Rev Clin Esp. 2014;214 (Espec Congr):1068

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

T-58. - USO DE ACENOCUMAROL EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR: RIESGOS Y BENEFICIOS. MORBIMORTALIDAD ASOCIADA Y CAMBIO A NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES

A. Peláez[1], V. Martínez[1], G. Lara[1], M. Molina[2], J. Hernández[1], A. Wilches[1], A. Castilla[3], E. Mené[1]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Medicina Intensiva, [3]Servicio de Cardiología. Hospital Rafael Méndez. Lorca. Murcia.

Resumen

Objetivos: Analizar la población anticoagulada con acenocumarol por fibrilación auricular (FA) no valvular del Área III de la Región de Murcia (que abarca 180000 habitantes), valorando la morbimortalidad asociada a su uso y los factores implicados, así como las características de la población y si la anticoagulación en ésta es adecuada.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Incluye todos los pacientes anticoagulados (ACO) con acenocumarol por FA no valvular con más de un año de diagnóstico, usando el registro hospitalario, y la historia clínica electrónica. Se recogieron: datos epidemiológicos, comorbilidades asociadas, tratamiento concomitante, uso de antiagregantes, puntación en escala HASBLED y CHAD2S2Vasc y las complicaciones asociadas a su uso: sangrados, eventos embólicos y muertes, valorando interacciones y rango de INR en el momento del suceso.

Resultados: Se presentan los resultados de la Fase 1 del estudio que incluye a 360 pacientes analizados en el momento actual de un total de 2600. La edad media es de 79 ± 8 años, con el 75% > 75 años, sin diferencias en el sexo (44% mujeres, 56% hombres), con un número medio de 10 años en tratamiento, una media de 2 ingresos previos, y 7 fármacos de media de tratamiento concomitante. En cuanto a las comorbilidades: 18% neoplasia, 84% HTA, 34% Diabetes mellitus, 48% dislipemia, 14% obesidad, 15% fumadores, 18,5% cardiopatía isquémica, 40% insuficiencia cardiaca (ICC), 14% EPOC, 19% insuficiencia renal crónica, 21,5% presenta patología digestiva previa; el 27% ictus previo (97% isquémico). La situación basal (SB) es: 75% independientes, el 64% sedentarios y el 21,3% vida cama-sillón, 61% cirugía previa, y están antiagregados el 9%, solo fue necesaria la sustitución por heparina o un nuevo anticoagulante en el 15,3% (82% sustituidos por enoxaparina). El HASBLED medio es 3,19 (> 3 el 5%, ≤ 3 el 85%), y un CHAD2S2Vasc medio de 4,56 (< 2 el 4%). Se encuentran fuera de rango terapéutico el 80%, (INR > 4 el 90%, y < 1,5 el 60%, con olvidos el 24%). En lo referente a complicaciones: 28% sangrados (digestivo 34%, epistaxis 12%, hematuria 15%), sangrado mayor 8,7%, necesitando transfusión el 7,5% e ingreso el 10,2%. La incidencia de embolismo fue del 17% y de muertes de 21%, estimando que un 33% de estos pacientes serian buenos candidatos para sustitución por Nuevos anticoagulantes orales (NACO). Se analizaron las variables mediante test de chi cuadrado y t-Student para valorar los factores asociados al fallecimiento, objetivando: mayor prevalencia de muerte en los pacientes con ICC (p =

0,008), y en función de la SB del paciente (independiente/dependiente p < 0,001; encamado/vida cama-sillón/sedentario p < 0,001), episodio de sangrado mayor (p = 0,019), nº de sangrados (IC -0,35 a 0,08), nº Fármacos (IC -1,34 a 0,7), edad (IC -6 a-1,8) y el nº de años en tratamiento (p = 0,048).

Discusión: Tras este estudio, se puede determinar como factores de morbimortalidad asociado al uso de acenocumarol en la población estudio: la SB previa, Nº fármacos, nº años en tratamiento, antecedente de sangrado mayor, así como el nº de sangrados y la ICC; añadir que la población analizada tiene un HASBLED > 3, que implica una población con mayor riesgo al sangrado y con ello de morbimortalidad, pero con un CHAD2S2Vasc de 4,56 que implica un alto riesgo embolígeno, necesitando de la anticoagulación para su prevención. Será necesario concluir el estudio de los 2.600 pacientes para confirmar lo descrito tras esta 1ª fase, y valorar la tendencia de otros factores como: sexo, FRCV, nº de ingresos, cirugía, cardiopatía isquémica, embolismo, como factores predisponentes a una mayor tasa de mortalidad, y si su cambio al uso de NACO mejoraría dicho pronóstico, y complicaciones.

Conclusiones: El uso de ACO en la FA está asociada a un importante descenso del riesgo de eventos tromboembólicos, sin olvidar su asociación a sangrados, siendo importante valorar el riesgo/beneficio de su uso, contando con los factores predisponentes del paciente al sangrado implicados en un aumento de su morbimortalidad.

0014-2565 / © 2014, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.