



<https://www.revclinesp.es>

ICyFA-140 - INGRESAR CON INR MAYOR DE 3 SE RELACIONA CON MAYOR MORTALIDAD A LARGO PLAZO

I. Pulido González, A. Merlán Hermida, J. Martín Armas, I. Ramos Gómez y A. Conde Martel

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

Resumen

Objetivos: Evaluar la relación entre el INR de una serie de pacientes con fibrilación auricular en Urgencias con el uso y tipo de tratamiento anticoagulante al alta y la mortalidad.

Material y métodos: El Rufian (registro unificado de fibrilación auricular en Gran Canaria) es un estudio longitudinal observacional donde se incluyeron de forma consecutiva los pacientes que ingresaron en el Servicio de MI en el periodo de dos años (2014-2016) de fibrilación auricular no valvular (FANV). Se recogió la mortalidad hospitalaria y se realizó seguimiento hasta junio de 2017 considerando la mortalidad al final de este periodo. Se consideró sobredosificación de antivitamina K cuando el INR era superior a 3. Se analizó la mortalidad hospitalaria y a tras el alta de estos pacientes. La relación entre variables cualitativas se analizaron mediante la prueba de chi cuadrado y entre las cuantitativas mediante t-Student. Se aplicó análisis multivariante para la exclusión de factores de confusión.

Resultados: Durante el periodo 2014-2016 ingresaron 905 pacientes con el diagnóstico de FANV. De éstos un 45,5% (412) recibían tratamiento con fármacos antivitamina K, de los cuales se pudo obtener el INR en urgencias en 358 casos. El INR medio de la muestra fue de $4,1 \pm 2,9$ y la mediana de 3,11. El 27% (96) de los pacientes analizados presentaba un INR en rango terapéutico (entre 2 y 3). El 19,6% (71) un INR 2 (infra terapéutico) y el 54,4% (191) un INR > 3 (supra terapéutico). La mortalidad intrahospitalaria de los pacientes con INR > 3 fue del 12,6% (24) sin diferir de la mortalidad hospitalaria del resto de pacientes del 13,6%. Sin embargo, la mortalidad durante el seguimiento fue del 60,2% (115 pacientes) significativamente superior al 53% de los pacientes sin INR supraterapéutico ($p = 0,002$). El riesgo relativo de exitus en los pacientes con INR > 3 fue de 2,04 (1,33-3,12). En relación a los pacientes con INR > 3 que fueron dados de alta, el 64,4% (123) de los pacientes continuó con fármacos antivitamina K y en un 4,2% (8) se realizó cambio a anticoagulantes orales de acción directa. A un 15,7% (30) se les retiró la anticoagulación y un 11% (21) fue dado de alta con tratamiento antiagregante exclusivamente. El análisis de los pacientes con INR > 3 que no mueren durante el ingreso pero que fallecen durante el seguimiento (91 pacientes) muestra que éstos presentan diferencias significativas con aquellos que no fallecen en su CHA2DS2Vasc, valor de INR, niveles de creatinina (Cr), troponina T (TT), propéptido natriurético tipo B (BNP), ferritina, hemoglobina (Hb), ancho de distribución eritrocitario (ADE), vitamina B12 (B12), velocidad de sedimentación (VSG), estancia hospitalaria, edad e índice de Barthel.

Discusión: Sólo el 27% de los pacientes que ingresan en Medicina Interna con FA están en rango terapéutico (INR 2-3). Se debe tener en cuenta que muchos pacientes ingresan en situación aguda (infección, fracaso renal, insuficiencia cardíaca...) y esto puede relacionarse con los valores de INR en urgencias. Los pacientes

con INR > 3 tienen una mortalidad intrahospitalaria que no difiere al resto de pacientes del registro pero la mortalidad durante el seguimiento es mayor (60,2% vs 53%). A pesar de presentar sobredosificación de fármacos antivitamina K al ingreso su terapia se continúa en un 64,4% de los casos. Por otro lado valores analíticos (BNP, TT, Hb, Cr, VSG, B12, ADE, ferritina), la estancia hospitalaria, edad o índice de Barthel son factores que tienen relación con la mortalidad tras el alta en los pacientes que ingresan con INR > 3.

Conclusiones: Sólo uno de cada cuatro pacientes ingresa con valores de INR en rango terapéutico. Los pacientes con INR > 3 a su ingreso presentan mayor mortalidad tras el alta hospitalaria y esto puede ser un factor a tener en cuenta para realizar un seguimiento más estrecho de estos pacientes. En dos tercios de los casos no se modifica el tratamiento y únicamente en un 4,2% se cambia a anticoagulantes orales de acción directa.