



5016-4. COMPARACIÓN EN VIDA REAL DEL USO DE ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS FRENTE A ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR PROGRAMADOS PARA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA

Jean Carlos Núñez García, David González Calle, Juan Carlos Castro Garay y Pedro Luis Sánchez Fernández, del Servicio de Cardiología, Complejo Universitario de Salamanca, IBSAL, CIBER-CV, Salamanca.

Resumen

Introducción y objetivos: En los últimos años se han publicado ensayos aleatorizados que comparan la eficacia y seguridad de los anticoagulantes directos (ACODs) frente a los antagonistas de la vitamina K (AVKs) en pacientes con FA programados para cardioversión eléctrica (CVE); ninguno de ellos con potencia estadística suficiente por lo que resulta conveniente conocer los resultados de dicha práctica en la vida real.

Métodos: Se estudiaron todas las CVEs realizadas en un hospital de 3^{er} nivel desde mayo 2014 hasta noviembre 2017. Se analizaron las características clínicas basales y los resultados a 2 meses post-CVE en términos de eficacia (Ictus, AIT, IAM o embolia sistémica), seguridad (sangrados) y tiempo de anticoagulación previo a la CVE (TACVE).

Resultados: Se realizaron 314 CVEs (75% en varones), 210 con ACODs (67%) y 104 con AVKs. Se encontraron diferencias significativas en características basales que implican mayor riesgo: edad media 60 años en el grupo de ACODs frente a 66,1 en AVKs ($p = 0,001$), creatinina 1,12 frente a 0,94 mg/dl ($p = 0,001$), CHA₂DS₂-VASc 1,9 frente a 2,8 ($p = 0,001$), HAS-BLED 2,2 frente a 2,6 ($p = 0,001$) e insuficiencia cardíaca (IC) basal (27 frente a 42%, $p = 0,003$). La incidencia de eventos tromboembólicos fue baja, ninguno con ACODs en comparación con 1 ictus no mortal con AVKs (0 frente a 0,96%, $p = 0,156$). Se registró una baja incidencia de sangrado mayor: 1 sangrado digestivo con rivaroxabán frente a 2 sangrados digestivos con AVK, 1 de ellos mortal (0,48 frente a 1,92%, $p = 0,216$). Asimismo, en pacientes con IC tratados con ACODs se observó una menor incidencia de descompensación post-CVE (1,4 frente a 8,7%, $p = 0,001$). El TACVE fue significativamente menor en los pacientes con ACODs (27,2 frente a 39,9 días, $p = 0,001$) y no hubo diferencias significativas con respecto al éxito precoz de la CVE. El uso de ACODs pasó del 44% en el año 2014 al 84% en el 2017.

Eventos clínicos en los primeros 2 meses tras la CVE

	ACODs (n = 210)	AVKs (n = 104)	p
Eventos tromboembólicos	0	1	0,156

Ictus/AIT	0	1	0,156
IAM	0	0	
Embolia sistémica	0	0	
Sangrado mayor	1	2	0,216
Sangrado digestivo	1	2	0,216
Cualquier sangrado (mayor o menor)	3	2	0,512
Descompensación de insuficiencia cardiaca	3	9	0,001

ACODs: anticoagulantes orales directos; AVK: anticoagulantes orales antagonistas de la vitamina K; AIT: accidente isquémico transitorio; IAM: infarto agudo de miocardio.

Conclusiones: El uso de ACODs en pacientes programados para CVE parece ser una alternativa eficaz y segura al tratamiento tradicional con AVKs con la ventaja de una reducción significativa del TACVE. En nuestra cohorte los pacientes tratados con AVKs tienen mayor edad y un perfil de riesgo más alto.