

Uso de anticoagulantes orales directos (DOACs) en pacientes con enfermedades vasculares hepáticas y/o cirrosis hepática

Fanny Turon¹, Andrea De Gottardi², Susana Seijó³, Aurelie Plessier⁴, Jeffrey Schouten⁵, Jonel Trebicka⁶, Dominique Valla⁴, Juan C GarciaPagán¹; Grupo REHEVASC y EASL-VALDIG Consortium.

1. Hemodinámica Hepática, Servicio de Hepatología, Hospital Clínic; IDIBAPS, Ciberehd; Universitat de Barcelona, Barcelona, Spain; 2. University of Berne, Switzerland; 3. King's College, London; 4. Hôpital Beaujon, Clichy, France; 5. Sint-Niklaas, Belgium; 6. University Hospital of Bonn, Bonn, Germany

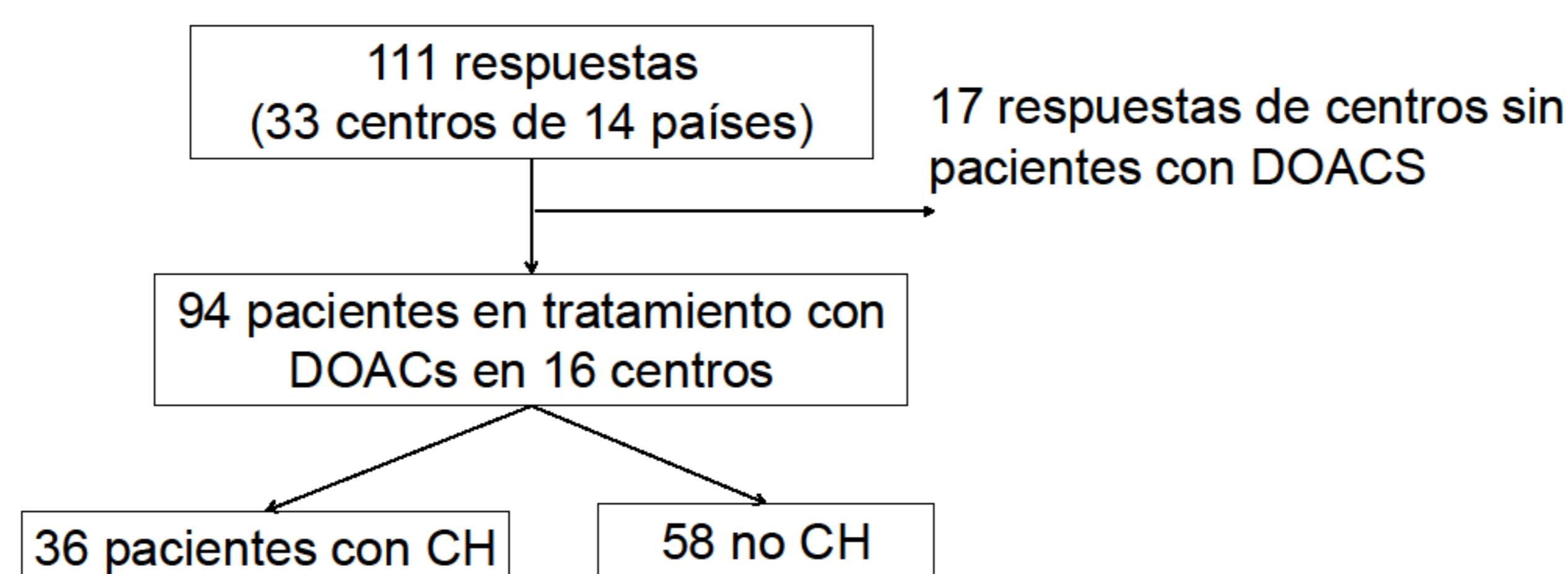
INTRODUCCIÓN

- El uso de anticoagulantes orales directos (DOACs) fuera de indicación en pacientes con trombosis venosa esplácnica (TVE) y/o cirrosis hepática (CH) está aumentando. A pesar de ello, su eficacia y seguridad en estos pacientes no ha sido evaluada.
- El objetivo del presente estudio fue determinar las indicaciones de los DOACs en ese tipo de pacientes, las razones que motivaron el cambio de los anticoagulantes convencionales y sus posibles efectos adversos.

