



4019-4. CONTROL SUBÓPTIMO DE LA ANTICOAGULACIÓN ORAL CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K ¿DEBEMOS DE ESPERAR SEIS MESES PARA PRESCRIBIR UN ANTICOAGULANTE ORAL DE ACCIÓN DIRECTA?

Pedro Martínez Losas¹, Silvia Jiménez Loeches¹, Eloy Gómez Mariscal¹, Pablo Martínez Vives², Alejandro Cortés Beringola¹, Cristina de Cortina Camarero¹, María Teresa Nogales Romo¹, Sem Briongos Figuero¹, Álvaro Estévez Paniagua¹, Ana M.M. Sánchez Hernández¹, Zaira Gómez Álvarez¹, Cristina Beltrán Herrera¹, Verónica Suberviola Sánchez-Caballero¹, David Vaqueriza Cubillo¹ y Roberto Muñoz Aguilera¹

¹Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España y ²Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La financiación de los anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) está supeditada a su informe de posicionamiento terapéutico (IPT) según el cual, es necesario esperar al menos 6 meses con un antagonista de la vitamina K (AVK) para evaluar si existe un control subóptimo de la anticoagulación. El objetivo del trabajo es analizar la evolución de la anticoagulación con AVK en pacientes con fibrilación auricular (FA) no valvular en los primeros 6 meses desde su inicio y estimar umbrales de tiempo en rango terapéutico (TRT) que, con una alta especificidad, permitan predecir un control subóptimo de la anticoagulación a 6 meses.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo no intervencionista, que analizó a 1522 pacientes con FA en seguimiento en consultas de cardiología de un hospital universitario entre 2018 y 2023. Se incluyeron en el análisis a los pacientes que cumplían los siguientes criterios: 1) diagnóstico de FA no valvular que inician tratamiento con acenocumarol con objetivo de INR 2-3, 2) disponer de los controles de la INR de los primeros 6 meses y 3) tratamiento sin interrupciones durante ese tiempo.

Resultados: Se incluyeron 201 pacientes con una edad media de $73,1 \pm 11,3$ años, siendo el 50,7% mujeres (tabla). A los 6 meses, el 71,1% presentaba un control subóptimo de la anticoagulación según el IPT por el método Rosendaal (TRT 65%, figura) y el 68,6% por el método directo (TRT 60%). De estos pacientes con un TRT 65% por Rosendaal a los 6 meses, el 83,9%, 88,9% y el 90,2% ya presentaba un TRT inferior al objetivo a los 3, 4, y 5 meses, respectivamente. El TRT por Rosendaal a los 3, 4 y 5 meses presentó una buena capacidad predictiva del control subóptimo de la anticoagulación a los 6 meses, con un área bajo la curva ROC del TRT a los 3 meses de 0,80 (IC95% 0,73-0,87), a los 4 meses de 0,89 (IC95% 0,84-0,94) y a los 5 meses de 0,95 (IC95% 0,92-0,97). Los valores de corte del TRT a los 3, 4 y 5 meses resultantes para un 95% de especificidad en la predicción de mal control de la anticoagulación fueron del 22% a los 3 meses, 42% a los 4 meses y 57% a los 5 meses.

Características basales del conjunto de la cohorte y estratificadas según control de la anticoagulación oral por Rosendaal a los seis meses

	Total (n = 201)	TRT> 65% (n = 58)	TRT 65% (n = 143)	p
Edad (años)	73,1 ± 11,3	71,9 ± 11,6	73,6 ± 11,2	0,34
Mujeres (%)	50,7	60,3	46,8	0,083
IMC (kg/m ²)	30,9 ± 6,1	31,3 ± 6,8	30,8 ± 5,9	0,646
Hipertensión (%)	82,6	77,6	84,6	0,234
Diabetes (%)	28,9	19	32,9	0,049
Dislipemia (%)	49,7	43,1	52,4	0,23
Tabaquismo (%)	50%	46,5	51,4	0,747
Enolismo (%)	8,5	5,2	9,8	0,286
Enfermedad renal crónica (%)	29,8	27,6	30,8	0,655
EPOC (%)	24,4	15,5	28	0,062
Enfermedad hepática (%)	7,5	1,7	9,8	0,049
CHA ₂ DS ₂ -VASc	3,5 ± 1,6	3,1 ± 1,5	3,6 ± 1,6	0,05
CHADS2	2 ± 1,7	1,7 ± 1	2,2 ± 1,2	0,008
HAS-BLED	1,3 ± 1	1,1 ± 0,8	1,4 ± 1,1	0,034
Número fármacos	6,6 ± 3	6,1 ± 2,7	6,8 ± 3,1	0,13
Filtrado (ml/min)	69,7 ± 19	70,8 ± 18	69,2 ± 19,5	0,617
TRT 3 meses (%)	48,8 ± 31,4	72,4 ± 26,9	39,2 ± 27,9	0,001
TRT 4 meses (%)	50,6 ± 27,5	77,4 ± 19,9	39,7 ± 22,2	0,001

TRT 5 meses (%)	52,2 ± 24,7	79,4 ± 15,3	41,2 ± 18,5	0,001
IMC: índice de masa corporal; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; TRT: tiempo en rango terapéutico.				



Evolución temporal del control de la anticoagulación oral en pacientes que inician acenocumarol por fibrilación auricular no valvular.

Conclusiones: Un alto porcentaje de pacientes que inician un AVK no alcanza el objetivo de anticoagulación óptimo a los 6 meses. Los valores de TRT a los 3, 4 y 5 meses son buenos predictores para una anticoagulación subóptima, por lo que podrían ser útiles para indicar un cambio precoz a ACOD sin necesidad de esperar 6 meses.