Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):254

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

EA-127 - REVISIÓN SOBRE LA SEGURIDAD Y VIABILIDAD DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN EL PACIENTE ANCIANO CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR

C. Díaz Pérez[1], M. Soto Martín[1], S. Bermejo Vázquez[1] y M. Pérez Tristancho[2]

[1]Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jimenez. Huelva. [2]Medicina Interna. Costa de la Luz. Huelva.

Resumen

Objetivos: Analizar las complicaciones hemorrágicas y la mortalidad en pacientes ancianos anticoagulados por fibrilación auricular no valvular (FANV).

Material y métodos: Realizamos un análisis retrospectivo de los pacientes anticoagulados por FANV que habían ingresado en nuestro servicio de Medicina Interna por alguna complicación hemorrágica (enero 2016 a junio 2017). Para ello, se analizó el perfil de riesgo tromboembólico mediante la escala CHA2DS2VASC y el riesgo hemorrágico en base a la puntuación HASBLEED, comorbilidades, el tipo de evento hemorrágico, la mortalidad y el tipo de tratamiento anticoagulante que recibían.

Resultados: Se incluyeron un total de 32 pacientes. El 62,5% eran mujeres y el 37,5% varones. La edad media fue de 75,1 años. Las características basales fueron: hipertensión 62,5%, diabetes 56,2%, dislipemia 31,2%. Respecto a las comorbilidades asociadas destacar: insuficiencia cardiaca (IC) 56,2%, cardiopatía isquémica 46,8%, ictus isquémico 15,6% y enfermedad arterial periférica 9,3%. El 31,2% presentaban insuficiencia renal. La media de índice de riesgo CHADS-DS2-VASC fue de 3,6 puntos. La media de puntuación HAS-BLEED fue 2,7. En cuanto al tratamiento anticoagulante que recibían, el 81,2% realizaban tratamiento con anticoagulantes de acción directa (ACOD), un 18,1% con antagonistas de la vitamina K (AVK). Entre los pacientes tratados con ACOD el más usado fue apixaban (50%), seguido de dabigatran (15,6%), edoxaban (9,3%) y rivaroxaban (6,2%). En cuanto al tipo de evento hemorrágico, un 9,3% presentaron hemorragia intracraneal (HIC) (6,2% en el grupo de los pacientes tratados con AVK, y un 3,1% en los tratados ACOD). Un 62,5% presentaron sangrado gastrointestinal mayor (un 9,3% con AVK y un 53,1% con ACOD), un 21,8% sangrado gastrointestinal menor (3,1% y 18,7% respectivamente) y un 6,2% otro tipo de sangrado. El 75% de los casos precisaron transfusión por anemia severa. Hubo 5 casos (15,5%) de muertes relacionadas con sangrado (9,3% en de pacientes tratados AVK y un 6,2% en ACOD). Al alta en el 81,3% se suspendió el tratamiento anticoagulante, en un 12,5% se mantuvo y en un 6,2% se cambió por un antiagregante.

Discusión: La edad aumenta la incidencia de fibrilación auricular, embolismo, así como el riesgo de ictus y de sangrado. El dilema del tratamiento anticoagulante del anciano es que aquellos con mayor riesgo de trombosis y, por tanto, candidatos de recibir anticoagulación, son los de mayor riesgo hemorrágico. El manejo de FANV en el anciano es complicado, por el elevado riesgo de

complicaciones tromboembólicas y hemorragias y la decisión de anticoagular debe individualizarse. Los ACOD constituyen una buena alternativa en esta población, ya tienen al menos una eficacia similar en la prevención de ictus y embolia sistémica, pero con un mejor perfil de seguridad.

Conclusiones: El perfil del paciente con FANV es similar al publicado en otras series. La mayoría son pacientes con edad avanzada e importante comorbilidad cardiovascular, con elevado riesgo embólico y por tanto indicación de anticoagulación y un riesgo hemorrágico intermedio-elevado. En nuestra serie la mayoría de los pacientes estaban anticoagulados con ACOD. Esto posiblemente esté en relación con las características basales, ventajas de adherencia al tratamiento y mejor perfil de seguridad a igual o mayor eficacia. En general los eventos hemorrágicos fueron más frecuentes en los pacientes que recibieron tratamiento con ACOD, salvo en el caso de HIC que fue algo más frecuente en aquellos pacientes tratados con AVK. La tasa mortalidad por sangrado fue similar en ambos grupos.

0014-2565 / © 2017, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.