MÉTODO

- Se envió un cuestionario que incluía datos demográficos, de laboratorio y sobre las características del tratamiento con DOACs y sus complicaciones a los miembros de 42 centros de 15 países dentro del grupo cooperativo Español REHEVASC y Europeo VALDIG.

RESULTADOS



Características de los pacientes (mediana – rango)

	Cirrosis (n=36)	No Cirrosis (n= 58)
Edad (años)	68 (32-82)	49 (16-82)
Hombres	21 (58%)	29 (50%)
Etiología	Alcohol 10 (28%) VHC 6 (17%) Otros 20 (55%)	50 Trombosis eje esplenoportal 5 Sd Budd Chiari 2 Tromb esplácnica + SBC 1 Enf venooclusiva
MELD	10 (6-19)	9 (6-15)
Child-Pugh	6 (5-8)	
Varices esofágicas HDA previa	23 (69%) 9 (25%)	24 (48%) 17 (29%)
Indicación anticoagulación		
- Trombosis portal	18	50
- Tromb venosa profunda	2	1
- Sd Budd-Chiari	2	7
- Arritmia cardíaca	14	4
- TEP	1	2
- Enf venooclusiva	0	1
- Profilaxis post cirugía	1	0
	(* 2 pacientes con 2 indicaciones)	(* 7 pacientes con 2 indicaciones)
Anticoagulante previo	21 (58%)	38 (66%)
DOAC utilizado		
-Rivaroxaban	30	49
-Apixaban	4	6
-Dabigatran	2	3
Seguimiento con DOACs	7 (1-24) meses	10 (2-48) meses
Efectos adversos	6 (17%)	12 (21%)
	5 Hemorragia (2 por hipertensión portal; 1 HDB; 1 epistaxis; 1 post banding) 1 Retrombosis	1 Hepatotoxicidad (Insuf hepática aguda) 7 Hemorragia (2 Gastrointestinal leve; 2 epistaxis y gingivorragia; 1 post banding; 1 fractura fémur traumática; 1 hipermenorrea) 2 Otros (leucopenia, mareo). 2 Retrombosis bajo tratamiento con DOAC
Parada de tratamiento por efecto adverso	2	4
Mortalidad	0	1 (muerte por shock séptico por colangitis)

Motivo de elección de DOACs como tratamiento:

- Mejor adherencia a vía oral: 25
- No necesidad de monitorización: 24
- Evento trombotico con otro anticoagulante: 3
- INR de difícil control: 6
- Efecto adverso a otros anticoagulantes: 8
- Por mala función hepática: 9
- Ninguna razón en particular: 19

El principal motivo para cambiar la anticoagulación a los DOACs fue la mejor adherencia al tratamiento y que no requiere monitorización.

Analítica al inicio del tratamiento y en último seguimiento

Cirrosis	Inicio tratamiento	Último seguimiento	p
Creatinina μM	82 +/- 25	91 +/- 40	0.48
INR	1.2 +/- 0.21	1.28 +/- 0.37	0.44
Bilirrubina μM	24.7 +/- 17.8	24 +/- 16.2	0.92
Albumina g/dL	36.3 +/- 5	35.8 +/- 5.8	0.63
Plaquetas g/L	141 +/- 155	143 +/- 114	0.69
ALT IU/L	60 +/- 107	37 +/- 24	0.79

No cirrosis	Inicio tratamiento	Último seguimiento	p
Creatinina μM	72 +/- 26	79 +/- 31	0.25
INR	1.23 +/- 0,25	1.28 +/- 0.34	0.93
Bilirrubina μM	19 +/- 19	22 +/- 22	0.41
Albumina g/dL	36 +/- 7	38 +/- 6	0.19
Plaquetas g/L	250 +/- 141	240 +/- 159	0.50
ALT IU/L	45 +/- 46	49 +/- 57	0.77

No hubo cambios significativos en los parámetros de la analítica en los pacientes cirróticos ni en los no cirróticos tratados con DOACs.

Tampoco hubo diferencias significativas en los efectos adversos en ambos grupos.

CONCLUSIONES

Actualmente hay pocos pacientes con TVE y/o CH tratados con DOACs. El motivo más frecuente para escoger los DOACs como tratamiento anticoagulante es que no requiere monitorización de INR. Parece ser un tratamiento seguro sin episodios de hemorragia relevantes o deterioro de la función hepática. No obstante, se requieren más estudios sobre su utilización en estos pacientes.

