



6000-84. TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR: ESCASO IMPACTO DE LAS NUEVAS GUÍAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Elena Puerto García Martín, Alfonso Jurado Román, Belén Díaz Antón, Eloy Gómez Mariscal, Ana Miguel Gutiérrez, Belén Rubio Alonso, Roberto Martín Asenjo y Juan José Parra Fuertes del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: Las últimas guías de práctica clínica de fibrilación auricular (FA), supusieron un cambio en la estratificación del riesgo tromboembólico (RT) y hemorrágico (RH) y en las indicaciones de tratamiento antitrombótico. Nuestro objetivo es valorar el impacto de estas recomendaciones en la práctica clínica.

Métodos: Se incluyeron 145 pacientes ingresados por FA en cardiología o en medicina interna (MI) de un hospital terciario, distribuidos en dos periodos: antes de publicación de las guías (2010) y después (2013). Se analizó el RT mediante la clasificación de CHADS₂ y CHA₂DS₂-VASc y el RH según la puntuación de HASBLED y se revisó el tratamiento antitrombótico utilizado.

Resultados: Del total de pacientes, 49% ingresaron en cardiología y 51% en MI; 61,4% antes de la publicación de las guías y 38,6% posteriormente. 84,1% presentaba FA no valvular. La edad media fue 77,23 ± 10. El porcentaje de pacientes con CHADS₂ ≥ 2 fue 50,3% y el de CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 97,2%. 55,9% tenía un HAS-BLED ≥ 3. El 75,9% estaba anticoagulado (96,3% acenocumarol, 1,8% dabigatrán y 0,9% rivaroxabán), 41,7% antiagregado y 4,8% no recibía ningún tratamiento. No hubo diferencias en el RT entre los pacientes ingresados en MI o cardiología ni valorándolo con CHADS₂ ni con CHADS₂VASC. El HASBLED fue significativamente mayor en los pacientes de MI (2,03 ± 0,7 vs 2,08 ± 1,02; p < 0,001). Los pacientes de MI se anticoagulan menos (88% vs 72%) y tienen mayor tasa de tratamiento antiagregante (11% vs 13%) o ausencia de tratamiento (0% vs 9,45%; p = 0,01). No hubo diferencias en RT ni RH en los pacientes valorados antes o después de las guías. No hay diferencias en el tratamiento antitrombótico antes y después de las guías. El 7% de los pacientes con CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 y HASBLED < 3 no fue anticoagulado.

Conclusiones: Sin haber diferencias en el RT de los pacientes, las actuales guías han aportado nuevos índices que sugieren incrementar la tasa de anticoagulación (en nuestra serie un 47%). Sin embargo, esto no ha tenido impacto real en el tratamiento antitrombótico aplicado en la práctica clínica. Los pacientes de cardiología tienen un RT similar y un menor RH que los de MI, lo que se traduce en una mayor tasa de anticoagulación. Hay un 7% de pacientes no anticoagulados que deberían estarlo. A pesar de las nuevas recomendaciones, el impacto de los nuevos anticoagulantes orales en nuestro medio es escaso.