



4017-5 - BALANCE ENTRE EVENTOS EMBÓLICOS Y HEMORRÁGICOS CON RESPECTO A LA MORTALIDAD EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA CON FIBRILACIÓN AURICULAR: LECCIONES DEL REGISTRO CARDIOCHUVI-FA

Pablo Domínguez Erquicia, Sergio Raposeiras Roubín, Emad Abu Assi, María Cespón Fernández, María Melendo Viu, Sonia Blnaco Prieto y Andrés Iñiguez Romo

Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra).

Resumen

Introducción y objetivos: La toma de decisiones clínicas con respecto a la anticoagulación en pacientes de edad avanzada con fibrilación auricular (FA) requiere que los médicos consideren no solo la incidencia de eventos embólicos y hemorrágicos, sino también el riesgo de muerte después de estos eventos adversos. En este estudio, buscamos determinar el efecto neto del balance entre los eventos embólicos y hemorrágicos con respecto a la mortalidad en pacientes de edad avanzada con FA.

Métodos: La cohorte del estudio incluyó a todos los pacientes ≥ 75 años del área de salud de Vigo (Galicia, España) diagnosticados con FA entre 2014 y 2017 (registro CardioCHUVI-AF_75). Para el análisis de mortalidad se utilizó el modelo de riesgos proporcionales de Cox. Para investigar el riesgo de muerte asociado con el sangrado y los eventos embólicos en función del tiempo transcurrido desde el evento utilizamos el enfoque de supervivencia Royston-Parmar con modelos de supervivencia paramétricos flexibles. Todos los análisis se realizaron con el software STATA 15.

Resultados: Estudiamos 9.365 pacientes de edad ≥ 75 años con un diagnóstico confirmado de FA. Durante una mediana de seguimiento de 4,0 años (rango intercuartil, 2,1-5,2), 2.822 pacientes (30,1%) experimentaron eventos hemorrágicos y 922 pacientes (9,8%) eventos embólicos. Tanto los eventos embólicos como los hemorrágicos se asociaron con un mayor riesgo de muerte (razón de riesgo ajustada [HR] 2,39, intervalo de confianza [IC] del 95%: 2,12-2,69, y HR ajustada 1,79; IC95% 1,64-1,96, respectivamente). El riesgo relativo de muerte fue 33% más alto después de una embolia que después de un evento hemorrágico (razón de riesgo [RR] 1,33, IC95% 1,15-1,55), aunque para el ataque isquémico transitorio (AIT) el riesgo fue menor que para el sangrado (RR 0,79; IC95%: 0,63-0,99). El riesgo de muerte asociado con hemorragia intracraneal (HIC) fue similar al de las embolias mayores (RR 1,00; IC95%: 0,75 a 1,29). Tanto la embolia como la hemorragia tuvieron una asociación temporal similar con la mortalidad, que se mantuvo significativa durante varios años y aún era alta tras el evento.

Sangrado y eventos embólicos en la población de estudio, considerando el número (n), porcentaje (%), función de incidencia acumulada (FIA) y tratamiento con medicamentos anticoagulantes al momento del evento

Evento	Número de pacientes	%	FIA (IC95%)	Anticoagulación en el momento del evento (número de pacientes [% de eventos])			
				Sí			No
				AVK	ACOD	Heparina	
Embolismos	922	9,8	2,8 (2,6-3,0)	451 (48,9%)	189 (20,5%)	33 (3,6%)	249 (27,0%)
1) Embolismo mayor	698	7,5	2,1 (1,9-2,2)	343 (49,1%)	135 (19,3%)	32 (4,6%)	188 (26,9%)
a) Ictus	538	5,7	1,6 (1,5-1,7)	262 (48,7%)	116 (21,6%)	19 (3,5%)	141 (26,2%)
b) Embolismo no SNC	178	1,9	0,5 (0,4-0,6)	91 (51,1%)	22 (12,4%)	15 (8,4%)	50 (28,1%)
2) AIT	276	2,9	0,8 (0,7-0,9)	139 (50,4%)	63 (22,8%)	3 (1,1%)	71 (25,7%)
Sangrado	2.822	30,1	10,0 (9,6-10,4)	1.945 (68,9%)	484 (17,2%)	56 (2,0%)	337 (11,9%)
1) Sangrado mayor	827	8,8	2,5 (2,3-2,7)	574 (69,4%)	142 (17,2%)	18 (2,2%)	93 (11,2%)
a) HIC	269	2,9	0,8 (0,7-0,8)	197 (73,2%)	40 (14,9%)	4 (1,5%)	28 (10,4%)
b) SM no HIC	579	6,2	1,7 (1,6-1,9)	394 (68,0%)	105 (18,1%)	14 (2,4%)	66 (11,4%)
2) No sangrado mayor	2.368	25,3	8,2 (7,9-8,5)	1.647 (69,6%)	389 (16,4%)	45 (1,9%)	287 (12,1%)

ACOD: anticoagulante de acción directa; AIT: accidente isquémico transitorio; AVK: antagonista de la vitamina K; FIA: función de incidencia acumulada, HIC (hemorragia intracraneal); SM: sangrado mayor; SNC: sistema nervioso central;

		BLEEDING →		
Risk Ratios		Non-major bleeding	Extracranial major bleeding	Intracranial hemorrhage
↓ EMBOLISM	Transient ischemic attack	0.92 (0.73-1.17)	0.67 (0.51-0.86)	0.46 (0.31-0.58)
	Non-CNS embolism	1.92 (1.46-2.57)	1.40 (1.01-1.90)	0.95 (0.64-1.26)
	Ischemic stroke	2.05 (1.72-2.46)	1.49 (1.17-1.85)	1.01 (0.74-1.30)

Estimaciones del riesgo relativo (razón de las hazard ratio) de mortalidad para la comparación entre diferentes hemorragias y eventos embólicos según su gravedad.

Conclusiones: En pacientes ancianos con FA, los eventos embólicos parecen estar asociados con un

mayor riesgo de mortalidad que el sangrado extracraneal, a excepción de los AIT, que tienen un mejor pronóstico. Para HIC, el riesgo de mortalidad fue similar al de la embolia mayor.