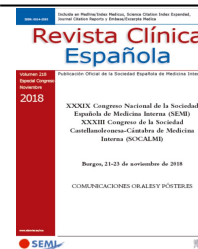




# Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

## EV-013 - COMPARACIÓN EN VIDA REAL DE ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA VS ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR PROGRAMADOS PARA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA

D. González Calle<sup>1</sup>, M. Sánchez Ledesma<sup>2</sup>, C. Rodríguez Baum<sup>2</sup>, B. Arias del Peso<sup>2</sup>, M. Antúnez Ballesteros<sup>1</sup> y J. Núñez García<sup>1</sup>

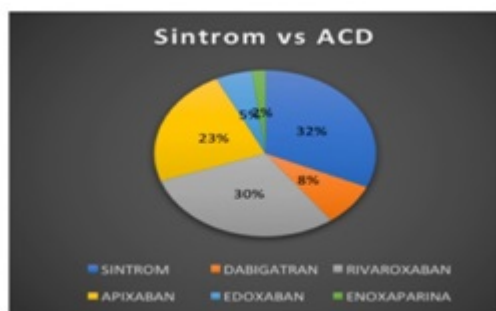
<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca.

### Resumen

**Objetivos:** En los últimos años se han publicado varios ensayos randomizados que comparan la eficacia y seguridad de los anticoagulantes directos (ACOD) frente a los antivitaminas K (AVK) en pacientes con FA programados para cardioversión eléctrica (CVE), ninguno de ellos con potencia estadística suficiente por lo que resulta importante conocer los resultados de dicha práctica en la vida real, datos a día de hoy poco conocidos.

**Material y métodos:** Se estudiaron de forma retrospectiva las CVEs programadas realizadas con ACOD o acenocumarol en un hospital de 3er 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 320 CVEs, 32% con acenocumarol (N = 104), 30% rivaroxaban (N = 94), 23% apixaban (N = 73), 8% dabigatran (N = 26) y 5% edoxaban (n = 17), gráfico 1. No se encontraron diferencias significativas entre los distintos fármacos del grupo ACOD. Sí se encontraron diferencias significativas entre los grupos ACOD y AVKs en características basales de mayor riesgo como la edad (edad media 60,1 vs 66,1 años,  $p < 0,001$ ), creatinina (0,94 vs 1,12 mg/dl,  $p = 0,01$ ), CHA2DS2VASc (1,94 vs 2,74 puntos,  $p = 0,001$ ) y HAS-BLED (2,19 vs 2,61 puntos,  $p = 0,01$ ). La incidencia de eventos tromboembólicos fue baja, uno en el grupo de rivaroxaban en comparación con 3 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 3 sangrados digestivos mayores con acenocumarol incluyendo una hemorragia fatal ( $p = \text{NS}$ ). El TACVE fue significativamente menor en los pacientes con ACOD (27,2 vs 39,9 días,  $p = 0,001$ ). Destaca también la diferencia entre el número total de CV espontáneas: 4 en el grupo sintrom (3,8%) y 27 en el grupo de pacientes tratados con ACOD (12,8%),  $p = 0,01$ .



*Discusión:* ¿Cuáles son las ventajas de los AVKs en los pacientes con FA que se opta por una estrategia de control del ritmo? cuesta entender el uso mayoritario de AVKs en pacientes que van a someterse a una CVE con el fin de recobrar ritmo sinusal. Esta práctica retrasa los procedimientos (pacientes fuera de rango a las 3 semanas) y empeora los resultados clínicos obtenidos según nuestra práctica habitual con el consecuente perjuicio clínico y consumo de recursos.

*Conclusiones:* El tratamiento con ACOD 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. Nuestros datos revelan que continúa la práctica clínica habitual de tratar a los pacientes con AVKs a pesar del retraso en las técnicas programadas que ello puede suponer y los peores resultados obtenidos tanto en los ensayos clínicos como en los registros clínicos.