



6003-80. RESULTADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DEL USO DE RIVAROXABÁN FRENTE A ACENOCUMAROL EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA POR FIBRILACIÓN AURICULAR

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: Desde la publicación del ensayo X-Vert ha aumentado el uso del rivaroxabán y otros anticoagulantes de acción directa en pacientes programados para cardioversión eléctrica (CVE), sin embargo aunque se trata de un ensayo aleatorizado no alcanzó la muestra suficiente para demostrar diferencias de eficacia o seguridad; por lo que resulta relevante conocer el comportamiento de esta práctica en la vida real.

Métodos: Se analizaron todas las CVEs programadas realizadas en el hospital de día de cardiología de un hospital de referencia en un periodo de 38 meses, excluyéndose aquellas CVE realizadas con cualquier ACO diferente de acenocumarol o rivaroxabán. Se estudiaron las características clínicas basales de la muestra y los eventos hasta 60 días después de la CVE en términos de eficacia y seguridad. Se comparó además el tiempo de anticoagulación previo a la CVE (TACVE).

Resultados: Durante este periodo se efectuaron 198 CVEs, 47% rivaroxabán (N = 94) y 53% con acenocumarol (N = 104). Se objetivaron diferencias significativas en factores de riesgo importantes como la edad (edad media 58,7 frente a 66,3 años, $p = 0,001$), creatinina (1,13 frente a 0,95 mg/dl, $p = 0,02$), CHA₂ DS₂-VASc (1,9 frente a 2,8 puntos, $p = 0,001$) y HAS-BLED (2,1 frente a 2,6 puntos, $p = 0,003$). Los eventos tromboembólicos fueron muy infrecuentes, ninguno en el grupo de rivaroxabán en comparación con 1 ictus no mortal en el grupo de acenocumarol (0 frente a 0,96%, $p = 0,343$). Se objetivó una escasa incidencia de hemorragia mayor, 1 de origen digestivo en el grupo de rivaroxabán y 2 hemorragias digestivas mayores con acenocumarol incluyendo un sangrado mortal (1,06 frente a 1,92%, $p = 0,114$). En el grupo de rivaroxabán se registró una menor incidencia de descompensación de insuficiencia cardiaca post-CVE (2,13 frente a 8,65%, $p = 0,013$). El TACVE fue significativamente menor en los pacientes con rivaroxabán (26,8 frente a 39,9 días, $p = 0,001$).

Eventos clínicos en los primeros 60 días tras la CVE

	Rivaroxabán (n = 94)	Acenocumarol (n = 104)	p
Eventos tromboembólicos	0	1	0,343

Ictus/AIT	0	1	0,343
IAM	0	0	
Embolia sistémica	0	0	
Hemorragia mayor	1	2	0,114
Hemorragia digestiva	1	2	0,114
Cualquier hemorragia (mayor o menor)	2	2	0,148
Descompensación de insuficiencia cardiaca	2	9	0,013

AIT: accidente isquémico transitorio; IAM: infarto agudo de miocardio.

Conclusiones: En pacientes programados para cardioversión eléctrica el uso de rivaroxabán parece ser una opción eficaz y segura con una reducción significativa del tiempo hasta la realización de la CVE. En este contexto y en nuestra experiencia los pacientes tratados con acenocumarol parecen tener un perfil de riesgo más alto.