



## EA-098 - HEMORRAGIAS CEREBRALES EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR, ESTUDIO EN VIDA REAL

A. Hidalgo-Castellón<sup>1</sup>, E. Gutiérrez-Cortizo<sup>1</sup>, F. Caballero Granado<sup>1</sup>, B. Merelo Ruiz<sup>1</sup>, S. de la Rosa Riestra<sup>1</sup>, M. Jiménez Muñoz<sup>2</sup>, J. Estaire Gutiérrez<sup>3</sup>, M. Romero Jiménez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Documentación Clínica, <sup>3</sup>Farmacia. Complejo Hospitalario de Huelva. Huelva.

### Resumen

**Objetivos:** La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en la práctica clínica diaria y su prevalencia aumenta con la edad (18% a partir de los 80 años). La FA incrementa el riesgo de padecer ictus (responsable del 36% en > 80 años) y se asocia mayor morbimortalidad; pero el riesgo-beneficio de la anticoagulación (AC) en estos pacientes es difícil determinar, ya que el riesgo de sangrado e ictus se encuentran aumentados. Sin embargo, no existen estudios en la población más anciana sobre la AC en la FA. Por este motivo hemos decidido realizar un análisis en vida real sobre la AC en pacientes de más de 80 años con FA, y conocer la incidencia de hemorragias cerebrales (HC) en estos pacientes, así como sus características.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo retrospectivo, de los pacientes mayores de 80 años con diagnóstico de FA y con al menos un episodio de HC que ingresaron en el Complejo Hospitalario Universitario de Huelva entre 1 de enero de 2013 y 31 de diciembre de 2015.

**Resultados:** Se incluyó un total de 2.408 pacientes con FA (42,5% de varones, 57,5% de mujeres), con uno o más ingresos en el periodo de estudio (total de 3.950 ingresos hospitalarios); la edad media fue de 84,7 años (rango 80-107 años), siendo superior en mujeres que en varones (84,1 vs 85 años,  $p < 0,001$ ). Se produjeron 25 episodios de HC en 22 pacientes (0,9%). Se analizaron los primeros episodios de estos pacientes: 7 recibían tratamiento antiagregante (1%) y 12 tratamiento anticoagulante (1,15%). Estos enfermos presentaron una mediana de 1 categoría de enfermedades crónicas (rango de 0 a 4), una mediana de índice de Charlson de 1,5, mediana de CHA2DS2-Vasc de 5 (rango 3-7) y una mediana de HAS-BLED 2,5 (rango 2-5). El cálculo de comorbilidades, del índice HAS-BLED, índice de Charlson o CHA2DS2-Vasc no influyó en la decisión de AC o simplemente no se tuvieron en cuenta ( $p > 0,05$ ). Se analizaron los pacientes con HC y aquellos sin ningún evento con el mismo tratamiento: 16 de 880 pacientes con AC o tratamiento combinado (1,8%), frente a 6 de 1.010 pacientes con antiagregantes o sin tratamiento (0,6%), presentaron hemorragias cerebrales ( $p = 0,01$ , RR = 3,06, IC 1,2-7,8). De los pacientes con HC, fallecieron 8 de 17 (47%) con tratamiento anticoagulante (4 con acenocumarol, 1 con dabigatrán) o combinado (AAS + acenocumarol, AAS + warfarina, AAS + clopidogrel + acenocumarol), y 1 de 7 con tratamiento antiagregante (14,3%, doble antiagregación). Pese a la gran diferencia en porcentaje, no se encontró significación estadística ( $p = 0,29$ ), probablemente por la escasa muestra.

**Discusión:** Los pacientes de nuestra muestra tenían un 100% de indicación de anticoagulación

(CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-Vasc  $\geq$  2), pero la tasa de HC (0,9%) supera a la de los grandes estudios publicados (Averroes, Aristóteles, Engage), duplicándola en algunos casos. Esto puede ser atribuible a que nuestros pacientes utilizan fundamentalmente anticoagulación con anti vitamina K, y también combinaciones con antiagregantes. Pero también a su mayor edad (> 80 años) y comorbilidades, pacientes excluidos de estos grandes estudios por sus características.

*Conclusiones:* 1. La frecuencia de HC en pacientes con FA ha sido del 0,9%, frecuencia baja pero muy superior a la presentada en los grandes estudios publicados. 2. El riesgo de HC en tratados con AC sola o asociada a antiagregantes es 3 veces superior a los tratados con antiagregantes o sin tratamiento (p = 0,01). 3. Los pacientes con HC fallecen 3 veces más si han sido tratados con AC sola o combinada a un antiagregante. 4. La detección de comorbilidades, y el cálculo del índice HAS-BLED, Charlson o CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-Vasc no influyeron en la decisión de anticoagular, o no se tuvieron en cuenta.