



6001-433. GRADO DE ADHERENCIA A LAS INDICACIONES DE ANTICOAGULACIÓN ORAL DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EUROPEAS DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTAS DE CARDIOLOGÍA

Leticia Fernández López, Alejandro Isidoro Pérez Cabeza, Antonio Estebán Luque, Pedro Antonio Chinchurreta Capote, Rafael Bravo Marques, Ana Flores Marín, Francisco de Asís Martos Pérez y Francisco Ruiz Mateas del Área de Cardiología del Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga), Unidad de Cardiología del Hospital de Alta Resolución Benalmádena (Málaga) y Área de Procesos Médicos del Hospital de Alta Resolución Benalmádena (Málaga).

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías europeas de práctica clínica de FA recomiendan el empleo de las escalas CHA2DS2VASc y HASBLED para valorar la indicación de tratamiento antitrombótico, así como el tipo de anticoagulante oral (ACO). Analizamos cómo influyen estas recomendaciones en nuestra asistencia en un Hospital de Alta Resolución.

Métodos: Se incluyen los pacientes con FA atendidos en consulta desde abril de 2011 a febrero 2012. Se recogen variables demográficas, clínicas, factores de riesgo tromboembólico y de sangrado y el tratamiento antitrombótico prescrito. El análisis univariable se realiza con el test de χ^2 y el análisis multivariado con regresión logística.

Resultados: La muestra incluye 362 pacientes, 52,5% mujeres y edad media de 71 ± 11 años. El 69,1% son hipertensos, 28,2% diabéticos, el 18% tiene insuficiencia cardíaca (IC) y/o FEVI 40% y el 11,4% antecedentes de AIT/ACV/embolia periférica. El 58% es portador de cardiopatía estructural (27,1% cardiopatía hipertensiva y el 22,7% una valvulopatía significativa). El CHADS2 era de $1,76 \pm 1,3$, el CHA2DS2VASc de $3,08 \pm 1,6$ y el HASBLED de $1,09 \pm 0,73$. El 4,7% de los pacientes tenía un CHA2DS2VASc = 0 frente al 17,7% con CHADS2 = 0. El 69,9% de los pacientes estaban anticoagulados (4,7% con dabigatran). El principal motivo para no anticoagular era tener un CHADS2 ≥ 2 (51,4%), seguido de la presencia de contraindicaciones relativas (15%). El 40,8% de los pacientes con CHA2DS2VASc = 1 estaba anticoagulado. En el análisis univariado las variables asociadas a la toma de ACO fueron la HTA, DM, IC y/o FEVI 40% y ser portador de una cardiopatía hipertensiva, valvulopatía o miocardiopatía (dilatada o hipertrófica). Resultaron ser variables predictoras independientes de recibir ACO la presencia de valvulopatía, el antecedente de AIT/ACV/embolia, la IC y/o FEVI 40% y la escala CHADS2, no así la escala CHA2DS2VASc.

Conclusiones: El 69,1% de la muestra recibe anticoagulación oral, si bien según la escala de CHA2DS2VASc, el 95,3% de los pacientes tendría indicación. Los factores que influyen en el consumo de ACO son la presencia de cardiopatía estructural y variables que componen la escala de CHADS2. La escala CHA2DS2VASc no es predictora independiente de prescripción de ACO. La razón puede ser la escasa prescripción de dabigatran en la muestra.