



6021-206. RAZONES DEL CAMBIO DE OTRO ANTICOAGULANTE A RIVAROXABÁN EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR. RESULTADOS A PARTIR DE LOS DATOS DEL ESTUDIO EMIR

Manuel Anguita Sánchez¹, Marcelo Sanmartín Fernández², Francisco Marín Ortuño³, Carles Ráfols Priu⁴, Iñaki Lekuona Goya⁵, Fernando Arribas Ynsaurriaga⁶, Alejandro Isidoro Pérez Cabeza⁷, Román Freixa Pamias⁸, Juan Cosín-Sales⁹, Gonzalo Barón Esquivias¹⁰, Vivencio Barrios Alonso² y José Manuel Vázquez Rodríguez¹¹

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ³Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ⁴Bayer Hispania SL, Barcelona. ⁵Hospital Galdakao-Usansolo, Bilbao (Vizcaya). ⁶Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁷Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ⁸Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí (Barcelona). ⁹Hospital Arnau de Vilanova, Valencia. ¹⁰Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ¹¹Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Resumen

Introducción y objetivos: La fibrilación auricular no valvular (FANV) se asocia con un aumento de mortalidad relacionado fundamentalmente con el riesgo de sufrir accidentes tromboembólicos, sobre todo ictus. Este riesgo se reduce de forma significativa con el uso de anticoagulantes (ACO). En la actualidad es posible elegir entre distintos ACO, bien antagonistas de la vitamina K (AVK) o bien alguno de los cuatro ACOD disponibles, sin que se conozcan bien las causas por las que los médicos seleccionan uno u otro ni de los cambios entre ellos. Nuestro objetivo es analizar las posibles razones para cambiar a rivaroxabán en pacientes con FANV con indicación de anticoagulación y que ya recibían otro ACO.

Métodos: Para ello, hemos analizado los datos del estudio EMIR, que abarca una serie de 1.421 pacientes con FANV incluidos de forma consecutiva en el primer semestre de 2017 en 82 centros españoles, anticoagulados con rivaroxabán al menos durante los 6 meses previos a la inclusión. De ellos, 704 (49,5%) eran pacientes “naïve” para ACO, mientras que los 717 restantes estaban siendo tratados con otro ACO antes de cambiar a rivaroxabán (50,5%).

Resultados: La edad media de la serie global fue $74,2 \pm 9,7$ años, siendo mujeres el 44,5%. El CHA₂DS₂-Vasc fue $3,5 \pm 1,6$, el HAS-BLED $1,6 \pm 1,0$ y el 2MACE $2,4 \pm 1,0$. El 77,1% recibían 20 mg/día de rivaroxabán y el 22,9% 15 mg/día. De los 717 pacientes en que se cambió a rivaroxabán, el 90,1% estaban tomando previamente AVK, el 4,5% heparinas, el 4,5% dabigatrán, el 0,8% apixabán y el 0,1% edoxabán. La razón más frecuente para el cambio fue el mal control del INR con AVK (61,4%), seguida de reacciones adversas (no relacionadas con embolismos o hemorragias)/hipersensibilidad a AVK (7,8%), preferencias del paciente (5,9%), imposibilidad de acceso al control de INR (5,6%), episodios de hemorragia o alto riesgo hemorrágico (5,1%) (hemorragias graves 0,5% y menores 4,6%), episodios tromboembólicos arteriales graves con AVK a pesar de un buen control del INR (2,8%), y “otras” (11,4%).

Conclusiones: En la mitad de los pacientes, rivaroxabán fue el ACO de primera elección. En los que tomaban previamente otro ACO, fundamentalmente AVK, la razón mayoritaria para el cambio a rivaroxabán fue el mal control del INR y los efectos adversos con el ACO previo, mientras que en casi el 6% de los casos el cambio se debió a preferencias del paciente.