgo de sangrado y el riesgo de ictus se encuentran aumentados en esta población. No disponemos de estudios en vida real sobre los efectos hemorrágicos de la anticoagulación en la población más anciana, por lo que hemos querido estudiar el tratamiento que realizan los pacientes > 80 años con FA y sus complicaciones hemorrágicas digestivas.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con una edad > 80 años con diagnóstico de FA que ingresaron por cualquier causa entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2015 en el Complejo Hospitalario Universitario de Huelva. Variables: edad, sexo. CHADS VASC, HASBLED, Charlson, criterios de pluripatología. Tratamiento antiagregante y anticoagulante. Mortalidad, estancia, reingresos.

Resultados: Se incluyó un total de 2.408 pacientes con fibrilación auricular (1.023 varones [42,8%], y 1.385 mujeres [57,2%]), con uno o más ingresos en el periodo de estudio. La edad media fue de 84,65 años. Se produjeron 54 episodios de hemorragias digestivas en 51 pacientes (2,1%). Se analizaron los primeros episodios de estos 51 pacientes: 16 pacientes bajo tratamiento antiagregante (31,4%), 31 bajo tratamiento anticoagulante (60,8%), y 4 bajo tratamiento combinado (7,8%). Estos enfermos presentaron una mediana de 2 categorías de enfermedades crónicas, mediana de CHADS2 de 4, mediana de CHA2DS2-Vasc de 5, mediana de HAS-BLED 3. La edad y el índice HAS-BLED se relacionaron con la opción de tratamiento de forma independiente (una mayor edad o mayor HAS-BLED indujeron a la administración de ningún tratamiento o tratamiento antiagregante). Aparentemente las comorbilidades, y el cálculo del índice de Charlson o el CHA2DS2-Vasc no influyeron en la decisión de anticoagular en estos pacientes con hemorragias digestivas. A pesar de no encontrar diferencias significativas se observa no obstante una tendencia: nada 0% de hemorragias, antiagregación 2,6%, anticoagular 3,45%, tratamientos combinados 6,5%. Sólo 2 pacientes con hemorragia digestiva fallecieron, 1 bajo tratamiento con AAS y otro con acenocumarol (3,9%).

Discusión: La tasa de hemorragias que presentaron los pacientes fue superior a la descrita en los grandes estudios (RELY 1,51%, ARISTOTLE 0,86%, ROCKET 3,2%), explicado por la mayor edad, mayor carga de comorbilidad (HASBLED 3) y mayor utilización de antivitamina K. Sin embargo, la mortalidad asociada a

hemorragia digestiva fue muy baja. La tasa de hemorragias digestivas no debe de suponer un impedimento para anticoagular a los pacientes muy ancianos.

Conclusiones: 1. La frecuencia de hemorragias gastrointestinales en pacientes mayores de 80 años anticoagulados fue del 3,4%. 2. Una edad superior y un score superior en HAS-BLED se asociaron con el uso de la antiagregación o no uso de tratamiento. Ni el sexo, ni el grado de pluripatología, ni las escalas Charlson/CHA2DS2-Vasc influyeron en la decisión. 3. No se encuentran diferencias en la presentación de hemorragia digestiva con independencia de la actitud terapéutica que se tome. 4. La hemorragia digestiva mortal por el uso de antiagregantes o anticoagulantes es muy infrecuente.