Rev Esp Cardiol. 2013;66 Supl 1: 415

Revista Española de Cardiología

6000-14. SEGURIDAD DE LA ANTICOAGULACIÓN ORAL PERIPROCEDIMIENTO CON DABIGATRÁN EN COMPARACIÓN CON ACENOCUMAROL EN PACIENTES SOMETIDOS A ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR

Naiara Calvo, Hugo Arguedas Jiménez, Leire Moreno, Alberto Esteban, Manuel García-Yébenes e Ignacio García-Bolao de la Clínica Universidad de Navarra, Pamplona/Iruña (Navarra).

Resumen

Introducción: El paso de acenocumarol a heparina de bajo peso molecular (HBPM) o la ininterrupción del acenocumarol ha demostrado ser segura para la prevención de accidente cerebrovascular embólico (ACV) en pacientes sometidos a ablación (AC) de fibrilación auricular (FA). Pocos estudios han analizado la seguridad del uso del dabigatrán como anticoagulación previo a AC de FA. El objetivo fue evaluar la seguridad del uso perioperatorio de dabigatrán en comparación con acenocumarol en pacientes sometidos a AC de FA.

Métodos: Desde octubre del 2011 hasta enero del 2012 se incluyeron de forma consecutiva los pacientes sometidos a AC de FA. Una vez indicado la AC, los pacientes mantenían el régimen de anticoagulación oral previo. El dabigatrán era suspendido el día antes del procedimiento y se reanudaba 6 horas después. El acenocumarol se interrumpió 3 días antes del procedimiento y se sustituyó por HBPM hasta la noche anterior. Seis horas después del procedimiento se reanudaron la HBPM y el acenocumarol y la HBPM se suspendió alcanzados valores óptimos de INR. Durante el procedimiento, se mantuvo la infusión de heparina sódica (HNF) para conseguir un tiempo de coagulación activado > 250s. Las complicaciones mayores se definieron como aquellas que eran mortales, causaron daños permanentes o requirieron una intervención terapéutica o una prolongación de la estancia hospitalaria.

Resultados: Se incluyeron 123 pacientes (61 previamente tratados con acenocumarol y 62 previamente tratados con dabigatrán). La edad media fue de 63 años, el 71% varones, 51% hipertensos y la FA era paroxística en el 62% de los casos. No hubo diferencias en la puntuación de la escala CHADS2 y CHA2DS2-VASc, HAS-BLED, tamaño de la aurícula izquierda, fracción de eyección ventricular izquierda, tipo y duración de FA y dosis HNF administrada intraprocedimiento entre ambos grupos. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de complicaciones mayores entre los dos grupos (p 0,76). No se presentaron complicaciones tromboembólicas sintomáticas en ninguno de los grupos.

Características basales y periprocedimiento del grupo de dabigatrán y el grupo de acenocumarol			
Variable	Dabigatrán (n = 62)	Acenocumarol (n = 61)	P valor
Sexo masculino (%)	44 (71%)	42 (68,9%)	NS

ICTUS previo (%)	3 (4,8%)	7 (11,5%)	NS
FA paroxística (%)	38 (61,3%)	37 (60,7%)	NS
Diámetro AP AI (mm)	37 ± 8	39 ± 8	NS
HTA (%)	33 (53,2%)	32 (52,5%)	NS
CHA2DS2-VASc (%)	1,6 ± 1,19	1,9 ± 1,3	NS
HAS-BLED (%)	1,11 ± 1,18	1,44 ± 1,31	NS
Dosis HNF	18.000 ± 3.063	14.229 ± 1.687	NS
Complicaciones mayores:	8 (12,9%)	7 (11,5%)	
Taponamiento/derrame pericárdico	5 (8,1%)	4 (6,6%)	
Complicaciones vasculares	0	2 (4,9%)	NS
Gastroparesia	2 (3,2%)	0	
Estenosis VVPP	1 (1,6%)	1 (1,6%)	

HTA: hipertensión; AP: anteroposterior; AI: aurícula izquierda; HNF: heparina no fraccionada; VVPP: venas pulm

Conclusiones: En los pacientes sometidos a ablación de FA, la anticoagulación periprocedimiento con dabigatrán no aumenta significativamente el riesgo de hemorragias o complicaciones tromboembólicas en comparación con el tratamiento con acenocumarol. El dabigatrán podría ser una alternativa a acenocumarol en este grupo de pacientes.