



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/1771 - LOS MÉDICOS DE AP Y LA FIBRILACIÓN AURICULAR. HÁBITOS EN ANTICOAGULACIÓN

J. López Lanza^a, M. Sánchez Soberón^a, Á. Pérez Martín^b, E. Bengochea Botín^c, S. Pardo del Olmo^d, R. Grande Grande^e, M. Villa Puente^f, A. Rojo Claderón^g, R. López Videras^a y M. Agüeros Fernández^h

^aMédico de Familia. Centro de Salud Vargas. Santander. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Centro. Santander. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. ^dMédico de Familia. Centro de Salud La Marina. Santander. ^eMédico de Familia. Centro de Salud de Renedo. Cantabria. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Sardinero. Santander. ^gMédico de Familia. Centro de Salud Cudeyo. Solares. ^hMédico de Familia. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega.

Resumen

Objetivos: La fibrilación auricular no valvular (FANV) es la arritmia más prevalente entre los pacientes de AP. Suele ser asintomática, pero conlleva elevado riesgo de ictus. Su presencia nos debe llevar a anticoagular para reducir tal riesgo. Quisimos conocer qué criterios utilizamos los médicos de AP para iniciar un tratamiento anticoagulante y los factores que influyen cuando decidimos anticoagular.

Metodología: Encuestas autoadministradas de forma anónima y voluntaria a médicos de 8 centros de Cantabria sobre criterios de anticoagulación en FA. Las variables analizadas incluían, puntuación de escala CHADs-VASc considerada para anticoagular y otros factores que influían al iniciar o no ellos mismos la anticoagulación con anticoagulantes directos (ACOD).

Resultados: Contestaron 59 médicos, conocía la escala 89,8% y 67,8% habían iniciado ellos mismos anticoagulación en FANV. Sólo 13,6% iniciaría anticoagulación con 1 punto CHADs-VASc, comenzando con 2 puntos el 71,7% y 3 o más 11,9%. El 52,5% inician tratamiento siempre en AP en FANV permanente estable mientras 18,6% remite siempre a Cardiología. Si la FANV es paroxística aumentan las derivaciones a cardiología hasta 27,1%, y aún asintomático, el 15,3% deriva siempre a urgencias. Un 54,2% utilizan ACOD de 1ª opción y un 22% inician indistintamente acenocumarol/ACOD. Los pacientes con acenocumarol mal controlados que pasarían a ACOD, un 5,1% de médicos piensan que no es necesario mirar el INR antes, mientras 49,2% nunca han realizado dicho cambio.

Conclusiones: Iniciar anticoagulación en FANV en AP es más frecuente con CHADs-VASc de 2 o más puntos, muy escaso cuando tenemos un punto, a pesar de que las guías recomiendan valorar la anticoagulación con dicha puntuación. La mayoría alguna vez han iniciado anticoagulación, pero únicamente la mitad lo hacen siempre en FANV permanente estable y mucho menos en paroxísticas. Los ACOD se emplean cerca de la mitad de los casos como 1ª opción a pesar de las recomendaciones, y casi la mitad no contempla usar ACOD con malos controles del INR. Deberíamos iniciar más veces anticoagulación desde AP para reducir las consultas a Cardiología. Si el control del

INR es deficiente debemos considerar pasar a ACOD como 1ª opción.

Palabras clave: Fibrilación auricular. Anticoagulación. Prevención.