



5010-2. INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN EL TIEMPO DE DEMORA PARA LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA PROGRAMADA

Edgardo Alania Torres, Eduardo Vázquez Ruiz de Castroviejo, Miriam Padilla Pérez, Manuel Frutos López, Antonio Luis Linde Estrella, Daniel Salas Bravo y Juan Carlos Fernández Guerrero de la Unidad de Gestión Clínica de Cardiología, Complejo Hospitalario de Jaén.

Resumen

Introducción: La necesidad de una correcta anticoagulación durante 3-4 semanas antes de realizar intento de cardioversión (CV) en los pacientes (p) con fibrilación auricular está bien establecida. Conseguir una correcta anticoagulación con antivitaminas K (AVK) conlleva demoras en la realización del procedimiento. La disponibilidad actual de nuevos anticoagulantes con un perfil farmacológico diferente hace que el tiempo necesario para la realización de la CV pueda acortarse.

Objetivos: Analizar de forma retrospectiva el tiempo transcurrido desde que se indica la cardioversión hasta que se realiza en p anticoagulados con AVK y compararlo con el transcurrido en los p en los que el procedimiento se llevó a cabo utilizando dabigatran.

Métodos: Analizamos el tiempo que transcurrió desde que se indicó hasta que se realizó CV eléctrica en nuestro centro durante el año 2013. Dividimos a los pacientes en cuatro grupos: A: p que no estaban anticoagulados en el momento de la indicación y se inició tratamiento con AVK; B: p que estaban anticoagulados con AVK y se realizó la CV con dicho anticoagulante; C: p que no estaban anticoagulados en el momento de la indicación y se inició dabigatran; D: pacientes que estaban anticoagulados con dabigatran en el momento de la indicación y se realizó la CV con dicho anticoagulante, grupo en el que la demora era ajena a la anticoagulación y debida a otros factores (intento farmacológico previo, decisión del p, etc.).

Resultados: Se incluyeron 77 p (características basales en tabla) En el grupo A la CV se realizó a los $97,7 \pm 72,1$ días tras la indicación y se realizaron en ese intervalo $11,5 \pm 8,7$ determinaciones de INR; en los grupos B, C y D las demoras fueron: $44,6 \pm 36,6$; $40,7 \pm 24,6$ y $27,5 \pm 11,2$ días respectivamente. El número de determinaciones de INR en el grupo B fue de $5,7 \pm 2,3$. El 30% de los p (23/77) tenían un CHADS₂ de 0 y 35/77 (45,4%) un CHA₂DS₂-VASc de 0 o 1. No hubo ningún evento embólico.

Datos demográficos					
	Total (n = 77)	A (n = 18)	B (n = 27)	C (n = 14)	D (n = 18)
Edad (años)	$62,7 \pm 10,5$	$56,7 \pm 8,4$	$63,9 \pm 9,3$	$62,4 \pm 12,8$	$67,1 \pm 10,2$

Mujer (%)	23,4	16,7	14,8	28,6	38,9
CHADS ₂	1,1 ± 1	0,6 ± 1	1,4 ± 1	1,1 ± 0,8	1,3 ± 0,9
CHA ₂ DS ₂ -VASC	2 ± 1,4	1 ± 1,3	2,4 ± 1,3	1,7 ± 1,3	2,4 ± 1,2
HTA (%)	61	38,9	74,1	35,7	83,3
DM (%)	10,4	5,6	14,8	21,4	0
ACV previo (%)	9,1	5,6	3,7	14,3	16,7
FA: fibrilación auricular; DM: diabetes mellitus; HTA: hipertensión arterial.					

Conclusiones: En nuestro estudio la utilización de AVK ha demorado la realización de CV en alrededor de dos meses respecto a las CV realizadas con dabigatran requiriendo, además, un número elevado de determinaciones de INR. Más de un tercio de los pacientes no tienen indicación de anticoagulación definitiva por lo que la demora en el procedimiento implica un tiempo de anticoagulación que puede ser evitado con el uso de los nuevos anticoagulantes.