



6021-223. USO DE DOSIS ALTAS FRENTE A DOSIS BAJAS DE ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES ANCIANOS: ¿LO ESTAMOS HACIENDO BIEN?

Silvia Prieto González¹, David Alonso Rodríguez¹, Estefanía Tobal Vicente², Naiara Cubelos Fernández³, Francisco José González García⁴, Carlos Minguito Carazo¹, Carmen Palacios Echevarren¹, Paula Menéndez Suárez¹, Samuel del Castillo García¹, Julio Echarte-Morales¹, Enrique Sánchez Muñoz¹, Clea González Maniega¹, Miguel Ángel Prieto Díaz⁵ y Felipe Fernández Vázquez¹

¹Complejo Asistencial Universitario de León. ²Centro de Salud La Condesa, León. ³Centro de Salud José Aguado, León. ⁴Centro de Salud Dobra, Torrelavega (Cantabria). ⁵Centro de Salud Vallobín-La Florida, Oviedo (Asturias).

Resumen

Introducción y objetivos: Al prescribir un anticoagulante de acción directa (ACOD) en ancianos se tiende a usar sistemáticamente la dosis baja por miedo a los eventos adversos. El objetivo de este estudio es valorar la diferencia de uso entre dosis baja o alta de los diferentes ACOD en una población envejecida.

Métodos: Estudio unicéntrico, retrospectivo, que analiza diferentes variables clínicas y analíticas de pacientes mayores de 80 años con prescripción de ACOD en la Comunidad de León entre 2013 y 2018.

Resultados: Se analizan 1056 pacientes. Presentan una edad media de $88,1 \pm 6,5$ años, un CHA₂DS₂-VASC medio de $4,6 \pm 1,3$ puntos y en el 65,1% de los casos se utilizó la dosis baja de las diferentes presentaciones. Como se observa en la tabla, se tienden a utilizar dosis altas más frecuentemente en varones (40,7% frente al 29,8% en mujeres, con $p = 0,000$). No hay diferencias significativas en cuanto al uso de una u otra en función de antecedente de ictus cardioembólico o ausencia del mismo (64,9% frente 66,0% de uso de dosis bajas, respectivamente), aunque si se observa un predominio de dosis altas en pacientes con antecedentes de tromboembolismo pulmonar y embolismo periférico respecto a los que no los presentan (59,1% frente a 34,4% con $p = 0,05$; y 72,7% frente a 34,5% con $p = 0,01$, respectivamente). Además, destaca que los pacientes con dosis bajas tienen un CHA₂DS₂-VASC mayor que aquellos con dosis altas ($4,7 \pm 1,3$ frente a $4,4 \pm 1,3$, $p = 0,05$).

	Dosis baja	Dosis alta	p
Edad (años)	$89,3 \pm 6,4$	$86,0 \pm 6,3$	0,000*
Mujeres	393 (70,2%)	167 (29,8%)	0,000
Varones	294 (59,3%)	202 (40,7%)	0,000

Hemoglobina (mg/dl)	13,0 ± 1,9	13,6 ± 1,9	0,000*
Creatinina (mg/dl)	1,2 ± 0,5	0,9 ± 0,2	0,000*
CHA2DS2VASC (puntos)	4,7 ± 1,3	4,4 ± 1,3	0,000*
Hipertensión	588 (66,2%)	300 (33,8%)	NS
Diabetes mellitus tipo 2	163 (65,5%)	86 (34,5%)	NS
Insuficiencia cardíaca	339 (70,3%)	143 (29,7%)	0,001
Ictus previo	101 (66,0%)	52 (34,0%)	NS
Tromboembolismo pulmonar previo	9 (40,9%)	13 (59,1%)	NS
Embolia periférica previa	3 (27,3%)	8 (72,7%)	0,008
Sangrado previo	91 (60,7%)	59 (39,3%)	NS

*Test de Anova.

Conclusiones: En dicha cohorte de ancianos se observa que predomina el uso de dosis bajas de ACOD, incluso en pacientes con antecedentes de ictus cardioembólico y con CHA2DS2-VASC mayor, a pesar de ser una población con claro riesgo aumentado. Son necesarios estudios que evalúen la dosis adecuada del ACOD en el anciano según sus características globales, para acabar con la tendencia al empleo de la dosis baja únicamente por la edad.