



## RV-005 - ANTICOAGULACIÓN EN FIBRILACIÓN AURICULAR. ¿EN QUÉ SITUACIONES OBVIAMOS SU INDICACIÓN?

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

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

### Resumen

**Objetivos:** Identificar, en pacientes dados de alta del Servicio de Medicina Interna (MI) con diagnóstico de fibrilación auricular (FA) y riesgo de ictus (CHA2DS2-VASc  $\geq 2$ ), aquellas condiciones o comorbilidades que motivan NO anticoagularlos de cara al alta.

**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 y se excluyeron aquellos portadores de válvula metálica. Se recogieron datos demográficos, antecedentes personales, tratamiento habitual, CHA2DS2-VASc, HAS BLED, estancia hospitalaria y fecha de última revisión. Se comparan dichas variables en el grupo de pacientes anticoagulados al alta frente a los no anticoagulados. Se utilizó el estadístico chi cuadrado para las variables cualitativas y t-Student para la comparación de medias.

**Resultados:** Durante este periodo ingresaron 489 pacientes con diagnóstico de FA, el 52,2% varones, con edad media  $80,1 \pm 8,4$  años. Índice de Barthel (IB)  $76,5 \pm 30,1$ . Un 22% estaban diagnosticados de deterioro cognitivo. Entre los antecedentes más prevalentes destacaban hipertensión arterial 89%, insuficiencia cardiaca 68%, diabetes mellitus 55%, anemia 36%, enfermedad renal 39%, cardiopatía isquémica 29%, EPOC 22% y accidente cerebro vascular 17%. El 11% de los diagnósticos de FA fueron de novo. Se analizaron 463 pacientes. Fallecieron 67 pacientes durante el ingreso. De los dados de alta, sólo 208 (51%) recibieron anticoagulación pese a tener todos CHA2DS2-VASc  $\geq 2$ . Se encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor de anticoagular a los pacientes más jóvenes ( $78 \pm 8,2$  frente a  $81 \pm 8,5$  ( $p = 0,001$ )), aquellos con mejor situación basal (IB  $84 \pm 24,8$  frente a  $73,3 \pm 31$  ( $p = 0,001$ )), mejor función renal (CKD 30 OR 0,57; IC95% 0,36-0,91) y menor HAS BLED (HAS BLED  $\geq 3$  OR 0,56; IC95% 0,38-0,83). Analizados mediante regresión logística, a igualdad del resto de variables, los pacientes con IB  $\geq 60$  y aquellos con  $\geq 85$  años reciben menor anticoagulación. La anemia, definida según criterios de la OMS (Hb 13 g/dL en varones y Hb 12 g/dL en mujeres), no mostró diferencias significativas a la hora de decidir la anticoagulación ( $p = 0,051$ ), sin embargo, cifras de Hb  $\geq 9$  g/dL se relacionaron con menor anticoagulación independientemente del sexo (OR 0,53; IC95% 0,30-0,96). No existe diferencia en relación al antecedente de deterioro cognitivo o ACV previo.

**Discusión:** Una de las principales complicaciones de la FA es el ictus. La estimación del riesgo embólico supone el punto de partida para guiar la indicación de terapias anticoagulantes, indicándose en todos aquellos con CHA2DS2-VASc  $\geq 2$ . Todos los pacientes de nuestro estudio pertenecían a este grupo de riesgo, sin embargo, no todos fueron dados de alta con terapia anticoagulante. Aunque en la mayoría de los casos el

motivo de no anticoagularlos no figura en los informes de alta, en la población de nuestro estudio hemos objetivado que se relaciona con mayor edad, peor situación basal, peor función renal y mayor estimación del riesgo hemorrágico con HAS BLED ? 3. La anemia, por definición, no se relaciona con menor anticoagulación, sin embargo, con Hb 9 g/dL se anticoagula a menos pacientes de forma significativa independientemente del sexo, algo similar a lo que ocurre con el GFR (CKD-EPI), anticoagulando menos a los pacientes con filtrados 30 ml/min.

*Conclusiones:* Sólo la mitad de los pacientes reciben anticoagulación al alta. Anticoagulamos más a los pacientes más jóvenes, a aquellos con mejor situación funcional previa al ingreso y con menor riesgo hemorrágico (HAS BLED 3). La Hb 9 g/dL y el GFR estimado por CKD-EPI 30 ml/min también se relacionaron con menor anticoagulación independientemente del sexo.