Rev Clin Esp. 2016;216(Espec Congr):590

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

T-075 - ACENOCUMAROL EN POBLACIÓN REAL CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR: FACTORES DE MORBIMORTALIDAD. RIESGOS Y BENEFICIOS. CAMBIO A ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA

A. Peláez Ballesta[1], V. Martínez Pagán[1], G. Lara Martínez[1], M. Molina Morales[2], I. Fernández Romero[1], M. Ruiz Campuzano[1], R. Mateo Paredes[1], E. Mené Fenor[1]

[1]Medicina Interna, [2]Medicina Intensiva. Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia).

Resumen

*Objetivos:*Analizar la población anticoagulada con acenocumarol por fibrilación auricular (FA) no valvular, valorando morbimortalidad asociada, factores implicados, características de nuestra población y su indicación.

*Material y métodos:*Estudio observacional descriptivo retrospectivo y longitudinal, incluye todos los pacientes anticoagulados con acenocumarol por FA no valvular con más de un año de diagnóstico, usando el registro hospitalario y la historia clínica electrónica. Recogiendo: datos epidemiológicos, comorbilidades asociadas, tratamiento concomitante, uso de antiagregantes, puntación HASBLED y CHAD2S2Vasc y las complicaciones asociadas a su uso: sangrados, eventos embólicos y muertes, valorando interacciones y rango de INR en el momento del suceso.

*Resultados:*Se analizaron un total de 1.750 pacientes. La edad media es de 78 ± 8 años (41-101 años), con el 75% de la misma > de 75 años, sin diferencias en cuanto al sexo (44% mujeres, 56% hombres), con un número medio de 7 años en tratamiento, una media de 2 ingresos previos, y 7 fármacos de media de tratamiento concomitante. En cuanto a las comorbilidades: 16% presentan neoplasia, 86% HTA, 35% diabetes mellitus, 54% dislipemia, 21% obesidad, 12% fumadores, 14% cardiopatía isquémica, 30% insuficiencia cardiaca (ICC), 18% EPOC, 19% insuficiencia renal crónica, 25% patología digestiva previa siendo más frecuentes: la hemorragia digestiva alta, baja y la hepatopatía; 16,7% ictus previo (97% isquémico). La situación basal (SB) es: 77% independientes (69% sedentarios y 15% vida cama-sillón), 66% cirugía previa, y antiagregados 9%, solo fue necesaria la sustitución por heparina o un nuevo anticoagulante en el 35% (82% por enoxaparina). Al hablar de las escalas se observa: HASBLED medio de 3,19 (> 3 el 5%, ≤ 3 el 85%), y un CHAD2S2Vasc medio de 4,56 (< 2 el 4%). Se encuentran fuera de rango terapéutico el 68% (INR > 4 el 57%, y < 1,5 el 45%, olvidos 13%). En lo referente a complicaciones: 22% sangrados (digestivo 34%, epistaxis 12%, hematuria 15%), tasa de sangrado mayor 5%, necesitando transfusión el 7,5% e ingreso el 92%. La incidencia de embolismo fue del 17% y de muertes de 10%, estimando que un 41% de estos pacientes serian buenos candidatos para sustitución por anticoagulantes de acción directa (ACOd). Se procedió al análisis de las variables mediante el test de chi cuadrado y t-Student para valorar los factores asociados al fallecimiento y se objetivó: mayor prevalencia de muerte en los pacientes con ICC ($p < 0,001$), en función de la SB del paciente (independiente/dependiente p <

0,001; encamado/vida cama- sillón/sedentario p < 0,001), episodio de sangrado mayor (p < 0,001), número de episodios de sangrado (IC -0,35 a 0,08), nº fármacos (IC -1,34 a 0,7), edad (IC -6 a-1,8), nº de años en tratamiento (p = 0,048), HASBLED (p = 0,001), CHADVASC2 (p < 0,001), neoplasia (p = 0,008), dislipemia (p = 0,033), IRC (p 0,005), cardiopatía isquémica (p < 0,05), fuera de rango (p < 0,001), ACOd (p > 0,769).

*Discusión:*Tras este estudio se puede determinar como factores de morbimortalidad asociado al uso de acenocumarol: SB previa, Nº fármacos, nº años en tratamiento, antecedente de sangrado mayor, nº de sangrados, tener como comorbilidad: ICC, IRC, cardiopatía isquémica, dislipemia; HASBLED > 3 (que implica una población con mayor riesgo al sangrado y con ello de morbimortalidad), y CHAD2S2Vasc de 4.56 (que implica un alto riesgo embolígeno, necesitando de la anticoagulación para su prevención). Será necesario concluir para confirmar lo descrito si su cambio al uso de ACOd mejoraría dicho pronóstico, y complicaciones.

*Conclusiones:*El uso de ACO en la FA está asociado a un importante descenso del riesgo de eventos tromboembólicos, sin olvidar su asociación a sangrados, habrá que valorar el riesgo/beneficio del uso de estos fármacos, teniendo en cuenta los factores predisponentes del paciente al sangrado, que implicaría un aumento de su morbimortalidad.

0014-2565 / © 2016, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.