



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/1910 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP) DIAGNOSTICADOS DE FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR (FANV) CON RIESGO DE ICTUS O EMBOLIA SISTÉMICA, EN TRATAMIENTO CON ACOD. ESTUDIO SILVER-AP

M. de la Figuera von Wichmann<sup>a</sup>, S. Cinza Sanjurjo<sup>b</sup>, M.I. Egocheaga Cabello<sup>c</sup>, M.Á. Prieto Díaz<sup>d</sup>, J.A. Quindimil Vázquez<sup>e</sup>, E. Martín Riobóo<sup>f</sup>, L. Mengual Martínez<sup>g</sup> y N. Marín Montañés<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Equipo de Atención Primaria Sardenya. Barcelona. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. Santiago de Compostela. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Isla de Oza. Madrid. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Kueto. Sestao. <sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba. <sup>g</sup>Médico de Familia. CAP Badia del Vallès. Barcelona. <sup>h</sup>Medical Manager Anticoagulation. Bayer Hispania. S.L. Sant Joan Despí.

### Resumen

**Objetivos:** Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con FANV con riesgo de ictus o embolia sistémica en tratamiento con un anticoagulante oral directo (ACOD) desde hace al menos 3 meses y en seguimiento por parte de su médico de AP, así como determinar los motivos del cambio de tratamiento anticoagulante.

**Metodología:** Estudio observacional, transversal y multicéntrico llevado a cabo en las CCAA de Galicia, Madrid, Catalunya, Andalucía, País Vasco, Aragón, Navarra, Baleares y Valencia, en las que el médico de AP puede prescribir un ACOD sin derivar al paciente al especialista. Se incluyeron 792 pacientes  $\geq 18$  años con FANV con riesgo de ictus o embolia sistémica atendidos en AP en los que el médico de AP hubiera modificado su pauta terapéutica a ACOD y que en el momento de la visita llevaran como mínimo 3 meses en tratamiento.

**Resultados:** Se analizaron datos de 790 pacientes (se excluyeron 2 pacientes por incumplir algún criterio de selección). El 50,5% de los pacientes eran hombres, con una edad media de  $78,6 \pm 8,4$  años, y un IMC medio de  $29,0 \pm 4,8$  kg/m<sup>2</sup>. Se observó una puntuación media en la escala CHADS2 de  $2,6 \pm 1,2$  (riesgo tromboembólico alto en 81,9% de los pacientes),  $4,3 \pm 1,6$  en la escala CHA2DS2-VASc (riesgo tromboembólico alto en 98,1% de los pacientes) y  $2,3 \pm 1,0$  en la escala HAS-BLED (riesgo hemorrágico intermedio en 61,5% de los pacientes). En cuanto al tratamiento anticoagulante, el 95,9% fueron previamente tratados con AVK. El ACOD actual era rivaroxaban para 57,8% de los pacientes seguido de dabigatran (23,7%) y apixaban (18,5%) observándose un tiempo medio de tratamiento de  $15,8 \pm 12,5$  meses. En el 59,1% de los casos el cambio de tratamiento se realizó siguiendo los criterios del Informe de Posicionamiento Terapéutico de la AEMPS (IPT), siendo mal control del INR el motivo más frecuente (75,7%), seguido de hipersensibilidad o contraindicación a AVK (9,5%).

**Conclusiones:** En más de la mitad de los pacientes de alto riesgo tromboembólico en que el médico

de AP indicó el cambio de tratamiento anticoagulante, éste se hizo según criterios IPT, siendo el principal motivo el mal control del INR.

**Palabras clave:** *FANV. Atención Primaria. Anticoagulantes orales directos.*