

6021-219. TENDENCIAS EN EL INICIO DE TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR E INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN ESTADIO 4

Carolina Ortiz Cortés¹, Sergio Raposeiras Roubín², José Manuel Andreu Cayuelas³, Abel García del Egado⁴, Elena Fortuny Frau⁵, Julia Seller Moya⁶, Santiago Jesús Camacho Freire⁷, Pau Alonso Fernández⁸, Pablo Jorge Pérez⁹, Javier López Pais¹⁰, Rafael Bravo Marqués¹¹, Julián Palacios Rubio⁵, Juan Benezet Mazuecos¹² y Juan Cosín Sales¹³

¹Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres. ²Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra). ³Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia. ⁴Complejo Asistencial Universitario, León. ⁵Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears). ⁶Hospital de Denia (Alicante). ⁷Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva. ⁸Hospital de Manises (Valencia). ⁹Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife). ¹⁰Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña). ¹¹Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga). ¹²Hospital Quirón, Madrid. ¹³Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) e insuficiencia renal crónica (IRC) en estadio 4 presentan un elevado riesgo tromboembólico y hemorrágico. Actualmente las guías de práctica clínica recomiendan mayoritariamente iniciar tratamiento anticoagulante en estos pacientes pese a que existe escasa evidencia sobre su seguridad y eficacia. El objetivo de este trabajo es describir la evolución en la prescripción de los diferentes anticoagulantes en este grupo de pacientes entre 2008 y 2016.

Métodos: Registro retrospectivo multicéntrico que incluye pacientes con IRC en estadio 4 (tasa de filtrado glomerular estimada: 15-30 mL/min/1,73 m² sin terapia de sustitución renal) y FANV de nuevo diagnóstico con puntuación CHA₂DS₂VASc ≥ 1 entre enero de 2008 y diciembre de 2016 (n = 282). Los pacientes se agruparon en 3 periodos de 36 meses para analizar las variaciones entre ellos: periodo 1: 2008-2010 (n = 64), periodo 2: 2011-2013 (n = 139) y periodo 3: 2014-2016 (n = 79).

Resultados: Entre los 282 pacientes incluidos en el estudio, no se encontraron diferencias significativas en la tasa de filtrado glomerular estimada ni en el riesgo tromboembólico ni hemorrágico estimado por las escalas CHA₂DS₂VASc y HAS-BLED en el momento del diagnóstico de FANV (tabla). Se observó un crecimiento en la tasa de anticoagulación a expensas de un aumento significativo en la prescripción de anticoagulantes orales de acción directa (ACODs) (periodo 1: 1,6%, periodo 2: 7,2%, periodo 3: 15,2%, p = 0,008 para la comparación entre los periodos 1 y 3), sin cambios en las tasas de prescripción de antagonistas de la vitamina K (AVK) (periodo 1: 53,1%, periodo 2: 52,5%, periodo 3: 54,4%, p = 0,876 para la comparación entre los periodos 1 y 3).

Escalas de riesgo y función renal estimada basal de los pacientes según el periodo de diagnóstico de la fibrilación auricular

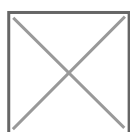
Características

Año de diagnóstico de la fibrilación auricular

p

2008-2010 (n = 64)	2011-2013 (n = 139)	2014-2016 (n = 79)		
Puntuación CHA ₂ DS ₂ VAS _c	4,3 (± 1,3)	4,3 (± 1,4)	4,8 (± 1,5)	0,052
Puntuación HAS-BLED	2,8 (± 1,3)	2,7 (± 1,2)	2,4 (± 1,2)	0,088
TFGe (mL/min/1,73 m ²)	25,8 (± 8,0)	24,1 (± 8,1)	24,8 (± 7,1)	0,340

TFGe: tasa de filtrado glomerular estimada. Los datos se expresan como media (± desviación estándar).



Evolución temporal de la prescripción de anticoagulantes.

Conclusiones: En una elevada proporción de pacientes con IRC en estadio 4 no se inicia tratamiento anticoagulante tras el diagnóstico de FANV. Sin embargo, el empleo de anticoagulación ha aumentado en los últimos años por un aumento significativo en la prescripción de ACODs. La tasa de prescripción de AVK no varió significativamente durante el periodo analizado.