



6003-74. DOSIFICACIÓN NO ADECUADA DE RIVAROXABÁN SEGÚN ACLARAMIENTO DE CREATININA EN FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR. DATOS DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO

Marcelo Sanmartín Fernández¹, Manuel Anguita Sánchez², Francisco Marín³, Carles Ràfols⁴, Alejandro Pérez Cabeza⁵, Gonzalo Barón Esquivias⁶, Iñaki Lekuona Goya⁷, José Manuel Vázquez Rodríguez⁸, Juan Cosín Sales⁹, Fernando Arribas¹⁰, Vivencio Barrios¹ y Román Freixa¹¹, del ¹Hospital Ramón y Cajal, Madrid, ²Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, ³Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), ⁴Bayer Hispania, S.L., ⁵Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga), ⁶Clínica ABP Salud, ⁷Hospital Galdakao-Usansolo, Bilbao (Vizcaya) ⁸CHU A Coruña, A Coruña, ⁹Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, ¹⁰Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid y ¹¹Hospital Moisés Broggi, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: La introducción de los anticoagulantes de acción directa (ACOD) ha supuesto un gran avance en la prevención de los acontecimientos embólicos en fibrilación auricular (FA). Para obtener el máximo beneficio, es importante una correcta dosificación de estos agentes. El rivaroxabán necesita un ajuste de la dosis en pacientes con aclaramiento de creatinina 50 ml/min. Datos de registros internacionales sugieren que la infradosificación de los ACOD es muy frecuente, pero no conocemos datos de la práctica clínica en nuestro medio.

Métodos: La población de estudio representa una cohorte de pacientes con FA sin prótesis valvulares o valvulopatías graves en tratamiento con rivaroxabán durante al menos 6 meses, incluidos en registro multicéntrico prospectivo EMIR. Se consideró infradosificación si el CG era > 50 ml/min y la dosis de rivaroxabán era 15 mg/día. Se consideró sobredosificación si el CG era 50 ml/min y la dosis prescrita era 20 mg/día.

Resultados: Se han incluido 1.493 pacientes. Un total de 300 pacientes (20,1%) presentaba GG 50 ml/min a la inclusión en el estudio. Había 153 pacientes (10,4%) con infradosificación y 121 (8,2%) con sobredosificación. La edad del grupo de infradosificación era significativamente mayor (mediana 79,6 años [73,2-84,6] frente a 73,9; [67,2-81], $p < 0,001$), así como el CHADS₂ (4,0 [3,0-5,0] frente a 3,0 [2,0-4,0]), CHA₂DS₂-VASc (4; [3,0-5,0] frente a 3,0; [2,0-4,0], $p < 0,001$) o HAS-BLED (2,0; RIC 1,0-3,0 frente a 1,0; RIC 1,0-2,0, $p < 0,001$). En el análisis multivariado las variables predictoras de infradosificación fueron: historia de cáncer (OR = 1,80, IC95% 1,0-3,2), $p = 0,049$), ictus previo (OR = 0,45; IC95% 0,24-0,85, $p = 0,014$), CHADS₂ (OR = 1,33, IC95% 1,11-1,60, $p = 0,002$) y el HAS-BLED (OR = 1,45, IC95% 1,21-1,73, $p < 0,001$).

Conclusiones: Cerca de 10% de los pacientes tratados con rivaroxabán reciben una dosis inferior a la recomendada según el aclaramiento de creatinina por CG, mientras que 8% reciben una dosis superior. La infradosificación es más frecuente en los pacientes con historia previa de cáncer y perfil de riesgo hemorrágico alto, aunque también en los de riesgo embólico más alto, particularmente los de edad avanzada.