



## T-075 - TERAPIA ANTICOAGULANTE Y FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL ÁREA SANITARIA VIRGEN DEL ROCÍO. ESTUDIO TAYFA-ROCÍO

L. Giménez-Miranda<sup>1</sup>, M. Calabuig-Sevilla<sup>1</sup>, M. López-Ríos<sup>1</sup>, R. López-Alfaro<sup>1</sup>, L. Abdel-Kader<sup>2</sup>, F. Rodríguez-Martorell<sup>3</sup>, E. Calderón-Sandubete<sup>1</sup> y F. Medrano-Ortega<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. CIBEResp. Comisión de Asistencia Sanitaria Basad, <sup>2</sup>Farmacia. Comisión de Asistencia Sanitaria Basada en la Evidencia, <sup>3</sup>Hematología. Comisión de Trombosis. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

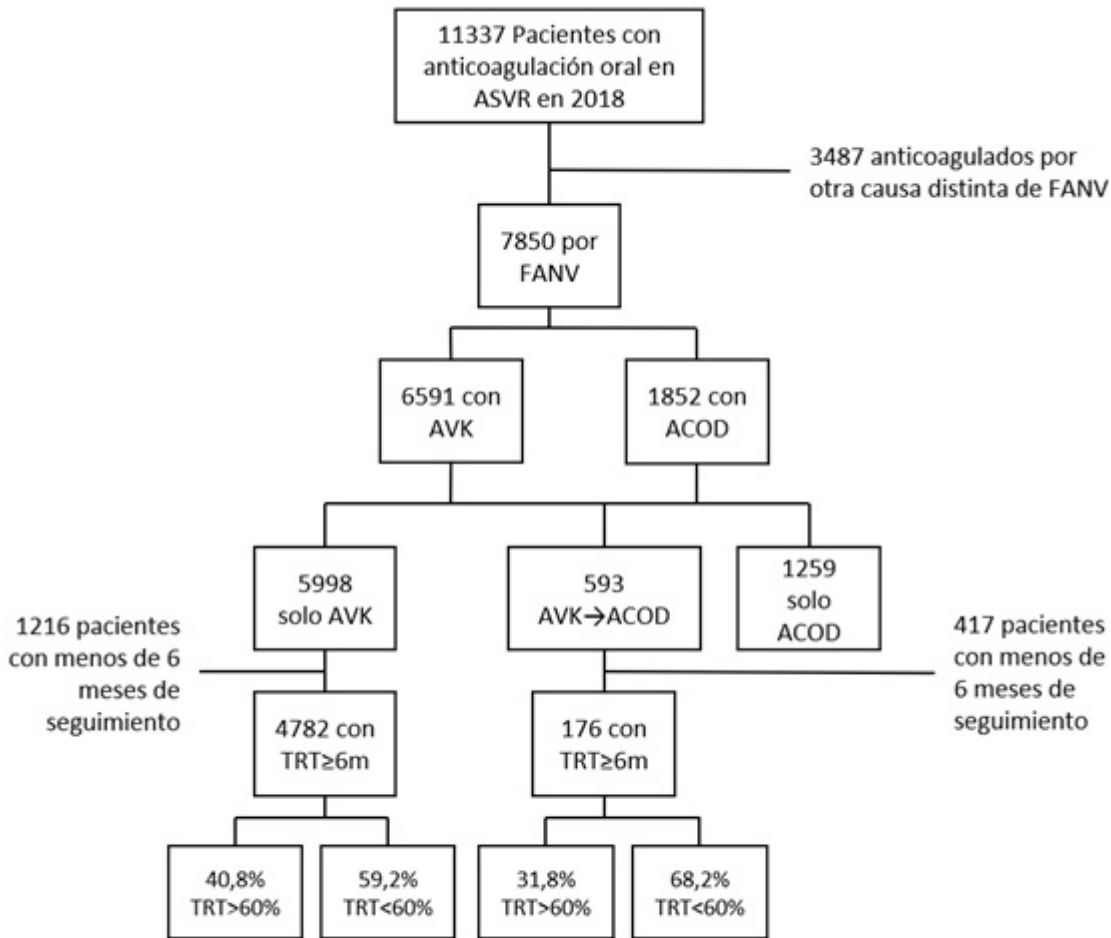
### Resumen

**Objetivos:** La fibrilación auricular no valvular (FANV) tiene una prevalencia del 1,5-3%. Es responsable de al menos el 20% de los accidentes vasculares cerebrales (AVC). En los pacientes con mayor riesgo embolígeno se recomienda anticoagulación con terapia anticoagulante oral (TAO). Los anti-vitamina K (AVK) tienen estrecho margen terapéutico con necesidad de monitorización frecuente e interacciones múltiples. Los anticoagulantes orales de acción directa (ACOD), presentan al menos similar eficacia con mejor perfil de seguridad. La información existente en España sobre TAO en FANV es escasa y fragmentaria y no existen estudios poblacionales andaluces que evalúen su empleo. **Objetivo:** 1) Conocer en el área sanitaria Virgen del Rocío la prevalencia de FANV en TAO y los fármacos utilizados; 2) Evaluar la calidad y adecuación del tratamiento.

