



# Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

## 191 - NAVEGANDO SIN BRÚJULA: FACTORES CLÍNICOS, GERIÁTRICOS Y SOCIALES ASOCIADOS A LA NO ANTICOAGULACIÓN EN EL PACIENTE ANCIANO CON FIBRILACIÓN AURICULAR

*Pablo Rosales García, Paulino Montiel Gómez, Marta Ruiz Romera, Concepción Galdeano Osuna, Francisco Javier Flores Álvarez, Perla Rodríguez García, José Ángel García García y Salvador Vergara López*

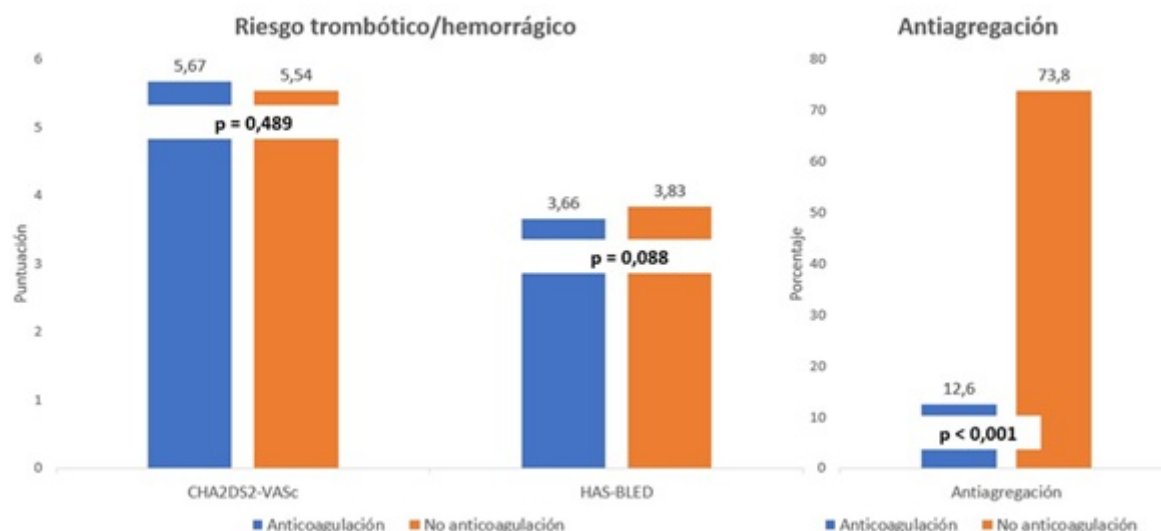
*GEPACP. Servicio de Medicina Interna, Hospitales de Valme y El Tomillar. AGS Sur de Sevilla, Sevilla, España.*

### Resumen

**Objetivos:** La fibrilación auricular (FA), arritmia más prevalente en ancianos, incrementa el riesgo de ictus. Aunque la anticoagulación oral (ACO) es el tratamiento preventivo principal, su uso se ve limitado por la utilidad limitada de escalas predictivas tradicionales en esta población. Este estudio analiza los factores clínicos, geriátricos y sociales, incluida la fragilidad como acumulación de déficits, que condicionan la no prescripción de ACO en ancianos con FA.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de cohortes que incluyó pacientes mayores de 70 años con FA que fueron hospitalizados durante 2017-2018. Se analizaron variables clínicas, funcionales, sociales, comorbilidad, fragilidad (índice Frail-VIG) y prescripción de ACO. También se calcularon los riesgos tromboembólico (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc) y hemorrágico (HAS-BLED). Se emplearon análisis univariantes y regresión logística multivariante para identificar asociados a la falta de prescripción de AC.

