



T-103 - CARACTERÍSTICAS DE LOS HOMBRES CON FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL

M. Fernández Ávila, A. Rodríguez Borrell, D. Ramírez Yesa, R. Castilla Ortiz, N. Maya Hamed, R. Tinoco Gardón, S. Romero Salado, F. Gómez Rodríguez

Medicina Interna. Hospital Universitario de Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

Resumen

Objetivos: Poner de manifiesto las diferencias del perfil clínico de los hombres con fibrilación auricular, permanente y paroxística, en nuestro servicio de medicina interna durante 2 años.

Material y métodos: Estudio descriptivo de las diferentes características, tanto patológicas como de tratamiento, que presentaban los hombres diagnosticados de fibrilación auricular permanente en nuestro servicio de medicina interna o de los cuales se hace seguimiento en el mismo.

Resultados: Se han recogido datos de un total de 42 pacientes con fibrilación auricular, permanente y paroxística, de los últimos 2 años (entre 2014-2016) que estuvieron ingresadas en nuestro servicio de medicina interna, con una edad media de 75,7 años. De ellos, tenían HTA diagnosticada el 80,9%, para la cual todos recibían tratamiento farmacológico. De los pacientes incluidas el 64,3% presenta fibrilación auricular permanente y el 35,7% fibrilación auricular paroxística. El 11,9% de los pacientes presentaban fibrilación auricular valvular. Tan solo el 7,1% de ellos habían sido cardiovertidos eléctricamente previamente al episodio recogido. En cuanto al tratamiento anticoagulante que recibían: el 33,3% de los pacientes recogidos en el estudio estaban anticoagulados con antivit-K (Sintrom), el 7,1% con apixaban, el 7,1% con rivaroxaban, el 9,5% con dabigatran y el 7,1% con HBPM. En total había 11 pacientes (26,2%) que no estaban ni habían estado anticoagulados previamente a pesar de presentar FA permanente o paroxística tras valorar riesgo/beneficio. El 23,8% de ellos presentaban insuficiencia renal moderada o grave. El 30% de estos (3 de los 10 pacientes con FA e IR) estaban anticoagulados con antivit-K, el 10% (1 de los 10) no estaban anticoaguladas y el 50% lo estaban con los nuevos anticoagulantes de acción directa ajustados a función renal de forma correcta. El 42,8% presentaban cardiopatía estructural (50% de éstas por cardiopatía hipertensiva, 27,7% por cardiopatía isquémica, 16,6% por insuficiencia cardiaca y 5,5% por miocardiopatía dilatada). En cuanto al control de la frecuencia cardíaca el 38,1% estaba en tratamiento con betabloqueantes de forma aislada (bisoprolol), el 4,7% lo asociaban a amiodarona y el mismo % a digoxina. Tomaban digoxina de forma aislada 19% y la asociaban a calcioantagonistas (diltiazem) el 2,4%, mientras que 19% de los pacientes tomaban solo calcioantagonistas. Ninguno de ellos tomaban amiodarona de forma aislada y el 9,5% no estaba en tratamiento con medicación para control de la frecuencia cardíaca por episodios de fibrilación auricular lenta.

Discusión: Con los datos obtenidos observamos que las pacientes con fibrilación auricular en nuestro servicio de Medicina Interna presentaban una edad media de unos 75 años y en su mayoría tenían fibrilación auricular permanente y la mayor parte de éstas no valvulares. La anticoagulación se sigue realizando en la mayoría de los casos con antivitamina-K, aunque cada vez toma mayor papel en el tratamiento los nuevos anticoagulantes orales. Existe un porcentaje considerable de pacientes no anticoagulados por ser pacientes vulnerables, con alto riesgo de sangrado y vida limitada en la mayoría de los casos. La cardiopatía estructural más prevalente en estos es la cardiopatía hipertensiva. La frecuencia cardiaca se controla mayoritariamente con betabloqueantes.

Conclusiones: La fibrilación auricular es una patología muy prevalente en nuestros pacientes, en su mayoría de edad avanzada. La comorbilidad que presentan hace difícil su manejo, tanto para el tratamiento por las condiciones clínicas individuales y las complicaciones hemorrágicas y trombóticas que se pueden derivar. Es muy importante un correcto manejo de la misma para evitar en lo posible descompensaciones que afecten gravemente el estado de salud y el pronóstico de nuestros pacientes a corto-medio plazo.