



T-056 - CALIDAD DE ANTICOAGULACIÓN CON ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS: HERRAMIENTAS DE MEDICIÓN Y NECESIDAD DE MEJORAS

A. Carro Hevia¹, N. González Galiano², J. Suárez Fernández³, R. Arceo Solís², M. García Sánchez², P. Lougedo³, A. Martínez³, M. Fernández Gutiérrez²

¹Cardiología, ²Medicina Interna, ³Medicina Familiar y Comunitaria. Fundación Hospital de Jove. Gijón (Asturias).

Resumen

Objetivos: El tratamiento preventivo de tromboembolias (TE) en pacientes con fibrilación auricular (FA) exige una valoración del balance de riesgo isquémico y hemorrágico mediante las escalas CHADS2/CHA2DS2-VASc y HAS-BLED, respectivamente. Una vez instaurado un tratamiento anticoagulante, existen condiciones individuales (peso, sexo, función renal, edad, tratamientos concomitantes) que pueden condicionar ajuste de dosis. A diferencia de los antivitamina K (AVK), los anticoagulantes orales directos (ACODs) no disponen de un parámetro que mida la calidad de anticoagulación (i.e. INR o TTR) para asegurar la protección del paciente frente a complicaciones. Nuestro objetivo fue evaluar la calidad de anticoagulación con ACODs según la adecuación posológica para prevención de TE en pacientes diagnosticados de FA, así como las variables asociadas a una inadecuada anticoagulación.

Material y métodos: Estudio observacional unicéntrico en pacientes con diagnóstico de FA y tratamiento con ACODs. Se registraron variables clínicas, antropométricas, demográficas y analíticas. Se consideraron las escalas de riesgo isquémico (CHADS2, CHA2DS2-VASc) y hemorrágico (HAS-BLED). La calidad de anticoagulación se definió como “normodosificación” si la dosis de ACODs se ajustaba a las recomendaciones de guías de práctica clínica y posicionamientos terapéuticos; en contraposición, se establecieron conceptos de “infra” y “sobredosificación”. Se realizó análisis de predictores de anticoagulación inadecuada a partir de las comparaciones entre grupos de pacientes con adecuada vs inadecuada anticoagulación.

Resultados: Se iniciaron ACODs en 100 pacientes (edad media $72,3 \pm 9,5$ años; 38% mujeres; 49% FA permanente; 35% anticoagulados previamente con AVK; CHADS2 2,4; CHA2DS2-VASc: 3,5; HAS-BLED 2,4). El porcentaje de pacientes infradosificados fue del 13,5%, mayor para rivaroxaban que para apixaban (16,3% vs 11,3%; $p = 0,02$). Ningún paciente estaba sobredosificado. Los pacientes infradosificados tuvieron menor filtrado glomerular ($p = 0,07$), más prevalencia de SAOS ($p = 0,03$) y mayor tasa de interrupciones y cambios de tratamiento anticoagulante. No hubo diferencias en el riesgo o isquémico o hemorrágico entre ambos grupos.

Discusión: La coagulopatía relacionada con el manejo de la FA precisa de un ajuste estricto de dosis. A pesar de la seguridad de nuevas terapias (ACODs), existe un porcentaje de pacientes con una calidad inadecuada de anticoagulación. La tendencia a infradosificar no se justifica por criterios clínicos. Deben implementarse medidas para mejorar la calidad de anticoagulación con ACODs.

Conclusiones: Existe un porcentaje de pacientes con una calidad inadecuada de anticoagulación. La tendencia a infradosificar no se justifica por criterios clínicos. Deben implementarse medidas para mejorar la calidad de anticoagulación con ACODs.