



<https://www.revclinesp.es>

## RV-008 - ANTIAGREGACIÓN COMO ALTERNATIVA A LA ANTICOAGULACIÓN EN FIBRILACIÓN AURICULAR CON RIESGO MODERADO-ALTO DE ICTUS

A. Merlán Hermida, J. Martín Armas, I. Pulido González, I. Ramos Gómez, A. Conde Martel, S. Suárez Ortega

Medicina Interna. Hospital Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

### Resumen

**Objetivos:** Analizar las condiciones en las que se opta por tratamiento antiagregante en pacientes con moderado-alto riesgo de ictus (CHA2DS2-VASc ≥ 2) en lugar de la anticoagulación como indican las guías clínicas.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo donde se revisaron los pacientes ingresados en el Servicio de MI entre septiembre de 2014 y agosto de 2015 con diagnóstico de FA. Se recogieron datos demográficos, índice de Barthel, antecedentes personales, tratamiento, CHA2DS2-VASc, HAS BLED y estancia hospitalaria. Se realizó seguimiento posterior comparando el grupo de pacientes anticoagulados al alta frente a aquellos con tratamiento antiagregante. Se excluyeron los pacientes con válvula protésica y aquellos sin tratamiento antitrombótico alguno. Las variables cualitativas se analizaron mediante la prueba de chi cuadrado y las cuantitativas mediante t-Student.

**Resultados:** Se recogieron 489 pacientes con diagnóstico de FA (28 portadores de válvula protésica), el 52,17% varones, con edad media  $80,1 \pm 8,4$  años. Un 22% estaban diagnosticados de deterioro cognitivo y presentaban un Índice de Barthel  $76,5 \pm 30,1$ . Entre los antecedentes más prevalentes destacaban hipertensión arterial 89%, insuficiencia cardiaca 68%, diabetes mellitus 55%, anemia 36%, enfermedad renal 39%, cardiopatía isquémica 29% y accidente cerebro vascular 17%. El 11% de los diagnósticos de FA fueron de novo y fallecieron 67 pacientes (14,5%) durante el ingreso. Todos los pacientes presentaban CHA2DS2-VASc ≥ 2. De los pacientes dados de alta se excluyeron 64 (15,3%) que fueron dados de alta sin tratamiento antitrombótico alguno. De los 330 restantes, 206 pacientes (62,4%) se fueron de alta con anticoagulación oral, mientras que 126 de ellos (38,2%) recibieron tratamiento antiagregante en monoterapia. Los resultados relacionaron significativamente el tratamiento exclusivo con antiplaquetarios con los pacientes que presentaban mayor edad ( $p = 0,001$ ), antecedente de enfermedad renal crónica ( $p = 0,012$ ), anemia previa ( $p = 0,018$ ) y cifras mayores de creatinina ( $p = 0,020$ ). Los pacientes con anemia durante el ingreso, definida como Hb 13 en varones y Hb 12 en mujeres ( $p = 0,032$ ) o deterioro grave de función renal con GFR < 30ml/min ( $p = 0,005$ ) recibieron tratamiento antiagregante. Se anticoaguló en mayor medida a los pacientes con una mejor situación funcional previa, estimada mediante el Índice de Barthel ( $p = 0,001$ ). Destacar que, durante el seguimiento, se relacionó el uso de anticoagulación oral con una mayor supervivencia ( $p = 0,031$ ) con una media de  $242 \pm 155$  días frente a  $203 \pm 162$  en el grupo con antiplaquetarios. El motivo de no anticoagular a los pacientes al alta se reflejó tan sólo en 64 pacientes (50,8%).

**Discusión:** El ictus es una de las principales complicaciones de la FA. Las guías recomiendan la anticoagulación oral en los pacientes con CHA2DS2-VASc ≥ 2. Es frecuente en nuestro medio manejar estos

pacientes mediante antiagregación exclusiva. En nuestra serie, sólo un 62% de los pacientes recibieron tratamiento con anticoagulación pese a tener todos indicación para ello, un 38% recibieron tratamiento antiagregante. La situación funcional basal, la mayor edad, el antecedente de anemia y la peor función renal fueron las principales variables que inclinan la balanza hacia la utilización de antiagregación. Son muy pocos los informes de alta en los que se refleja el motivo de no anticoagular a los pacientes siendo el riesgo de sangrado o la situación basal los que más frecuentemente justifican el desuso de la anticoagulación en nuestros pacientes, pese a que son los anticoagulados quienes presentan una mayor supervivencia en el seguimiento.

*Conclusiones:* Pese a las recomendaciones de anticoagulación en los pacientes de moderado-alto riesgo embólico, mantenemos un 38% en tratamiento antiagregante. La mayor edad, peor función renal, peor situación basal y la anemia se relacionan con el uso exclusivo de antiagregantes. Los pacientes dados de alta con anticoagulación oral presentan una mayor supervivencia.