



6044-574. DIFERENCIAS EN EL MANEJO ANTIARRÍTMICO DE PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR ENTRE CARDIÓLOGOS Y OTROS ESPECIALISTAS: UN ESTUDIO DE "VIDA REAL" EN ESPAÑA

Manuel Anguita Sánchez¹, Martín Ruiz Ortiz¹, Vicente Bertomeu Martínez², Francisco Marín Ortuño³, Javier Muñoz García⁴, Inmaculada Roldán Rabadán¹, Ángel Cequier Fillat¹ e Investigadores del Estudio Fantasia¹ del ¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, ²Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante (Alicante), ³Hospital Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia) y ⁴Universidade da Coruña, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), A Coruña.

Resumen

Introducción y objetivos: La fibrilación auricular no valvular (FANV) es una arritmia muy prevalente, no asociada a cardiopatía estructural en un porcentaje importante de casos, y que es manejada por distintos especialistas. Existen pocos datos en España sobre si existen diferencias en su manejo en relación al ámbito de atención. Nuestro objetivo es comparar las características de los pacientes con FANV controlados por cardiólogos y no cardiólogos (internistas, médicos de atención primaria) y las diferencias existentes en el tratamiento antiarrítmico.

Métodos: Para ello, hemos analizado los datos del estudio FANTASIA, en el que 100 investigadores (81% cardiólogos, 8% internistas-MI y 11% médicos de primaria-MAP) han incluido, entre junio de 2013 y octubre de 2014, 2178 pacientes en toda España (1765, 81%, por cardiólogos y 413, 19%, por MI/MAP).

Resultados: Los pacientes tratados por MI/MAP tenían mayor edad ($77,1 \pm 9,4$ frente a $73,1 \pm 9,1$ años, $p < 0,001$), eran en mayor proporción mujeres (50 frente a 42%, $p = 0,018$), y tenían una mayor prevalencia de diabetes (34 frente a 28%, $p = 0,024$), sin que se observaran otras diferencias en la prevalencia del resto de factores de riesgo cardiovascular, comorbilidades más habituales ni de cardiopatía estructural previa. La FA fue con más frecuencia permanente (56 frente a 48%) y menos frecuencia paroxística (23 frente a 31%) ($p < 0,001$) en los pacientes MI/MAP. Los índices CHA_2DS_2-VASc ($4,15 \pm 1,63$ v $3,60 \pm 1,45$) y HAS-BLED ($2,40 \pm 1,53$ frente a $1,91 \pm 1,12$) fueron mayores en el grupo MI/MAP ($p < 0,001$). En relación al manejo antiarrítmico, en los pacientes de MI/MAP se realizó en menor proporción cardioversión eléctrica (7 frente a 20%, $p < 0,001$) y ablación (4,5 frente a 3,9%, $p = 0,014$), 11% (NS), y se adoptó preferentemente una estrategia de control de frecuencia (83 frente a 56%, $p < 0,001$), con menor uso de fármacos antiarrítmicos (16 frente a 27%, $p < 0,001$) y un similar uso de digoxina (17 frente a 18%), bloqueadores beta (62 frente a 60%) y calcioantagonistas frenadores (9 frente a 11%) (NS).

Conclusiones: En este estudio de "vida real" en pacientes con FANV en España se advierte una menor utilización de estrategias de control de ritmo, con menor uso de cardioversión, ablación y fármacos antiarrítmicos, en pacientes seguidos por MI/MAP en relación a los seguidos por cardiólogos, lo que no se justifica por las ligeras diferencias encontradas en las características clínicas de los pacientes.