



6003-56. EXPERIENCIA ACTUAL CON LOS ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS EN LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA PROGRAMADA: BENEFICIOS FRENTE AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL CLÁSICO

Laura Macías, Naiara Calvo Galiano, Begoña Furriel, Natalia de Casas, Ángel Terrén, Teresa Olóriz, Francisco Díaz y Antonio Asso, del Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Introducción y objetivos: Los ACOD son una alternativa a los AVK para la prevención de eventos tromboembólicos asociados a la CVE programada de FA no valvular. Sin embargo, hoy día sigue habiendo discrepancias en cuanto al posicionamiento terapéutico entre facultativos e instituciones. El objetivo de dicho estudio es analizar la utilización y las ventajas de los ACOD frente a los AVK en la práctica clínica habitual.

Métodos: Se analizaron las CVE programadas realizadas ambulatoriamente en nuestro centro entre noviembre 2013 y junio 2016.

Resultados: Se incluyeron 316 pacientes (67 ± 11 años, 71% varones). Un total de 51,6% estaban anticoagulados con sintrom, 25,6% con ribaroxabán, 9,5% con apixabán y 13,3% con dabigatrán. Hubo un incremento progresivo del porcentaje de CVE realizadas con ACOD (30% en 2013, 39,2% en 2014, 40,6% en 2015 y 56,3% en 2016, $p = 0,002$). No hubo diferencias significativas en cuanto al perfil de riesgo tromboembólico ($\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$ 2,26 entre pacientes con ACOD frente a 2,57 con AVK, $p = 0,08$). El tiempo medio hasta la realización de la CVE fue significativamente mayor entre pacientes tratados con AVK (121 ± 76 días, frente a 85 ± 56 en el grupo de los ACOD, $p = 0,001$) y el número medio de controles de INR realizados hasta conseguir valores correctos fue de 7 ± 5 . Una vez hospitalizados, se cancelaron el 21,7% del total de las CVE, bien por encontrarse en RS (18,3%), o bien por niveles de INR infraterapéuticos al ingreso (13,5% de los tratados con AVK), siendo el porcentaje de cancelaciones significativamente superior en el grupo de AVK ($p = 0,028$). En 13 pacientes con mal control de la coagulación, se cambió el AVK por un ACOD tras una media de 123 días, y se realizó la CVE una media de 45 días después. No hubo diferencias en los eventos tromboembólicos (2 bajo tratamiento con ACOD y 3 con AVK) o sangrados (3 bajo tratamiento con ACOD y 6 con AVK) tras un seguimiento medio de 33 meses.



Tiempo de demora hasta la realización de la CVE.

Conclusiones: Existe un incremento progresivo en el número de CVE de FA no valvular realizadas bajo ACOD en la práctica clínica habitual, hasta superar en la actualidad al uso de AVK. Los ACOD disminuyen significativamente el tiempo de demora y el número de cancelaciones de las CVE frente al tratamiento con AVK, sin diferencias significativas en el número de eventos tromboembólicos o de sangrado.