



## T-057 - ¿RIVAROXABÁN O ACENOCUMAROL A LA HORA DE REALIZAR UNA CARDIOVERSIÓN?

D. González Calle<sup>1</sup>, M. Sánchez Ledesma<sup>2</sup>, B. Arias del Peso<sup>2</sup>, M. Antúnez Ballesteros<sup>1</sup>, A. Elvira Laffond<sup>1</sup>, A. Rodríguez Gaude<sup>2</sup> y P. Sánchez Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, <sup>2</sup>Servicio de Medicina interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca.

### Resumen

**Objetivos:** En pacientes seleccionados se debe intentar recobrar ritmo sinusal tras la aparición de una fibrilación auricular. Para ello una de las opciones más usadas en la práctica clínica diaria consiste en la correcta anticoagulación durante al menos 3 semanas y la posterior cardioversión eléctrica (CVE). Gracias a la aparición de anticoagulantes de acción directa podríamos optimizar los tiempos y recursos en este procedimiento pues con frecuencia nos encontrábamos con un gran porcentaje de pacientes que acudían a dicho procedimiento con cifras de anticoagulación fuera de rango, contraindicando y/o elevando el riesgo de complicaciones vasculares durante el mismo.

**Material y métodos:** Se estudiaron de forma retrospectiva las CVEs programadas realizadas con rivaroxaban o acenocumarol en un hospital de 3<sup>er</sup> nivel y en un periodo de 24 meses. Se analizaron las características clínicas basales de la muestra y los resultados hasta 2 meses tras la CVE en términos de eficacia (Ictus, AIT, IAM o embolia sistémica) y seguridad (sangrados). Se comparó además el tiempo de anticoagulación previo a la CVE (TACVE).

**Resultados:** Durante este periodo se realizaron 198 CVEs, 47% rivaroxaban (N = 94) y 53% con acenocumarol (N = 104). Se encontraron diferencias significativas en características basales de mayor riesgo como la edad (edad media 58,6 vs 66,3 años,  $p \leq 0,001$ ), creatinina (1,13 vs 0,94 mg/dl,  $p = 0,015$ ), CHA2DS2VASc (1,9 vs 2,8 puntos,  $p = 0,001$ ) y HAS-BLED (2,1 vs 2,6 puntos,  $p = 0,003$ ). La incidencia de eventos tromboembólicos fue baja, ninguno en el grupo de rivaroxaban en comparación con 1 ictus no fatal en el grupo de acenocumarol. Se registró una baja incidencia de sangrado mayor, 1 sangrado mayor de origen digestivo con Rivaroxaban y 2 sangrados digestivos mayores con acenocumarol incluyendo una hemorragia fatal (1,06% vs 1,92%,  $p = \text{NS}$ ). En el grupo de rivaroxaban se registró además menor incidencia de descompensación de insuficiencia cardiaca post-CVE (2,13% vs 8,65%,  $p = 0,001$ ). El TACVE fue significativamente menor en los pacientes con rivaroxaban (26,7 vs 40,2 días,  $p = 0,001$ ).

**Discusión:** Los anticoagulantes orales demuestran el mismo perfil de seguridad que el acenocumarol y aportan grandes ventajas como la correcta planificación de procedimientos (CVE) y la consecuente optimización de recursos.

**Conclusiones:** El tratamiento con rivaroxabán en pacientes programados para CVE es una

alternativa eficaz y segura al tratamiento tradicional con AVKs con la ventaja de una reducción significativa del tiempo hasta la realización de la CVE. En nuestra cohorte los pacientes tratados con AVKs tienen mayor edad y un perfil de riesgo más alto.