



RV-018 - ESTRATEGIA ANTITROMBÓTICA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA. ESTUDIO NONAVASC

C. Suárez Fernández¹, G. López Castellanos², J. Vargas Hitos³, S. Aranda Sánchez⁴, C. Argüello Martín⁵, C. de la Guerra Acebal⁶, M. Rico Corral⁷, M. Camafort Babkowski⁸ y Grupo NONAVASC, en representación del Grupo de Trabajo Riesgo Vascular SEMI

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital del Sureste. Arganda del Rey (Madrid). ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Central. Asturias. ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital de Mendaro. Mendaro (Guipúzcoa). ⁷Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ⁸Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

Resumen

Objetivos: Describir las características y factores asociados a la utilización de diferentes estrategias antitrombóticas en los pacientes con fibrilación auricular (FA) ingresados en servicios de medicina interna.

Métodos: Estudio observacional, transversal, multicéntrico y de ámbito nacional diseñado para evaluar la adecuación del tratamiento antitrombótico en pacientes > 75 años ingresados en M. Interna con FA. Para cada enfermo se recogieron: edad, sexo, ECV, comorbilidades, tipo de FA, índice de Charlson, caídas, PFEIFER, GDS, FRAIL, SARC-F, Barthel, CHADS₂-Vasc, HAS-BLED, antecedentes de hemorragia, creatinina, anemia, plaquetas, nº de comprimidos y tipo de tratamiento antitrombótico. Se definieron cuatro estrategias antitrombóticas al ingreso: anticoagulación (AC) (antivitamina K (AVK) o HBPM o anticoagulantes de acción directa (AAD)), antiagregación (AA); AC +AG y ningún tratamiento antitrombótico (NAT). Los resultados se expresan como n (%) o media (desviación estándar). Comparación de porcentajes con el test de chi cuadrado y comparación de medias con test t de Student.

Resultados: 860 pacientes, edad media 84,3 (5,4) años, 361 (46%) varones. Periodo inclusión: octubre- diciembre 2014. Estrategia AT: 408 (47,5%) en tratamiento con AC, 138 (16%) con AG, 55 (6,5%) con AC+AG y 259 (30%) NAT. El tratamiento con AC + AG se asocia de forma significativa a género masculino, menor edad, diabetes y ECV, mejor perfil renal y funcionalidad; mientras que la utilización de AG como única estrategia es significativamente más frecuente en pacientes mayores, mujeres, con peor funcionalidad, e IR. 259 pacientes no reciben ningún tipo de tratamiento antitrombótico y que se caracterizan por ser algo más jóvenes que los tratados solo con AG, tener peor perfil de riesgo y una funcionalidad similar a los tratados con AG. El AP de sangrado no se asocia a un tipo de estrategia antitrombótica determinada, ni tampoco la puntuación de HASBLEED. Se presentará tabla con 32 variables analizadas y su contraste de hipótesis que apoyan los datos resumidos previamente.

Discusión: Llama la atención la existencia de un grupo importante de pacientes que no reciben ningún tipo de tratamiento antitrombótico y que se caracterizan por ser algo más jóvenes que los tratados solo con AG, tener peor perfil de riesgo (más AP de ECV) y una funcionalidad similar, en los que no se identifica ninguna variable asociada a esta elección.

Conclusiones: Mientras que ni el antecedente de hemorragia ni el riesgo trombótico (salvo en los sujetos que reciben AC+AG, que tienen un mayor riesgo trombótico) parecen influir en la estrategia antitrombótica utilizada, la funcionalidad es un determinante clave del tratamiento elegido; si bien existe un porcentaje de pacientes que no reciben ningún tipo de tratamiento sin causa aparente que lo justifique.