Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):1121

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

ICyFA-114 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICAS EN LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR EN FUNCIÓN DEL TIPO DE ANTICOAGULANTE ORAL DIRECTO INICIADO

H. Albendín Iglesias[1], C. Caro Martínez[2], A. Castillo Navarro[1], P. Flores Blanco[3], J. Andreu Cayuelas[3], G. Elvira Ruiz[3], J. Bailen Lorenzo y S. Manzano Fernández[3]

[1]Medicina Interna; [3]Cardiología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. [2]Cardiología. Hospital Orihuela. Bartolomé (Alicante).

Resumen

Objetivos: Evaluar las características clínicas de los pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) que inician anticoagulantes orales directos (AOD); y comparar la efectividad y la seguridad de los mismos en nuestro medio.

Material y métodos: De enero de 2013 a diciembre de 2014 se incluyeron 973 pacientes consecutivos con FANV que iniciaron por primera vez un anticoagulante oral directo en 3 áreas de salud. Durante el seguimiento (646 [470-839] días), se recogieron las complicaciones tromboembólicas, hemorrágicas y la mortalidad a través de la revisión de historias clínicas electrónicas y contacto telefónico (99,8% de los pacientes).

Resultados: Los pacientes que recibieron apixabán presentaron mayor frecuencia de enfermedad renal crónica, hemorragia mayor global o digestiva; y puntuaciones más altas en las escalas de riesgo tromboembólico y hemorrágico. Los pacientes que recibieron dabigatrán fueron los más jóvenes y con mejor función renal. La tasa cruda de eventos de tromboembólicos fue superior en el grupo de apixabán (2,92/100 personas-año) frente al dabigatrán y rivaroxabán (1,91 y 1,53/100 personas-año; p 0,01). Los pacientes que recibieron dabigatrán mostraron tasas inferiores de hemorragia mayor (1,92/100 personas-año frente a 2,90/100 personas-año en apixabán y 3,01/100 personas-año en rivaroxabán, p 0,01). La mortalidad no ajustada, en el grupo de apixabán fue de 8,04/100 personas-año, fundamentalmente a expensas de la mortalidad no cardiovascular, seguido de aquellos que recibieron dabigatrán (5,94/100 personas-año) y de rivaroxabán (4,96/100 personas-año) (p 0,01). Sin embargo, tras realizar análisis de regresión de Cox multivariante, ninguno de los AOD resultó predictor independiente de eventos clínicos (todas las p > 0,05).

Variables	Todos (n = 973)	Rivaroxabán (n = 505)	Dabigatrán (n = 188)	Apixabán (n = 280)	p	p*	p**	p***
Edad (años)	76 ± 9	76 ± 9	74 ± 9	77 ± 8	0,001	0,002	0,491	0,001
Sexo (mujer)	529 (54,4)	283 (56)	97 (51,6)	149 (53,2)	0,522	0,296	0,446	0,731
Hipertensión arterial	825 (84,8)	442 (87,5)	151 (80,3)	232 (82,9)	0,036	0,016	0,072	0,485
Diabetes mellitus	291 (29,9)	133 (26,3)	60 (31,9)	98 (35)	0,032	0,145	0,011	0,489
Ictus y/o AIT previo	197 (20,2)	79 (15,6)	46 (24,5)	72 (25,7)	0,001	0,007	0,001	0,761
Insuficiencia cardiaca	164 (16,9)	79 (15,6)	30 (16)	55 (19,6)	0,335	0,920	0,154	0,311
Hemorragia mayor	82 (8,4)	31 (6,1)	13 (6,9)	38 (13,6)	0,001	0,709	<0,001	0,023
Filtrado glomerular <60 ml/min/1.73m^2	339 (34,9)	169 (33,5)	53 (28,3)	117 (41,8)	0,007	0,200	0,020	0,003
AVK previo	377 (38,8)	179 (35,5)	85 (45,2)	113 (40,5)	0,053	0,019	0,167	0,312
INR lábil previo †	243 (65,0)	120 (67,4)	49 (59,0)	74 (65,5)	0,414	0,119	0,415	0,373
CHADS$_2$ (puntos)	2,3 ± 1,3	2,2 ± 1,8	2,3 ± 1,4	2,5 ± 1,3	0,003	0,315	<0,001	0,086
CHA$_2$DS$_2$-VASc (puntos)	3,9 ± 1,6	3,8 ± 1,5	3,9 ± 1,8	4,2 ± 1,7	0,010	0,722	0,002	0,052
HASBLED (puntos)	1,6 ± 0,9	1,6 ± 0,9	1,6 ± 0,9	1,8 ± 0,9	0,041	0,909	0,018	0,051
ATRIA (puntos)	2,9 ± 1,9	2,9 ± 1,8	2,5 ± 1,7	3,1 ± 2,1	0,004	0,014	0,148	0,002
ORBIT (puntos)	1,7 ± 1,5	1,6 ± 1,5	1,4 ± 1,3	2,0 ± 1,7	<0,001	0,070	0,002	<0,001

Datos expresados en media ± desviación estándar y número (%).
AVK = Antagonista de la vitamina K; INR lábil = Razón normalizada internacional inestable, alto o tiempo en rango terapéutico <60%.
** Comparación entre rivaroxabán y dabigatrán; ** Comparación entre rivaroxabán y apixabán *** Comparación entre dabigatrán y apixabán.*
†Datos referidos a pacientes con uso de AVK previo y control de INR conocido (n = 374).

Conclusiones: La prescripción de los anticoagulantes directos difiere en función de las características clínicas basales. De este modo, los pacientes con mayor edad, comorbilidad y por tanto, mayor riesgo tromboembólico y hemorrágico reciben apixabán, mientras que los más jóvenes y con mejor función renal dabigatrán. En nuestra población no se evidenciaron diferencias en cuanto a la efectividad y seguridad de los diferentes anticoagulantes directos sin embargo estos hallazgos deben interpretarse con cautela dado el bajo tamaño muestral que limita la potencia estadística.

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