



IC-034 - MORTALIDAD DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR QUE INGRESAN EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Martín Armas¹, A. Merlán Hermida¹, I. Pulido González¹, I. Ramos Gómez¹, J. González Martín², A. Conde Martel¹, S. Suárez Ortega¹

¹Medicina Interna. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ²Unidad Investigación. Hospital Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Objetivos: Analizar la mortalidad de los pacientes con el diagnóstico de fibrilación auricular en un Servicio de Medicina Interna (MI) así como las variables que influyen en ella.

Material y métodos: Estudio retrospectivo donde se revisaron 489 pacientes ingresados en el Servicio de MI entre septiembre de 2014 y agosto de 2015. Se seleccionaron todos los pacientes con el diagnóstico de FA aunque ésta no hubiera sido el motivo del ingreso. Excluidos los pacientes con prótesis valvular por su elevada mortalidad, se analizaron 463 pacientes. Se recogieron datos demográficos, antecedentes personales, tratamiento habitual, CHA2DS2-VASc, HAS BLED, estancia hospitalaria y fecha de última revisión. Se analizó la relación de dichas variables con la mortalidad global. Se han utilizado el test de Shapiro-Wilk para comprobar la normalidad de los datos de las variables cuantitativas, el coeficiente de correlación de Pearson para comprobar el grado de asociación entre variables numéricas y el test de la t de Student para comprobar variables numéricas cuando se cumplían supuestos de normalidad o el test de la U de Mann-Whitney cuando no se cumplían.

Resultados: De los 463 analizados, el 52,2% eran varones, con edad media $80,2 \pm 8,4$ años, siendo los ≥ 85 años 148 (31,9%). Índice de Barthel (IB) $76,8 \pm 29,9$. Entre los antecedentes más prevalentes destacaban hipertensión arterial 89,2%, insuficiencia cardiaca 66,1%, diabetes mellitus 54,6%, anemia 36%, enfermedad renal 38,8%, cardiopatía isquémica 29,1%, EPOC 22%, deterioro cognitivo 22% y accidente cerebro vascular 17%. Todos tenían CHA2DS2-VASc ≥ 2 (media $4,78 \pm 1,4$) y HAS BLED $2,49 \pm 1,2$. Sólo el 54,7% de los pacientes ingresados recibían anticoagulantes, de estos un 7,8% anticoagulantes de acción directa, y el resto con antivitamina K, presentando el 27,5% INR en rango a su llegada a urgencias. Fallecieron un total de 173 pacientes, un 37,5% de todos los analizados, 67 (14,5%) de ellos durante el ingreso. De las variables recogidas en el estudio, presentaban una mayor mortalidad los pacientes con mayor edad ($p < 0,001$), peor situación basal estimada por el IB ($p < 0,001$), el antecedente de insuficiencia cardiaca (IC) ($p = 0,033$) y la diabetes ($p = 0,023$), así como mayor mortalidad en los pacientes que presentaban cifras superiores de BNP ($p = 0,001$) y de vitamina B12 ($p = 0,001$). Tanto la presencia de anticoagulación previa al ingreso, como al alta supusieron un descenso de la mortalidad ($p < 0,001$), hallazgos que también presentaban aquellos que tomaban IECAs/ARA2 $p = 0,021$. Se realizó un análisis de regresión logística de cara a intentar definir qué factores influían en la mortalidad. Se observó que a igualdad

del resto de parámetros la presencia de deterioro cognitivo incrementaba la mortalidad 1,58 veces y el antecedente de IC 2,26 veces. Por otro, y también a igualdad de variables, anticoagular a los pacientes al alta, es un factor de reducción de mortalidad OR 0,3 (IC95% 0,18-0,48).

Discusión: La fibrilación auricular es la arritmia cardiaca más frecuente. Se asocia con numerosas morbilidades y presenta una elevada mortalidad, en nuestra serie es del 37,5%, que cuatro veces superior a la mortalidad global del servicio 8,34%. Sin embargo no hay predictores claros de mortalidad en estos pacientes. Es significativa la reducción de mortalidad de aquellos pacientes que reciben anticoagulación, frente a los que no la reciben, aunque el tiempo en rango terapéutico probablemente sea bajo.

Conclusiones: Los pacientes con ingresados con FA presentan una elevada mortalidad, tanto durante el ingreso como al seguimiento. Aquellos pacientes que reciben anticoagulación fallecen menos. Haría falta otro tipo de estudio para valorar si el deterioro cognitivo, la insuficiencia cardiaca y la anticoagulación al alta, podrían utilizarse como predictores de mortalidad.