



4033-8. ¿INFLUYE EL PERFIL DE RIESGO EMBÓLICO O HEMORRÁGICO EN LA SELECCIÓN DEL TIPO DE TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE? DATOS DEL REGISTRO CARDIOVERSE

José M^a Alegret Colomé¹, Xavier Viñolas Prat², Antoni Martínez-Rubio³, Luis Tercedor Sánchez⁴, M. Luisa Fidalgo Andrés⁵, César Romero Menor⁶, Antonio Asso Abadía⁷ y Ángel Grande Ruiz⁸ de la ¹Secció de Cardiologia, Hospital Universitari de Sant Joan de Reus, Tarragona, ²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, ³Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell (Barcelona), ⁴Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, ⁵Hospital de León, ⁶Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, ⁷Sección de Electrofisiología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza y ⁸Servicio de Cardiología, Hospital Severo Ochoa, Leganés, Madrid.

Resumen

Introducción: La prescripción de los nuevos anticoagulantes orales (NAO) en España se enmarca dentro de ciertas recomendaciones de las autoridades sanitarias. Se desconoce la influencia del perfil clínico del paciente en la selección del tipo de tratamiento anticoagulante y los factores implicados en el cambio de cumarínicos a NAO durante el seguimiento.

Métodos: 918 pacientes consecutivos fueron remitidos a cardioversión eléctrica en 71 hospitales españoles. Analizamos: 1) el impacto del perfil clínico en la selección del tipo de tratamiento anticoagulante en los pacientes que iniciaron recientemente este tratamiento (< 4 meses previos a la cardioversión), 2) el número de pacientes que durante los 6 primeros meses poscardioversión pasó de ser tratado con cumarínicos a NAO y las razones del cambio.

Resultados: Los 538 pacientes con inicio reciente del tratamiento anticoagulante lo fueron mayoritariamente con cumarínicos (83%). En este grupo no observamos diferencias significativas en las características clínicas entre los pacientes tratados con cumarínicos y con NAC, incluyendo las escalas CHADS₂, CHA₂DS₂-VASC y HAS-BLED (tabla). Durante los 6 meses poscardioversión, 40 pacientes (7%) pasaron de ser tratados con cumarínicos a NAC, la principal razón son los desajustes en el INR (33%) y la decisión del clínico (28%). En un 5% el cambio se produjo por la aparición de un evento embólico o hemorrágico.

	Cumarínicos = 452	NAC = 89	p
Edad (años)	63 ± 10	62 ± 10	0,49
Sexo, masculino	361 (80%)	76 (85%)	0,23

Aurícula izquierda (mm)		44 ± 6	43 ± 5	0,59
Fracción eyección VI		58 ± 11	59 ± 9	0,94
Hipertensión arterial, sí		263 (58%)	52 (58%)	0,97
Diabetes mellitus, sí		71 (16%)	17 (19%)	0,43
Presencia de cardiopatía estructural, sí		124 (27%)	24 (27%)	0,93
CHADS2	Riesgo bajo	139 (31%)	23 (26%)	0,58
	Riesgo moderado	277 (61%)	57 (64%)	
	Riesgo alto	36 (8%)	9 (10%)	
CHA2DS2VASc	Riesgo bajo	83 (18%)	15 (17%)	0,93
	Riesgo bajo-moderado	129 (29%)	25 (28%)	
	Riesgo moderado-alto	240 (53%)	49 (55%)	
HAS-BLED	Riesgo hemorrágico bajo o intermedio	426 (94%)	81 (91%)	0,25
	Riesgo hemorrágico elevado	26 (6%)	8 (9%)	
Tiempo de evolución de la FA	8 días-1 mes	18 (4%)	4 (5%)	

1 mes-3 meses	168 (37%)	31 (35%)	
3 meses-12 meses	159 (35%)	27 (30%)	0,72
> 12 meses	29 (6%)	8 (9%)	
Desconocido	78 (17%)	19 (21%)	
Las unidades se encuentran especificadas entre paréntesis y los datos están expresados como media $\pm$ desviación típica o n (%).			

Conclusiones: En España actualmente la selección del tipo de tratamiento anticoagulante no está influida de forma significativa por el perfil de riesgo embolígeno o hemorrágico del paciente. El cambio de cumarínicos a NAO supone un porcentaje pequeño de pacientes durante los primeros 6 meses tras cardioversión, parcialmente justificado por las recomendaciones actuales.