



7004-5. RETICENCIA A ADOPTAR LAS RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR

Daniela Dubois Marques¹, Vicente Mora Llabata¹, Eliecer Casal Ardines², Carmen Pérez-Olivares Delgado¹, Fernando Albiñana Fernández³, Vicenta María Rodrigo Salcedo², José Simón Medina Aspas² e Ildefonso Roldán Torres¹ del ¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, ²Centro de Salud Benetússer (Valencia) y ³Centro de Salud Fuente de San Luis, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: Las recomendaciones sobre tratamiento antitrombótico (TA) en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) han ido cambiando con la aparición de nuevos fármacos y ensayos clínicos, sobre todo en p con deficiente control de anticoagulación (ACO) con antagonistas de la vitamina K. El objetivo fue conocer la evolución del grado de adecuación a las recomendaciones de las guías clínicas del TA en pacientes con FANV una vez documentadas las deficiencias previas.

Métodos: Estudio observacional prospectivo, diseñado con un corte transversal exploratorio y visitas de seguimiento a 1, 2 y 3 años (parte prospectiva) de una muestra de 30.024 pacientes mayores de 18 años correspondiente al 10% de la población de un Departamento de Salud, con la intención de conocer las características de los pacientes con FANV. En la visita inicial (corte transversal) analizamos el grado de adecuación a las recomendaciones de las guías en el TA, con la consiguiente transmisión de la información al conjunto de médicos responsables (atención primaria y hospitalaria) y campaña de concienciación paralela. Un año después analizamos la situación.

Resultados: El grupo de estudio inicial lo conformaron 505 pacientes con FANV. La edad media fue $77,4 \pm 10$ años, mujeres el 55%. La prevalencia inicial de TA inadecuado fue del 58,2% (24,6% por no ACO, 29,5% por mal control de ACO (tiempo en rango terapéutico 65% según método de Rosendaal en los 6 meses previos), 3,5% por no indicación de tratamiento antiagregante concomitante a la anticoagulación y 0,6% por no estar indicada la ACO con $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc} = 0$). La prevalencia de TA inadecuado en este grupo al año de seguimiento se redujo significativamente hasta el 51,2% (21,3% por no ACO, 27,5% por mal control de ACO, 2% por no indicación de antiagregantes y 0,4% por no indicación de ACO). Así, la diferencia de prevalencias entre los 2 cortes fue del 7% [IC95%): 0,73-13,2] y la razón de odds de prevalencias de 0,75 [IC95%): 0,59-0,97]; $p = 0,029$ (ver tabla con la participación de cada componente).

TA inicial inadecuado	Por no ACO	Por mal control de ACO	Por AAG no indicada	Por ACO no indicada
			n 17 (3,5%)	n 3 (0,6%)
n 284 (58,2%)	n 120 (24,6%)	n 144 (29,5%)		

	Corr	NoCorr	Corr	NoCorr	Corr	NoCorr	Corr	NoCorr	
Al año de seguimiento	16 (3,3%)	104 (21,3%)	10 (2%)	134 (27,5%)	7 (1,5%)	10 (2%)	1 (0,2%)	2 (0,4%)	
TA: tratamiento antitrombótico. ACO: anticoagulación oral. AAG: antiagregación. Corr: corregido. NoCorr: no corregido.									

Conclusiones: A pesar de la significativa mejora observada, la prevalencia de TA inadecuado fue muy elevada al inicio y durante el seguimiento. De las causas analizadas es llamativo el persistentemente elevado porcentaje de población no anticoagulada y la reticencia a la incorporación de anticoagulantes directos en el grupo de p con mal control de la anticoagulación con antagonistas de la vitamina K.