Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 226

Revista Española de Cardiología

7004-9. CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN DE PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR TRATADOS CON DABIGATRÁN FRENTE A ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL. ESTUDIO CAPANA

Vivencio Barrios[1], Carlos Escobar[1], Gonzalo Barón[1], Juan José Gómez Doblas[1], Esther Recalde[2], Luis Segura[2], Pere Álvarez[2], Francisco Alonso[2], Jesús Toril[2], José Miguel Chopo[2], Manuel Aparici[2] y Enrique Galve[2], del [1]Comité Científico Estudio CAPANA y [2]Investigador estudio CAPANA.

Resumen

Introducción y objetivos: Existe muy escasa información en España sobre Calidad de Vida (CdV) y grado de satisfacción con el tratamiento anticoagulante para fibrilación auricular no valvular (FANV), en práctica clínica («vida real») tras la introducción de los anticoagulantes orales de acción directa. El objetivo fue analizar CdV y grado de satisfacción del tratamiento con dabigatrán y antagonistas de vitamina K (AVK) en pacientes ambulatorios con FANV en condiciones de «vida real» en España.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico en pacientes ambulatorios con FANV atendidos en Cardiología que iniciaron tratamiento con dabigatrán o AVK en el mes previo a la visita basal, con diseño 3:1 (dabigatrán:AVK). A todos los pacientes se realizó seguimiento de 6 meses, con 3 visitas programadas (V0, V1 y V6). Se analiza CdV mediante el cuestionario validado AF-QoL 18 y percepción del cardiólogo sobre la satisfacción del paciente con el tratamiento anticoagulante (mediante cuestionario *ad hoc*).

Resultados: Se incluyeron 1.043 pacientes, 1.015 evaluables (2,4% abandonaron prematuramente). 57% varones, edad media: 73,3 ± 9,4 años. Puntuación media CHA_2DS_2-VASc: 3,4 ± 1,5 y HAS-BLED: 1,5 ± 1,0. Tipos de fibrilación auricular: permanente 36,4%, paroxística 35,1% y persistente 28,6%. Tratamiento anticoagulante: 74,7% dabigatrán (61,1% con 150 mg bid y 38,9% con 110 mg bid) y 25,3% AVK. Las puntuaciones totales estandarizadas de CdV (siendo 0 mínima y 100 máxima) fueron 50,6 ± 24,7 y 42,8 ± 22,5 para dabigatrán y AVK respectivamente (p 0,001). Estratificando por riesgo tromboembólico globalmente, a mayor riesgo, peor CdV (p = 0,045). En los pacientes de mayor riesgo (CHA_2DS_2-VASc ? 3), la CdV fue significativamente mejor con dabigatrán que con AVK. Existe una mejor percepción del cardiólogo sobre la satisfacción del paciente con dabigatrán que con AVK: 8,7 ± 1,4 frente a 6,3 ± 2,0 respectivamente; p 0,001 para todos los niveles de riesgo tromboembólico (0: completamente insatisfecho a 10: completamente satisfecho) (tabla).

Calidad de vida y satisfacción según el tratamiento anticoagulante

Mes 6		Global		Riesgo moderado CHA_2DS_2-VASc = 1		Riesgo alto CHA_2DS_2-VASc = 2		Riesgo muy alto CHA_2DS_2-VASc ? 3	
Calidad de vida									
AF QoL 18	AVK	245 (42,8 ± 22,5)	p 0,001	12 (58,3 ± 16,4)	p = 0,268	52 (52,5 ± 22,0)	p = 0,556	181 (38,5 ± 21,3)	p 0,001
n (media ± DT)	Dabigatrán	708 (50,6 ± 24,7)		58 (51,4 ± 27,9)		152 (51,1 ± 25,1)		498 (50,4 ± 24,4)	
Satisfacción tratamiento anticoagulante	AVK	241 (6,3 ± 2,0)	p 0,001	12 (7,0 ± 1,9)	p 0,001	51 (7,4 ± 1,6)	p 0,001	178 (6,3 ± 2,4)	p 0,001
n (media ± DT)	Dabigatrán	706 (8,7 ± 1,4)		57 (8,8 ± 1,1)		151 (9,0 ± 1,2)		498 (9,1 ± 1,2)	

Conclusiones: En pacientes con FANV atendidos en Servicios de Cardiología, con alto riesgo tromboembólico y riesgo hemorrágico bajo/moderado, la CdV y el grado de satisfacción con el tratamiento anticoagulante fue significativamente mejor con dabigatrán que con AVK, siendo mayores las diferencias en los pacientes de mayor riesgo tromboembólico.