



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/1843 - 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 BRONCE-AP

M.Á. Prieto Díaz<sup>a</sup>, M. de la Figuera von Wichmann<sup>b</sup>, S. Cinza Sanjurjo<sup>c</sup>, M.I. Egocheaga Cabello<sup>d</sup>, J.A. Divisón Garrote<sup>e</sup> y N. Marín Montañés<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo. <sup>b</sup>Médico de Familia. Equipo de Atención Primaria Sardenya. Barcelona. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. Santiago de Compostela. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Isla de Oza. Madrid. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Casas Ibáñez. Albacete. <sup>f</sup>Medical Manager Anticoagulation. Bayer Hispania. S.L. Sant Joan Despí.

### Resumen

**Objetivos:** Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) con riesgo de ictus o embolia sistémica en tratamiento con 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 realizado en las CCAA de Castilla-León, Murcia, Castilla-La Mancha, Extremadura, Asturias, Canarias, La Rioja y Cantabria, donde AP no podía prescribir un ACOD y debía derivar al paciente al especialista (cuando se aprobó el protocolo). Se incluyeron 247 pacientes > 18 años con FANV con riesgo de ictus o embolia sistémica atendidos en AP en que el médico especialista 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 246 pacientes. El 51,2% de los pacientes eran hombres, edad media  $76,2 \pm 9,0$  años, IMC medio  $29,0 \pm 5,2$  kg/m<sup>2</sup>. Se observó una puntuación media en la escala CHADS2 de  $2,2 \pm 1,3$  (riesgo tromboembólico alto: 70,4%),  $3,8 \pm 1,8$  en la escala CHA2DS2-VASc (riesgo tromboembólico alto: 91,1%) y  $1,9 \pm 1,0$  en la escala HAS-BLED (riesgo hemorrágico intermedio: 68,7%). El 91,5% de los pacientes fueron previamente tratados con AVK. El ACOD actual era rivaroxaban para el 54,1%, seguido de apixaban (23,2%) y dabigatran (22,8%); con un tiempo medio de tratamiento de  $15,9 \pm 12,2$  meses. En el 50,4% de los pacientes el médico de AP desconocía el motivo del cambio de terapia, y en el 28,9% de los casos el cambio de tratamiento se realizó siguiendo los criterios IPT. El principal motivo fue mal control del INR (54,1%), seguido de ACOD prescrito según ficha técnica (29,5%).

**Conclusiones:** Para más de la mitad de los pacientes con alto riesgo tromboembólico atendidos en AP que el especialista indica el cambio de tratamiento anticoagulante, el médico de AP desconoce el criterio del cambio de terapia. Este cambio se realizó según IPT en el 28,9% de los casos.

**Palabras clave:** FANV (fibrilación auricular no valvular). Atención Primaria. ACOD (anticoagulantes orales directos). IPT (Informe Posicionamiento Terapéutico).