Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):682

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

T-028 - SEGURIDAD EN EL TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR. ¿SON TAN SEGUROS ESTOS FÁRMACOS COMO SE ESPERA?

M. Guzmán García, L. Navarro Marín, A. Gallego de la Sacristana, M. Moreno Conde, E. Ramiro Ortega, J. García Gómez y F. Luque

Medicina Interna. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén).

Resumen

Objetivos: Describir el perfil del paciente en tratamiento con anticoagulantes orales de acción directa (NOAC) y valorar patologías o efectos secundarios relacionados con su uso junto a su impacto en la morbimortalidad de estos pacientes dentro de una cohorte establecida en una zona del sur de España.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, incluyendo a los pacientes valorados que de forma intrahospitalaria o indicación de tratamiento con NOAC tras valoración en el Hospital San Juan de la Cruz (Úbeda-Jaén) que asiste a una zona básica de 180.000 habitantes aproximadamente durante el periodo 1 de enero 2016 hasta 1 de mayo de 2017. Las fuentes de obtención de datos se obtuvieron a través de la revisión de historias clínicas (sistema de información asistencial DIRAYA) y la aplicación de laboratorio WebLab. A partir de estos datos, se procedió a la realización de una base de datos y su estudio estadístico a partir del programa EPIDAT Versión 4.2.

Resultados: Se procede a la valoración de un total de 303 pacientes en tratamiento con NOAC siendo el 42,34% de la cohorte establecida en nuestra zona en tratamiento anticoagulante. Distribución de sexos: hombres 53,26%; mujeres 46,74%. Edad media: 79,24 ± 17,24 años (P25-P75: 71,45-84,34 años). Distribución según fármacos: apixaban: 47,19%, rivaroxaban: 31,68%, dabigatran: 18,48%, edoxaban: 1,98%. Tasa de eventos relacionados: 8,91% [sangrado intracraneal: 51,85%; sangrado digestivo: 33,3% (9 pacientes), otros:14,81% (4)]. Tasa de mortalidad bruta en pacientes con uso de NOAC: 12,87% del total siendo de este porcentaje muerte relacionada a tratamiento con NOAC: 19,4% (7) en relación a hemorragia digestiva 71,43% (5) y ACV hemorrágico 28,57% (2). CHADS2-VASc Score: 5,22 ± 1,12. HAS-BLED Score: 3,87 ± 1,01. Índice de Charlson: 5,66 ± 1,98.

Discusión: En el desarrollo del estudio con las limitaciones que implica la realización de un estudio observacional, se destaca como característica intrínseca de la cohorte la presencia de pacientes con una media-alta comorbilidad media y como factores como la presencia de deterioro cognitivo, edad e insuficiencia renal crónica (en sus distintos estadios), se plantea como variables asociadas a la mortalidad de los pacientes. A pesar de presentar una cohorte heterogénea, se objetiva una tasa de eventos adversos similares entre los distintos fármacos, aunque con cierta tendencia al aumento por parte de dabigatran (aunque poco valorable ante el bajo número de pacientes afectados). Entre los datos observados, destaca que la causa mayoritaria de mortalidad no relacionada con patología hemorrágica se basa en insuficiencia cardiaca a pesar de no presentar valvulopatía que contraindicase el tratamiento con NOAC; lo cual nos

planteará la posibilidad de valorar esta variable en próximos estudios.

Conclusiones: Durante décadas, los antagonistas de la vitamina K (VKAs) han sido el tratamiento oral de elección para muchas patologías tromboembólicas. Las limitaciones de VKAs incluyen la necesidad de monitorización a través de análisis de sangre, interacciones de fármacos y estrechas ventanas terapéuticas. Estas deficiencias han conducido al desarrollo de NOAC, los cuales presentan un perfil beneficioso, pero no se debe bajar la guardia en relación al seguimiento de estos pacientes ya que presentan efectos secundarios de forma no desdeñable. Es necesario realizar un control de forma esporádica y ajuste de dosificación según las características interindividuales de cada paciente y en los momentos de posible cambio clínico de estos.

0014-2565 / © 2017, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.