



## IC-22. - PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN FIBRILACIÓN AURICULAR QUE NO RECIBEN ANTICOAGULACIÓN: ¿QUIÉN, POR QUÉ, CON QUÉ CONSECUENCIAS?

J. Lebrón Ramos<sup>1</sup>, M. Núñez Rodríguez<sup>1</sup>, R. Quirós López<sup>1</sup>, F. Moreno Martínez<sup>1</sup>, A. Blázquez Puerta<sup>1</sup>, D. Fernández Bermúdez<sup>1</sup>, F. Rivas Ruiz<sup>2</sup>, J. García Alegría<sup>1</sup>, R. Quirós López, en representación del Grupo de Trabajo Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas REDISSEC

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Investigación. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga.

### Resumen

**Objetivos:** Analizar el perfil de los pacientes que no reciben tratamiento con anticoagulación oral (ACO) en el seno de insuficiencia cardíaca (IC) y fibrilación auricular (FA), en comparación con los pacientes anticoagulados. Identificar el motivo para no iniciar tratamiento con ACO. Estudiar las posibles diferencias en el pronóstico vital entre grupos.

**Métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo, se incluyen pacientes con primer ingreso por IC y presencia de FA, bien al inicio del estudio o durante el seguimiento. La inclusión de los pacientes se realiza en el periodo 1/01/97 al 31/12/01, con un seguimiento máximo a 17 años. Se analizan variables epidemiológicas, uso de ACO, comorbilidad, motivos para el no inicio de ACO y pronóstico vital a fecha 1/02/2014. Para el análisis del pronóstico vital se utilizó el estadístico de curvas de supervivencia Kaplan Meier, categorizando previamente a los pacientes en dos grupos: IC con FA en tratamiento anticoagulante (IC+FA+ACO) y finalmente IC con fa sin tratamiento (IC + FA + noACO).

**Resultados:** Se incluyen 238 pacientes en el estudio, de los cuales no reciben tratamiento ACO 60 (25,2%). La edad media fue mayor en este grupo (69,9 vs 66,9,  $p = 0,008$ ), al igual que la puntuación en las escala HAS-BLED (1,45 vs 1,1,  $p = 0,007$ ). En pacientes sin ACO era mayor la proporción de varones (63,3% vs 48,9,  $p = 0,07$ ), rozando la significación estadística, al igual que en la escala CHA2DS2-VASc (4,3 vs 3,8,  $p = 0,07$ ). No hubo diferencias en el porcentaje de diabetes (35% vs 40%,  $p = 0,54$ ), hipertensión arterial (46,7% vs 53,9%,  $p = 0,37$ ), dislipemia (11,7% vs 8,4%,  $p = 0,62$ ), cardiopatía isquémica (18,3% vs 17,4%,  $p = 0,84$ ), enfermedad cerebrovascular previa (11,7% vs 8,4%,  $p = 0,47$ ) o deterioro cognitivo (sólo tres casos en pacientes ACO). Las causas descritas en la historia clínica para no iniciar tratamiento con ACO fueron: hemorragia previa que desaconsejaba el tratamiento en 2 casos (3,3%), decisión del paciente en 5 ocasiones (8,3%), amplia comorbilidad en 19 casos (31,7%). En un 56,7% de los pacientes no se pudo identificar la causa para no recibir tratamiento con ACO. El porcentaje de pacientes fallecidos en el grupo IC + FA + ACO fue del 74,7% y en pacientes sin ACO del 83,3%. Estas diferencias resultaron significativas en el análisis de supervivencia mediante las curvas de Kaplan Meier (Log Rank = 0,01).

**Discusión:** En contestación a las tres preguntas del título de este trabajo, no existen grandes diferencias entre los pacientes que recibieron o no tratamiento con ACO, en más de la mitad de los casos no pudimos identificar la causa para no tratar y finalmente la consecuencia de no recibir ACO fue una mayor mortalidad

en este grupo.

*Conclusiones:* 1 de cada 4 pacientes con IC y FA no recibe tratamiento anticoagulante. En más de la mitad de los casos la causa no se identifica en la historia clínica. El pronóstico vital de los pacientes es peor en aquellos que no reciben ACO.