



6006-101. INFRAUTILIZACIÓN DE LOS ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL: ¿CAMBIA EL TRATAMIENTO AL CALCULAR EL TIEMPO EN RANGO TERAPÉUTICO EN EL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON DICUMARÍNICOS?

Julia Playán Escribano, Adrián Jerónimo Baza, Noemí Ramos López, Teresa Romero Delgado, Zaira Gómez Álvarez, Andrés Escudero Díaz, Carmen Olmos Blanco y David Vivas Balcones, del Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: En pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) en tratamiento anticoagulante con dicumarínicos, las guías clínicas recomiendan considerar el cambio a anticoagulantes de acción directa (ACOD) si el tiempo en rango terapéutico (TRT) no se controla adecuadamente a pesar de una buena adherencia. Nuestro objetivo fue estudiar el tratamiento de la anticoagulación en pacientes con FANV, especialmente en aquellos con TRT subóptimo los 6 meses previos al ingreso en cardiología.

Métodos: Se realizaron 2 fases: 1) Estudio retrospectivo (enero-julio 2017) con 132 pacientes anticoagulados más de 7 meses. 23 pacientes se excluyeron por no tener datos de INR previos disponibles. En los 109 restantes se recogió: INR de los 6 meses previos, CHA₂DS₂-VASc, HAS-BLED; y tratamiento habitual y al alta. Un TRT 65% fue considerado subóptimo, siguiendo la definición de la agencia española del medicamento. 2) Estudio prospectivo (oct 2017-abril 2018), se promovió calcular el TRT durante el ingreso hospitalario. Se recogieron 136 pacientes anticoagulados, 23 pacientes se excluyeron por no tener los INR previos disponibles.

Resultados: Fase 1: de 132 pacientes: 22 tomaban ACOD; y 110 dicumarínicos (41 con TRT subóptimo). En 6 pacientes se cambiaron dicumarínicos por ACOD (4 por eventos hemorrágicos y 2 por TRT subóptimo). Las variables asociadas de forma independiente con TRT subóptimo en un análisis multivariable fueron HAS-BLED [OR 2,4 (IC95% 1,4-4,1) p 0,001] y toma de antiagregación [OR 0,16 (IC95% 0,04-0,62) p 0,008]. Fase 2: De 136 pacientes: 32 ACOD y 104 dicumarínicos (40 con TRT subóptimo). En 26 pacientes se cambiaron dicumarínicos por ACOD (23 por TRT subóptimo, 1 por ictus en tratamiento con dicumarínicos y 2 por eventos hemorrágicos). 17 pacientes presentaban TRT subóptimo y no cambiaron de fármaco: 7 por insuficiencia renal, y en 10 el TRT no fue calculado durante el ingreso.

Conclusiones: En la fase 1 solo se modificó la anticoagulación a ACODs en un 5% de los pacientes con TRT subóptimo. En la fase 2 se modificó en el 58% de los pacientes con TRT subóptimo, mostrando una clara mejoría en el seguimiento de las guías clínicas tras la promoción del cálculo del TRT (incremento superior al 50%). En ambas fases hasta en un 17% de los pac los datos de INR previos no estaban disponibles para su análisis, lo que enfatiza la necesidad de mayor comunicación entre atención primaria y los centros hospitalarios para conseguir una atención integral a nuestros pacientes.