**Resultados:** Se incluyeron 338 pacientes con FA (mediana 84,5 años), mayoritariamente con alta comorbilidad con Índice de Comorbilidad de Charlson de 8 (7-10), dependencia funcional con Barthel de 40 (15-85) y fragilidad moderada con IF-VIG de 0,37 (0,32-0,46). El 24,9% no se encontraba bajo tratamiento anticoagulante. El análisis univariante mostró que los pacientes no anticoagulados tenían menor prevalencia de diabetes, cardiopatía isquémica, ERC, EPOC o desnutrición, aunque exhibieron mayor dependencia, institucionalización, deterioro cognitivo, delirium y caídas. Además, la prevalencia de tratamiento antiagregante fue significativamente mayor en el grupo de pacientes no anticoagulados. No hubo diferencias en el riesgo trombótico/hemorrágico (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc/HAS-BLED). El análisis multivariante identificó el deterioro cognitivo, el tratamiento antiagregante, la FA paroxística, el antecedente de caídas o la edad más avanzada como factores independientes asociados a la no prescripción de ACO.



	OR (95% IC)	p valor	
Edad categorizada por mediana (>84,5) NA	0.25 [0.10; 0.66]	<b>0,004</b>	
Fibrilación auricular no permanente NA	2.41 [1.02; 5.67]	<b>0,044</b>	
Diabetes Mellitus NA	2.09 [0.76; 5.73]	0,151	
Deterioro cognitivo NA	0.20 [0.07; 0.56]	<b>0,002</b>	
Cardiopatía Isquémica o debut en el ingreso NA	2.75 [0.97; 7.79]	0,058	
Enfermedad renal crónica (FGe <60ml/min) NA	0.57 [0.21; 1.58]	0,28	
Enfermedad respiratoria crónica NA	2.27 [0.85; 6.06]	0,104	
Barthel categorizado NA	1.28 [0.44; 3.75]	0,653	
Institucionalización NA	1.59 [0.48; 5.22]	0,443	
Caídas últimos 6 meses NA	0.22 [0.06; 0.83]	<b>0,024</b>	
Antiagregación NA	0.02 [0.01; 0.05]	<b>&lt;0,001</b>	
Fragilidad al menos moderada (IF-VIG>0,36) NA	1.55 [0.58; 4.14]	0,383	
CHA2DS2-VASc ≥1 NA	1.84 [0.64; 5.27]	0,256	
HAS-BLED categorizado por mediana NA	1.15 [0.40; 3.34]	0,794	
Disfagia NA	0.86 [0.27; 2.69]	0,793	

**Conclusiones:** A pesar de una tasa de anticoagulación relativamente alta en comparación con estudios previos, la persistencia de un 25% de pacientes no anticoagulados, independientemente de sus puntuaciones de riesgo tromboembólico (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc) y hemorrágico (HAS-BLED), confirma que la toma de decisiones clínicas no está guiada por estas escalas. Encontramos que el factor asociado con más fuerza con la no anticoagulación resultó recibir tratamiento antiagregante. Este hecho parece apoyar que la práctica de emplear la antiagregación como estrategia preventiva de eventos embólicos se mantiene instaurada a pesar de su menor eficacia y ausencia de ventajas de seguridad respecto al riesgo hemorrágico, particularmente en comparación con los ACOD. Por su parte, el deterioro cognitivo resultó un predictor independiente de no anticoagulación, a pesar de que la ACO se haya asociado con menor riesgo de demencia y una ralentización de su progresión. Además, los pacientes con FA no permanente tendían a encontrarse infraanticoagulados aun cuando la indicación de anticoagulación es indiferente al tipo de FA y el riesgo teórico de ictus es igual a todas ellas. Por su parte, las caídas sí impactaron definitivamente en la prescripción. Finalmente, si bien la edad avanzada sí influyó en la decisión terapéutica, otros factores con mayor capacidad pronóstica predictiva como la fragilidad, evaluada desde un enfoque multidimensional, no mostraron una asociación significativa, lo cual podría representar una ventana de oportunidad para una valoración más integral y mejor toda de decisiones sobre ACO en el paciente anciano.