



1690 - FIBRILACIÓN AURICULAR DE NUEVO DIAGNOSTICO EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA. DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO INICIAL. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA EN ESTE ESCENARIO

Miriam Díez-Sáez, Alba Gil Arcija, Rafael Daroca Pérez, Cristina Gay González, Oihana Barrenechea Arribillaga, Iratxe Martínez de Bermejo, Aitor Vázquez Barrios y Germán Daroca Bengoa

Hospital San Pedro, Logroño, España.

Resumen

Objetivos: Describir el tratamiento anticoagulante (AC) inicial de los pacientes diagnosticados por primera vez de fibrilación auricular (FA) en un ingreso en un servicio de Medicina Interna (MI). Describir las complicaciones de la FA y la eficacia y seguridad del tratamiento anticoagulante inicial durante la estancia hospitalaria.

Métodos: Estudio prospectivo, longitudinal, observacional y analítico. Se incluyeron los pacientes ingresados consecutivamente desde agosto de 2022 hasta abril de 2023 en el servicio de MI de un hospital de segundo nivel con el diagnóstico de primer episodio de FA. Se describe el primer tratamiento antitrombótico indicado y mantenido durante el ingreso. En el caso de heparina de bajo peso molecular (HBPM) y de anticoagulantes orales de acción directa (ACOD), se describe su adecuación al peso y a función renal. Se analizaron las complicaciones tromboembólicas y hemorrágicas durante el ingreso según los diversos tratamientos empleados. Las hemorragias se clasificaron en mayores o menores según los criterios del ISTH. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación del Hospital.

Resultados: Se incluyeron 75 pacientes: edad media de $84,84 \pm 8,84$ años; 50,6% varones. Índice de Charlson medio $2,56 \pm 2,13$. Grado de dependencia parcial o total 57,34%. CHA2DS2VASc medio $4,65 \pm 1,35$. HAS-BLED medio $2,46 \pm 1,12$. Fallecieron durante el ingreso 11 pacientes (14,66%) El tratamiento anticoagulante inicial fue: HBPM 66,7%, ACOD 29,3%, y ningún anticoagulante 4%. En la tabla 1 se comparan las características de los pacientes: HBPM versus ACOD. En los tratados con HBPM, el 78% recibió enoxaparina; se utilizó dosificación cada 12 horas en el 50% de los casos y cada 24 horas en el resto. El tratamiento con HBPM fue correctamente ajustado al peso en el 46,42% de los pacientes en quienes se disponía de este dato. En el caso de los que recibieron ACOD, la dosis fue correctamente ajustada al peso en el 94,4% y al filtrado glomerular en el 100%. Se registraron durante el ingreso 1 evento tromboembólico y 8 hemorragias: 4 mayores, 4 menores. La distribución de estos eventos en función del tratamiento anticoagulante se describe en la tabla 2.

Tabla 1

HBPM

ACOD

N	50	22
Edad (media, DE)	83,68 ± 9,30	87,27 ± 7,87
Varón (media, DE)	54%	40,90%
Charlson (media, DE)	2,52 ± 1,94	2,5 ± 1,76
CHADSDS2VAc (media, DE)	4,76 ± 1,40	4,5 ± 1,18
HAS-BLED (media, DE)	2,63 ± 1,16	2,13 ± 0,88
Enfermedad renal crónica	34%	40,9%
Dependencia parcial o total	52%	68,18%

Tabla 2

	HBPM	ACOD	p
Hemorragia mayor	8%	4,54%	ns
Hemorragia menor	4%	4,54%	ns
Evento trombótico	2%	0%	ns

Discusión: El tratamiento antitrombótico en la fase inicial de la FA apenas ha sido estudiado. Dada la necesidad de un inicio de acción rápido del mismo, se han usado tradicionalmente las HBPM; sin embargo, las características de los ACOD se adaptan bien a esta necesidad. Nuestro estudio analiza la eficacia y seguridad de esta opción terapéutica en pacientes de avanzada edad y alta comorbilidad.

Conclusiones: En nuestro estudio el tratamiento inicial usado en la mayor parte de los casos de FA de nueva aparición es HBPM, pero describimos el uso de ACOD en casi un 30% de los pacientes. La dosificación respecto a peso y función renal fue más ajustada con ACOD que con HBPM. Solo se produjo un evento tromboembólico, pero un 10,6% de los pacientes presentó una hemorragia, de ellas un 62,5% mayor. Las hemorragias mayores fueron numéricamente más frecuentes con HBPM. Estos datos sugieren una mayor seguridad del tratamiento con ACOD en este escenario.