



ICyFA-063 - ¿QUÉ COMORBILIDADES PREDICEN LOS REINGRESOS EN NUESTROS PACIENTES CON FANV?

J. Martín Armas, A. Merlán Hermida, I. Pulido González, I. Ramos Gómez y A. Conde Martel

Medicina Interna. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas).

Resumen

Objetivos: Analizar los reingresos de los pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) dados de alta de Medicina Interna para identificar los factores predictores de los mismos.

Material y métodos: El Rufian (registro unificado de fibrilación auricular en Gran Canaria) es un estudio longitudinal observacional donde se incluyeron, de forma consecutiva, los pacientes que ingresaron en el Servicio de MI en el periodo de dos años (2014-2016) con el diagnóstico de FANV, aunque este no hubiera sido el motivo de ingreso. Se recogieron datos demográficos, índice de Barthel, antecedentes personales, determinaciones analíticas, tratamiento al ingreso y al alta, la puntuación de las escalas CHA2DS2-VASc y HAS-BLED. Se realizó seguimiento hasta junio de 2017 considerando la mortalidad al final de este periodo. Se analizaron las variables relacionadas con el reingreso. La relación entre variables cualitativas se analizó mediante la prueba de Chi cuadrado y con las cuantitativas mediante el test t-Student. Se aplicó un análisis multivariante (regresión logística) para identificar factores independientes relacionados con el reingreso.

Resultados: De los 905 pacientes registrados, se excluyeron aquellos que fallecieron durante el ingreso (123 pacientes, un 13,6%). De los restantes 782 pacientes dados de alta la edad media era de $80,3 \pm 8,3$ años, el 52,4% eran varones, siendo 254 (32,5%) mayores de 85 años. El 19% presentaban deterioro cognitivo y la puntuación media del índice de Barthel fue de $78,4 \pm 28$. Entre los antecedentes más prevalentes destacaban hipertensión arterial 91%, insuficiencia cardiaca 71% (FEVI preservada 68%), diabetes mellitus 54%, enfermedad renal 41%, cardiopatía isquémica 31%, accidente cerebro vascular previo 16% y enfermedad hepática un 12%. Sólo 8 pacientes presentaban riesgo bajo de ictus, teniendo los 774 restantes un riesgo moderado-alto (CHA2DS2-VASc $4,8 \pm 1,4$). El 13% fueron FANV de debut. Sólo el 56% recibían anticoagulación al alta, del resto un 38,3% estaban antiagregados (3,3% doble antiagregación) y el 14,2% no recibían ningún tipo de tratamiento antitrombótico. Reingresaron un 24,3% (190) de los pacientes. El reingreso se relacionó con el antecedente de insuficiencia cardiaca ($p < 0,001$), BNP elevado ($p = 0,001$), FANV previa ($p = 0,004$), peor función renal ($p = 0,012$), mayor riesgo tromboembólico evaluado mediante CHADS2VASc ($p < 0,001$), mayor riesgo hemorrágico estimado mediante HAS-BLED ($p < 0,001$) y mayor mortalidad ($p < 0,001$). También reingresaron más, aquellos pacientes con cifras más bajas de hemoglobina ($p = 0,004$) y de plaquetas ($p = 0,002$). En el análisis multivariante se relacionaron de forma independiente con el reingreso el antecedente de Insuficiencia cardiaca, FANV previa, enfermedad renal y el mayor riesgo hemorrágico mediante la escala HAS-BLED.

Discusión: Los pacientes con FANV suelen ser pacientes de edad avanzada y con numerosas comorbilidades, que condicionan mayor riesgo de hospitalización y reingreso. En nuestra serie se observa un elevado número de reingresos (24,3%) que se relacionan con la presencia de distintas comorbilidades, especialmente la insuficiencia cardíaca, pero también la enfermedad hepática, renal y el propio antecedente de FANV previa. Así mismo, el mayor riesgo tromboembólico y hemorrágico se relacionan con reingresos posteriores. Cabe destacar que, en el análisis multivariante, estas comorbilidades se asocian de forma independiente con el reingreso, al igual que el mayor riesgo hemorrágico estimado mediante la escala HAS-BLED.

Conclusiones: Casi 1 de cada 4 pacientes con FANV reingresa, lo cual se relaciona con un mayor riesgo hemorrágico estimado por HAS-BLED. La elevada comorbilidad de los pacientes con FANV también provoca un elevado número de reingresos en nuestro servicio de Medicina Interna, requiriendo un abordaje integral de esta patología, que incluye, además de la prevención de la tromboembolia, la evaluación del riesgo hemorrágico, el manejo de sus complicaciones y comorbilidades.