



6003-55. PREVALENCIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR AMBULATORIA Y CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE UNA COHORTE CONTEMPORÁNEA. ANÁLISIS PRELIMINAR DEL ESTUDIO REFLEJA

Miriam Martín Toro, Javier Torres Llergo, María Rosa Fernández Olmo, Manuel Santiago Herruzo Rojas, Miguel Puentes Chiachío, Miriam Padilla Pérez y Juan Carlos Fernández Guerrero, del Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén.

Resumen

Introducción y objetivos: Disponer de datos actualizados sobre la prevalencia y el modo de presentación de la FA puede mejorar las estrategias de atención a la enfermedad y los resultados en salud. Objetivo: Conocer la carga de enfermedad y características asociadas al tratamiento de la misma en nuestra área de atención.

Métodos: el estudio REFLEJA es un registro observacional, prospectivo, monocéntrico y ambulatorio de pacientes con FA evaluados en consultas de un hospital terciario durante el periodo de octubre 2017 a febrero 2018. Se analizó la prevalencia de FA y su presentación, el perfil de riesgo tromboembólico y hemorrágico de la población, el tratamiento antitrombótico usado y los predictores del mismo.

Resultados: 715 pacientes de 3.382 evaluados (21,1%) padecían FA (48,7% mujeres; edad media 73 ± 11 años; FA no valvular 88,4% y puntuación de CHADS₂-VASc media de $3,48 \pm 1,65$). El 15,9% fue de presentación *de novo*, y el tipo más frecuente fue la permanente (53,8%). La insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal crónica (IR), anemia y antecedente de neoplasia estaban presentes en un 26,7%, 33,3%, 17,1% y 5,7% de los casos respectivamente. El 86,2% de la FA no valvular ($n = 545$) tenía indicación de anticoagulación oral (CHADS₂-VASc ≥ 2) y un 26,3% HAS-BLED ≥ 2 (sin INR lábil), sin embargo estaban anticoagulados un 92,3% (79% previo a la consulta) mayoritariamente con anticoagulantes directos (ACOD) (61,1%). El uso previo con antagonistas de la vitamina K (AVK) se asociaba de forma independiente con la presencia de insuficiencia renal crónica (OR 1,51; IC 1,04-2,22; $p = 0,031$), insuficiencia mitral moderada o grave (OR 1,78; IC 1,04-3,03; $p = 0,034$) e historia previa a la consulta de FA (OR 5,01; IC 2,41-10,3; $p = 0,001$), mientras que los ACOD lo hacían con una puntuación CHADS₂-VASc ≥ 2 (OR 3,01; IC 1,75-5,18; $p = 0,001$), puntuación HAS-BLED ≥ 2 (OR 0,59; IC 0,40-0,86; $p = 0,007$) cardioversión eléctrica previa (CVE) (OR 2,09; IC 1,14-4,49) y EPOC (OR 0,51; IC 0,30-0,87; $p = 0,014$).

Conclusiones: Aproximadamente 1 de cada 5 pacientes evaluados en la consulta presenta FA, con una proporción de ACO muy alta, reflejo del elevado riesgo tromboembólico de la población atendida. La insuficiencia renal crónica o historia previa de FA se asocia más frecuentemente a uso de AVK. Los ACOD fueron utilizados con más frecuencia en la CVE o la propia indicación de ACO por CHADS₂-VASc ≥ 2 , aunque por el contrario su uso fue menor en el alto riesgo hemorrágico.