



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

EA-019 - ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PREVENCIÓN TROMBOEMBÓLICA POR FIBRILACIÓN AURICULAR, EN PACIENTES CRÓNICOS PLURIPATOLÓGICOS COMPLEJOS, INGRESADOS EN LA SECCIÓN DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE ÁVILA, EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017

I. Gutiérrez Gosálvez, J. Molina Puente, A. Tejada Evans, M. García Alonso, M. Hernández Jiménez, C. Arroyo Álvarez, M. Escamilla Espinosa y S. Pérez Pinto

Medicina Interna. Complejo Asistencial de Ávila. Ávila.

Resumen

Objetivos: Describir el tratamiento utilizado como prevención embolígena en pacientes crónicos pluripatológicos complejos (definidos como G3, por el SACYL), hospitalizados en la Sección de Medicina Interna del Hospital Provincial de Ávila durante el primer trimestre de 2017.

Material y métodos: Registro de los pacientes diagnosticados de fibrilación auricular, el tipo de ésta, su tratamiento preventivo embolígeno, su valor en la escala de riesgo CHA2DS2-Vasc como indicador de tratamiento anticoagulante y su tipo de cardiopatía previa al ingreso en el Hospital Provincial de Ávila, durante el primer trimestre de 2017.

Resultados: Ingresaron un total de 344 pacientes en todo el trimestre, siendo 100 los pacientes G3 que presentaban fibrilación auricular (29%). De estos eran mujeres 64 (64%) y varones 36 (36%), con una edad media de 87,9 años (DE: 5,5). La mayor parte de ellos con fibrilación auricular permanente 60 (60%), y paroxística 34 (34%). Dos se diagnosticaron al ingreso. Las cardiopatías diagnosticadas fueron valvular o degenerativa 31, hipertensiva 30, e isquémica 18. El valor promedio en la escala CHA2DS2-Vasc fue de 5,18 (DE: 1,4). Aparecían anticoagulados 74 (74%), no anticoagulados 24 (24%), 8 con heparina de bajo peso molecular a dosis de prevención de trombosis venosa profunda, estaban antiagregados con AAS (6) y clopidogrel (3). 7 no tenía ningún anticoagulante, ni antiagregante, 4 de ellos con contraindicación formal (hemorragia reciente o alto riesgo hemorrágico). Los anticoagulantes usados fueron acenocumarol 61 (61%), apixabán 6 (6%), rivaroxabán 5 (5%), dabigatrán 1 (1%), edoxabán 1 (1%). La heparina de bajo peso molecular era enoxaparina.

Discusión: Por definición de G3 casi todos los pacientes en fibrilación auricular deberían estar anticoagulados, salvo contraindicación formal, si nos basamos en la escala de riesgo CHA2DS2-Vasc. El anticoagulante más usado sigue siendo el acenocumarol, seguido de lejos por los anticoagulantes de acción directa, apixabán y rivaroxabán principalmente. Destaca el elevado número de pacientes no anticoagulados y algunos todavía antiagregados como podían indicar antiguas guías. También llama la atención el número de pacientes tratados con heparina de bajo peso molecular, a dosis profiláctica, como tratamiento "intermedio". Las comorbilidades elevadas, la posible inmovilización y el supuesto riesgo hemorrágico por fragilidad pueden ser algunos de los justificantes para estas decisiones de no tratamiento o pseudotratamiento.

Conclusiones: En pacientes de alto riesgo embólico como los pacientes crónicos, pluripatológicos complejos se debe ofrecer y asegurar un tratamiento antiembólico adecuado y ajustado, salvo contraindicación formal por riesgo hemorrágico. El no anticoagular a los pacientes debe estar justificado por los antecedentes del paciente y las escalas de riesgo de sangrado. Debemos averiguar qué nos limita a la hora de no anticoagular a este tipo de pacientes. Posiblemente debamos de diseñar nuevas escalas de valoración de riesgo/beneficio/eficiencia para tratar a pacientes similares a los de nuestra de nuestra serie. Muchos de estos pacientes que antes no se anticoagulaban por su deterioro o imposibilidad para moverse, se antiagregaban como un mal menor, pero con las nuevas guías esta vía parece rechazada. El anticoagulante a utilizar sigue siendo un tema de debate y quizás más en este tipo de pacientes de algo riesgo y que no entran a formar parte de los ensayos clínicos.