



Revista Española de Cardiología



6006-100. PERSISTENCIA DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE A LARGO EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

Rafael Bravo Marqués¹, Pedro Antonio Chinchurreta Capote¹, Alejandro Isidoro Pérez Cabeza¹, Álvaro Clemente Milán Pinilla¹, Almudena Valle Alberca¹, Fidel Ernesto Mesa Prado¹, José Antonio González Correa² y Francisco Ruiz Mateas¹ del ¹Servicio de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga) y ²Departamento de Farmacología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Málaga.

Resumen

Introducción y objetivos: La anticoagulación oral (ACO) ha demostrado disminución de eventos tromboembólicos en pacientes con FA. Tras la aparición de los NACOs, se discute la posible falta de adherencia a éstos ante la ausencia de necesidad de controles periódicos a diferencia de los AVK.

Métodos: Estudio prospectivo desde noviembre 2012 hasta septiembre 2013 de pacientes atendidos en una consulta monográfica de FA. Analizamos las características clínicas, la adherencia de tratamiento al año de seguimiento de aquellos que se encuentran con ACO y su relación con la aparición de eventos cardiovasculares. Se realiza encuesta vía telefónica o revisión de historia clínica informatizada.

Resultados: 240 pacientes de $68,5 \pm 14,3$ años; 50,4% mujeres; 63,3% HTA, 24,6% diabéticos y 10,4% con ACV/AIT previo. La puntuación CHA₂DS₂-VASc fue $2,9 \pm 1,7$, CHADS₂ $1,6 \pm 1,2$ y HAS-BLED $1,04 \pm 0,71$. El 81,7% presentaban FA, el resto, *flutter* auricular o ambas. FA paroxística 36,7%, persistente 56,3 y 7% permanente. Se anticoagularon 178 pacientes (74,2%; 36,6% con AVK y 37,1% con NACO; 27,52% dabigatrán, 21,34% rivaroxabán y 0,6% apixabán). A los 12 meses, 92% de los pacientes mantienen la anticoagulación (82,7% de los pacientes con AVK, 78% de NACOS) y 88% de aquellos con CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 . De los pacientes que no mantienen ACO al año, el 59% lo ha sustituido por otro ACO. El cambio de tratamiento en el 85% ha sido realizado por Cardiología/Medicina Interna/Neurología, 5% por atención primaria y 2,4% por el propio paciente. El motivo de suspender NACO fue 26% por reevaluación del riesgo tromboembólico, 21% por intolerancia/alergia al fármaco, 15,8% por preferencia del paciente (problemas de financiación) y 10,5% por sangrado mayor. El motivo de suspender AVK fue 35,7% por preferencia del paciente (2/3 por rechazo a realizar controles de INR y 1/3 por miedo a sangrado), 35,7% por labilidad de INR y 7,1% por reevaluación del riesgo tromboembólico. No encontramos una relación significativa entre el abandono de tratamiento y aparición de eventos cardiovasculares por el escaso número de eventos ocurridos en el primer año de seguimiento y bajas tasas de abandono.

Conclusiones: A pesar de la ausencia de controles periódicos, la existencia de una consulta monográfica de FA y los beneficios de esta, nos permite una adherencia al tratamiento muy elevada, similar la de los NACO a la de los AVK.