



6003-44. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS CON INFLUENCIA EN LA ELECCIÓN DEL ANTICOAGULANTE DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR. ESTUDIO RE-CONOCE

José Ramón González-Juanatey¹, Javier Jiménez-Candil², Fernando Wornor Diz³, Vanessa Escolar⁴, Míriam García Bermúdez⁵, Jordi Galera Llorca⁶ y Esther Donado⁷, del ¹Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela (A Coruña), ²Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, ³Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, ⁴Hospital Basurto, Bilbao (Vizcaya), ⁵Hospital Sant Joan Despí-Moisès Broggi, Sant Joan Despí (Barcelona), ⁶TFS Spain, Barcelona y ⁷Boehringer-Ingelheim. Sant Cugat del Vallès (Barcelona).

Resumen

Introducción y objetivos: Los patrones de tratamiento anticoagulante para la prevención de eventos tromboembólicos en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) están cambiando tras la introducción de los anticoagulantes de acción directa (ACOD). Diversos factores, no solo clínicos, podrían influir en la decisión relativa a la elección del tratamiento anticoagulante y sus dosis.

Métodos: El objetivo principal del estudio fue describir el uso de ACOD en pacientes con FANV y describir las características del paciente en el momento de la prescripción que podrían influir en la selección del ACOD. Estudio observacional, multicéntrico y transversal realizado de diciembre de 2017 a enero de 2019 en servicios de cardiología en España. Para comparar las características basales entre dabigatrán y el resto de ACOD se han usado diferencias estandarizadas (valor absoluto $\geq 0,1$ se considera como diferencia entre grupos).

Resultados: Se incluyó de forma consecutiva a 1.008 pacientes (963 evaluables y 45 excluidos) en 87 centros en España. Edad media de $73,6 \pm 10,1$ años, el 42,2% mujeres. El 94% presentaron comorbilidades, las más frecuentes hipertensión arterial (81,8%), hiperlipemia (41,4%), diabetes (24,3%), insuficiencia cardíaca (24,9%) y antecedentes de ictus o ataque isquémico transitorio (10,2%). La media del aclaramiento de creatinina (Cockcroft-Gault) era de $73,4 (\pm 23,9)$ ml/min. Un 38% tratados con inhibidores de la bomba de protones. Puntuación media de $CHA_2DS_2-VASc = 3,3 (\pm 1,5)$, un 83% con riesgo tromboembólico alto. Puntuación media HAS-BLED = $1,8 (\pm 1,1)$, 67,2% con riesgo hemorrágico moderado y 23,8% con riesgo alto. El 76,4% de casos inició tratamiento con ACOD según criterio IPT por mal control del INR. El 32,6% de los pacientes inició tratamiento con dabigatrán, el 26,3% con rivaroxabán, el 27,6% con apixabán y el 13,5% con edoxabán. Las dosis de ACOD se muestran en la tabla. Se observaron diferencias estandarizadas en la elección del ACOD en función del sexo, función renal, enfermedades y tratamientos concomitantes. En cambio, no se observaron diferencias en pacientes con riesgo tromboembólico moderado/alto, ni tampoco en los pacientes con alto riesgo de sangrado.

Pacientes, n (%) por tipo y dosis de ACOD

	n	%
Dabigatrán 110 mg	116	12,1%
Dabigatrán 150 mg	198	20,6%
Rivaroxabán 15 mg	54	5,6%
Rivaroxabán 20 mg	197	20,5%
Apixabán 2,5 mg	46	4,8%
Apixabán 5 mg	220	22,9%
Edoxabán 30 mg	29	3,0%
Edoxabán 60 mg	100	10,4%

Conclusiones: Los pacientes con FANV tratados con ACOD presentan múltiples comorbilidades que parecen influir en la selección del ACOD. Sin embargo, ni el riesgo tromboembólico ni el riesgo hemorrágico parecen influir en dicha elección.