



## ICYFA-101 - EN NUESTROS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR, ¿ESTAMOS REALIZANDO BIEN LA PROFILAXIS FRENTE A EPISODIOS TROMBOEMBOLICOS? EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL SISTEMA PÚBLICO ANDALUZ

E. Sánchez Relinque<sup>1</sup>, C. Collado Moreno<sup>2</sup>, V. Manzano Román<sup>3</sup>, J. Puerto Alonso<sup>1</sup>, J. Gil Gascón<sup>4</sup>, P. Fernández García<sup>5</sup> y J. Bianchi Llave<sup>4</sup>

<sup>1</sup>UGC Medicina Interna; <sup>5</sup>UGC Cardiología. Hospital de la Línea de la Concepción. La Línea de la Concepción (Cádiz). <sup>2</sup>UGC Cardiología. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz). <sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital de Traumáticos. Clínica San Rafael de Cádiz. Cádiz. <sup>4</sup>UGC Medicina Interna. Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz).

### Resumen

**Objetivos:** La fibrilación auricular es una patología relativamente frecuente con una complicación muy grave, los accidentes tromboembólicos, queremos saber qué tipo de profilaxis usamos en nuestro medio.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de los pacientes ingresados con fibrilación auricular entre enero y diciembre del 2016. Se analizó el tratamiento antitrombótico que de cada paciente al ingreso. Para calcular el riesgo de tromboembolismo se utilizó la escala CHADS2 (insuficiencia cardíaca -IC-, HTA, edad mayor de 75 años, diabetes: 1 punto cada uno; accidente cerebrovascular o accidente isquémico transitorio -ACV o AIT- previos: 2 puntos). Se consideró riesgo bajo 0 puntos, medio 1 punto y alto 2 o más puntos.

**Resultados:** Se recogieron datos de 219 pacientes con una edad media de  $72,5 \pm 7,9$  años. El 55,3% fueron varones. La FA era persistente en 43%, permanente en el 20% de los casos y paroxística en el 37%. Factores de riesgo: más de 75 años, 68%, HTA 70,2%, IC: 36,2%, diabetes 27,4%, ACV 18%. La puntuación según la escala CHADS2 fue de 0 puntos: 2,9% de los pacientes, 1: 16,1%, 2: 32,3%, 3: 25,4%, 4: 14,8%, 5: 7,3%, 6: 1,2%. Profilaxis antitrombótica. Global: anticoagulantes orales (ACO, en nuestro caso sintrom) 66%, nuevos anticoagulantes orales (NACO) 17,8 antiagregantes 5,6%, heparina 10,6%. En función del CHADS2: 0: ACO 51%, antiagregantes 49%; 1: ACO 69%, antiagregantes 31%; 2: ACO 66%, NACO 16%, heparina 18%; 3: ACO 69%, NACO 14%, heparina 19%; 4: ACO 81%, NACO 9%, heparina 11%; 5: ACO 66%, NACO 10%, antiagregante 10%, heparina 14%; 6: ACO 58%, NACO 5%, antiagregantes 19%, heparina 18%.

**Discusión:** La incidencia de accidente cerebrovascular en pacientes con fibrilación auricular es de 2 a 17 veces mayor que en la población en general, dependiendo de la causa de la FA. Además, el accidente cerebrovascular cardioembólico es una de las complicaciones más comunes de la FA. Por ello tenemos que valorar muy bien si decidimos no anticoagular a nuestro paciente con FA.

*Conclusiones:* En nuestro estudio, el uso de Sintrom prevalece sobre cualquier opción en cualquier tramo de riesgo. Llama la atención el uso preferente del sintrom en los pacientes de bajo riesgo y sin embargo el uso de antiagregantes vuelve a crecer en el tramo 5 y 6 del CHADS2 a pesar de que no estaría indicado. Esto es debido a que son grupos de más edad y en peor estado general. En ningún caso se optó por no dar ninguna medicación, al menos se antiagregó. Los NACO se dieron prioritariamente a pacientes algo más jóvenes y en mejor estado funcional. Entre los antiagregantes se prefirió el ácido acetilsalicílico, seguido a distancia por el clopidogrel.