



6002-20. EVOLUCIÓN DEL PERFIL CLÍNICO Y DEL MANEJO ANTITROMBÓTICO DE PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR DE RECIENTE DIAGNÓSTICO EN ESPAÑA. DATOS DEL REGISTRO GARFIELD

Javier Viñolas¹, Francisco Epelde Gonzalo², Pere Álvarez³, Luis Tercedor⁴, Gonzalo Barón⁵, Pablo García Pavía⁶, María Rodríguez Morató⁷ y Carlos Alexandre Almeida Fernández⁸ del ¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, ²Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell (Barcelona), ³Hospital de Viladecans (Barcelona), ⁴Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, ⁵Centro de Especialidades Virgen de los Reyes, Sevilla, ⁶Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, ⁷CAP Horta, Barcelona y ⁸Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila.

Resumen

Introducción: El objetivo del presente estudio fue comparar el perfil clínico y el tratamiento antitrombótico de las cohortes 1 y 2 en España del registro GARFIELD.

Métodos: GARFIELD es un estudio observacional, prospectivo, multicéntrico, e internacional de 5 cohortes, de pacientes con un diagnóstico reciente de fibrilación auricular (FA) no valvular y al menos 1 factor de riesgo para ictus. En la cohorte 1 (n = 819) los pacientes fueron reclutados entre diciembre de 2009 y octubre de 2013, y en la cohorte 2 (n = 567) entre octubre de 2011 y junio de 2015.

Resultados: En la cohorte 1 (edad media $72,3 \pm 10,7$ años; 47,6% mujeres) la mayoría de los pacientes fueron reclutados por cardiólogos (52,4%), seguidos por Atención Primaria (26,7%) e internistas (18,4%). En la cohorte 2 ($73,3 \pm 10,8$ años; 49,2% mujeres), los pacientes fueron reclutados principalmente por cardiólogos (42,8%), Atención Primaria (27,5%) e internistas (27,0%). En comparación con la cohorte 1, en la cohorte 2 fue más frecuente la presencia de hipercolesterolemia (43,6% vs 49,9%, respectivamente; $p = 0,01$), diabetes (22,9% vs 32,2%; $p = 0,0001$), y tenían una menor fracción de eyección ($61,0 \pm 13,2\%$ vs $57,9 \pm 13,9\%$; $p = 0,001$). En cambio, en la cohorte 1 fue más frecuente la presencia de cardiopatía isquémica (13,6% vs 6,7%; $p = 0,001$), y los antecedentes de sangrado (3,4% vs 1,2%; $p = 0,007$). No hubo diferencias significativas en la proporción de sujetos con hipertensión arterial (75,8% vs 78,3%), insuficiencia cardiaca (17,6% vs 18,2%), insuficiencia renal (12,0% vs 12,6%), enfermedad cerebrovascular (10,4% vs 11,5%), fumador activo (6,3% vs 7,6%), o antecedentes de embolia sistémica/trombosis venosa profunda (2,1% vs 1,2%). En la cohorte 1, el 87,1% de los pacientes tenía un CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 , frente al 92,2% de la cohorte 2 ($p = 0,001$). No hubo diferencias significativas en cuanto al riesgo de sangrado (HAS-BLED ≥ 3 : 3,8% vs 3,7%, respectivamente). De los pacientes que tenían un CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 , el 73,6% de los pacientes de la cohorte 1, y el 80,4% de los pacientes de la cohorte 2, estaban anticoagulados ($p = 0,003$).

Conclusiones: El sujeto con FA es un paciente complejo, con un elevado número de comorbilidades. A pesar de que el riesgo de ictus ha aumentado en España, así como el porcentaje de pacientes anticoagulados, todavía existe una proporción significativa de pacientes que no reciben tratamiento anticoagulante.