**Material y métodos:** Diseño: estudio observacional, descriptivo de base poblacional con todos los pacientes adultos del área sanitaria Virgen del Rocío con FANV en TAO durante 2018. Fuentes de información: Base de Datos TAONET y base de datos de Farmacia. Variables: edad, sexo, TAO, duración del tratamiento, modalidad de control, tiempo en rango terapéutico (TRT), fármaco, servicio prescriptor.

**Resultados:** De los 11.337 pacientes en TAO, 7.850 por FANV; 6.591 (84,0%) tratados con AVK y 1.852 (23,6%) con ACOD (593 pasaron de AVK a ACOD) (fig. 1). La prevalencia de FANV en TAO fue 1,4% (7.850/557.576, BDU-2017), con diferencias entre centros de salud (fig. 2). La distribución de las variables se muestra en la tabla. Existían controles de INR de seis meses disponibles en 4958 de los pacientes con AVK, 2.005 (39,7%) con TRT > 60%. 4,1% de los pacientes con TRT < 60% cambiaron a ACOD. Los pacientes que mantuvieron tratamiento con AVK mostraron mayor TRT que aquellos que cambiaron a ACOD (40,8% vs 31,8%, p = 0,022; test chi cuadrado).

Figura 1: Algoritmo de análisis del estudio TAYFA-ROCIO



ACOD: Anticoagulantes orales de acción directa; ASVR: Área Sanitaria Virgen del Rocío; AVK: Antagonistas de la vitamina K; FANV: Fibrilación auricular no valvular; TRT: Tiempo en rango terapéutico; TRT≥6m: Pacientes de los que se dispone TRT de los últimos 6 meses

