



Revista Española de Cardiología



7003-14. PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES TRATADOS CON ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA FRENTE A ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K EN LAS CONSULTAS DE CARDIOLOGÍA EN ESPAÑA. ESTUDIO SULTAN

Francisco Marín¹, Ignacio Ferreira¹, Lina Badimón¹, Carles Ràfols² y Manuel Anguita¹ del ¹Comité Científico del Estudio SULTAN y ²Bayer Hispania S.L.

Resumen

Introducción y objetivos: Existe escasa información acerca de si el perfil clínico de los pacientes tratados con anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) es diferente al de los tratados con antagonistas de la vitamina K (AVK). El objetivo de este estudio fue analizar si existían diferencias en el perfil clínico de los pacientes con fibrilación auricular (FA) entre los que se cambiaban a ACOD y a los que se les mantenía el tratamiento con AVK.

Métodos: El estudio SULTAN fue un estudio observacional, prospectivo, multicéntrico y de ámbito nacional. Se seleccionaron aleatoriamente 72 centros de todo el territorio nacional, lo cuales incluyeron consecutivamente a pacientes ≥ 18 años, con FA, atendidos en cardiología y en los que se fuese a iniciar el tratamiento con un AVK o se encontrasen en los 2 primeros meses del mismo. En este trabajo se compararon los perfiles clínicos de los pacientes tratados con AVK frente a los que se cambiaron a ACOD.

Resultados: Inicialmente se incluyó a un total de 978 pacientes de los que a 110 (11,1%) se les cambió a ACOD durante el seguimiento. El motivo más frecuente del cambio a ACOD fue el mal control de INR (42,7%). El adecuado control de anticoagulación se alcanzó en el 36,1/46,0% (método directo/método de Rosendaal). Durante el tratamiento con AVK, el 6,1% de los pacientes presentaron al menos un evento tromboembólico o hemorrágico. Los pacientes tratados con AVK frente a ACOD eran más mayores (edad media $73,7 \pm 9,2$ frente a $70,7 \pm 9,2$ años; $p = 0,01$), sin diferencias significativas en cuanto al sexo (45,0 frente a 46,4% mujeres; $p = \text{NS}$), riesgo tromboembólico ($\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$ $3,3 \pm 1,5$ frente a $3,2 \pm 1,5$; $p = \text{NS}$) o riesgo hemorrágico (HAS-BLED $1,4 \pm 0,9$ frente a $1,3 \pm 0,9$; $p = \text{NS}$). El resto de las características se resumen en la tabla.

Características de los pacientes tratados con ACOD frente a los tratados con AVK

	ACOD (n = 110)	AVK (n = 978)	p
--	----------------	---------------	---

Factores de riesgo cardiovascular

Hipertensión arterial (%)	80,9	77,5	NS
Dislipemia (%)	43,6	46,9	NS
Diabetes (%)	26,4	27,2	NS
Fumador actual (%)	10,0	7,4	NS
Enfermedad vascular			
Cardiopatía isquémica (%)	27,0	38,0	0,02
Insuficiencia cardíaca (%)	24,3	37,7	0,006
Insuficiencia renal ^a (%)	11,8	15,7	NS
Ictus/ataque isquémico transitorio (%)	10,9	8,9	NS
Arteriopatía periférica (%)	10,0	6,5	NS
Embolia no cerebral previa (%)	3,6	1,7	NS
Factores que aumentan el riesgo de sangrado			
Antiinflamatorios no esteroideos/antiagregantes (%)	18,2	18,7	NS
Consumo alcohol/drogas (%)	14,5	11,6	NS
Insuficiencia renal grave ^b (%)	1,8	1,8	NS
Disfunción hepática ^c (%)	1,8	1,3	NS
Sangrados mayores en el último año (%)	0,9	0,4	NS

^aFiltrado glomerular 60 ml/min; ^bDiálisis, trasplante o tasa de filtrado glomerular 30 ml/min; ^cElevación de enzimas > 3 veces el límite superior del valor normal.

Conclusiones: A pesar del pobre control de la anticoagulación con AVK, solo un porcentaje pequeño de pacientes se cambia a ACOD. En comparación con los pacientes tratados con ACOD, los sujetos tratados con AVK son más mayores y tienen más cardiopatía isquémica e insuficiencia cardiaca, pero con un mismo riesgo tromboembólico y hemorrágico. En consecuencia, parece que el cambiar a un ACOD no depende del perfil clínico del paciente.