Figura 2. Prevalencia de FA por centros de salud

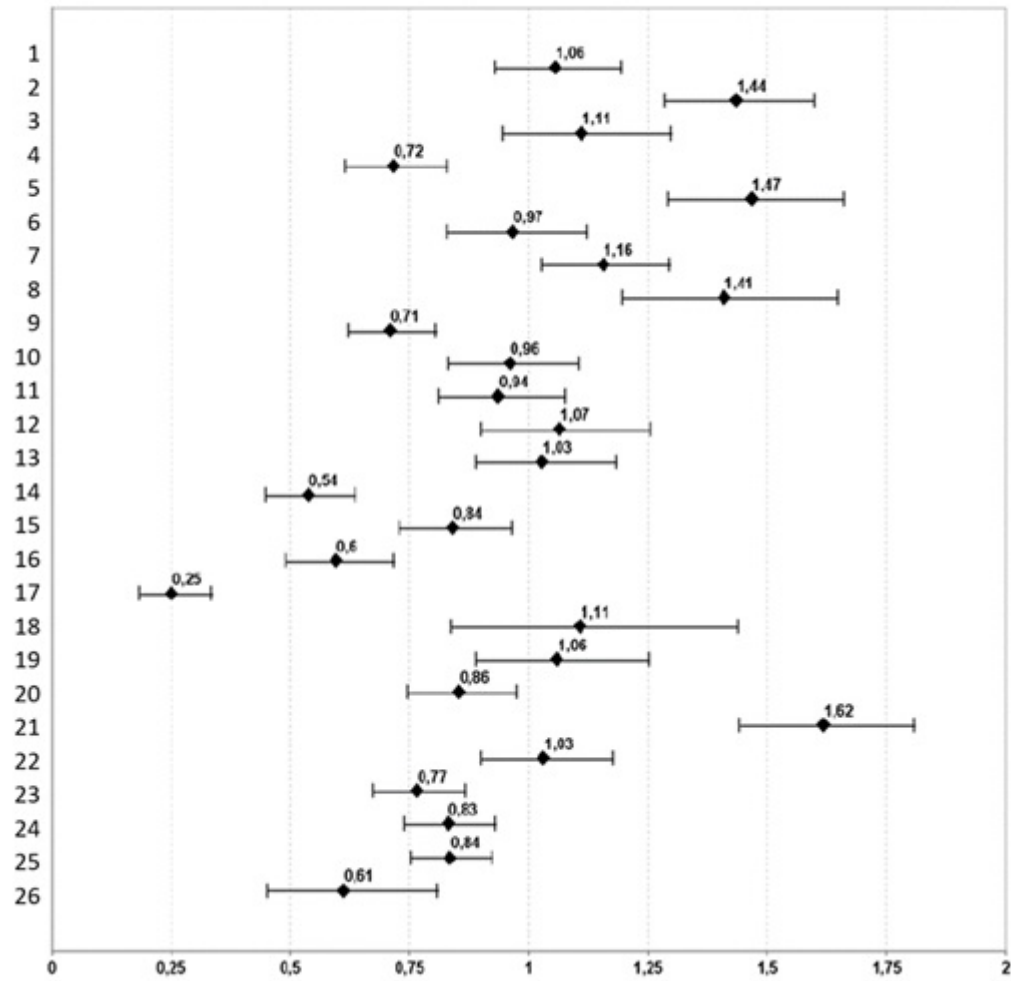


Tabla 1: Características de los 7850 pacientes del área sanitaria Virgen del Rocío en tratamiento con anticoagulantes orales por FANV durante el año 2018. Estudio TAYFA-ROCIO

Variable	AVK	ACOD
Pacientes, n (%)	6591 (84,0)	1852 (23,6)
Edad en años, media $\pm$ DE	72,3 $\pm$ 9,7	
Sexo varón, n (%)	3148 (47,8)	
Duración del tratamiento (días), media $\pm$ DE	2002,6 $\pm$ 1547,2	329,0 $\pm$ 140,0
Modalidad de control con AVK, n (%)		
Atención Primaria	5791 (87,9)	
Atención Hospitalaria	800 (12,1)	
Fármaco AVK, n (%)		
Acenocumarol	405 (6,1)	
Warfarina	6177 (93,7)	
TRT últimos seis meses, media $\pm$ DE	54,3 $\pm$ 22,9*	
TRT > 60%, n (%)	2005 (39,7)*	
Fármaco ACOD, n (%)		
Apixaban		495 (26,7)
Dabigatran		466 (25,2)
Edoxaban		411 (22,2)
Rivaroxaban		480 (25,9)
Servicio Prescriptor ACOD, n (%)		
Cardiología		1255 (67,8)
Medicina Interna		171 (9,2)
Neurología		195 (10,5)
Otro		231 (12,5)

\* Calculado para los 4958 pacientes con al menos 6 meses de seguimiento. ACOD: Anticoagulantes orales de acción directa; AVK: Antagonistas de la vitamina K; DE: Desviación Estándar; TRT: Tiempo en rango terapéutico.

*Conclusiones:* La prevalencia de FANV en TAO en nuestra área es actualmente elevada, lo que sugiere una reducción de la FANV oculta. Existe alta heterogeneidad en su prevalencia entre los distintos centros de salud. Menos de la mitad las FANV con AVK consiguen un control adecuado. La utilización de ACOD es escasa, inferior a la de nuestro entorno sin adecuarse a las indicaciones autorizadas en nuestro país.