Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):1383

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

V-176 - ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA DURANTE EL AÑO 2016 EN UN ÁREA DE SALUD DE CASTILLA LA MANCHA

B. Torres Ceballos, Á. Ochoa Ramírez, A. Roa Ballesteros, A. Silva Asiain, M. de Vicente Collado, A. Blanco Jarava, A. Herrero Domingo y F. Marcos Sánchez

Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo).

Resumen

Objetivos: Describir las características epidemiológicas, clínicas y relacionadas con la evolución de los pacientes a los que se les prescribió un anticoagulante de acción directa (ACOD) durante el año 2016 en nuestra área de salud. Analizar la relación entre la toma de ACOD, otro anticoagulante o antiagregante y la mortalidad.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de los pacientes a los que se les prescribió un ACOD (apixaban, rivaroxaban, edoxaban, dabigatran) en nuestro área de salud durante el año 2016. Éstos fueron identificados a partir de listados elaborados por el Servicio de Farmacia de nuestro hospital y la información se obtuvo del programa de historia clínica electrónica Mambrino XXI®. Las variables se analizaron con el programa estadístico SPSS 22.0®.

Resultados: Se recogieron un total de 334 pacientes. La edad media fue de 76,32 ± 10,8 años, predominando los varones en un 52,1%. Como antecedentes destacables, el 76,3% padecía HTA, el 27% diabetes mellitus, el 43,5% dislipemia y el 16,2% insuficiencia renal crónica. El 38,6% estaban previamente anticoagulados (37,4% tomaban acenocumarol) y el 24,9% antiagregados (20,4% tomaban AAS). En cuanto a la indicación de anticoagulación, en el 99,1% de los casos fue la fibrilación auricular no valvular y en el 0,3% la trombosis venosa profunda. El ACOD más frecuentemente prescrito fue apixaban, en un 66,1% de los casos, seguido de rivaroxaban en un 23,1%. En el 61,1% de los casos fue necesario ajustar la dosis. Los especialistas que prescribieron con mayor frecuencia fueron los cardiólogos, en un 53,3% de los casos. médicos internistas prescribieron en un 8,8% de los casos. Aparecieron complicaciones relacionadas con la toma del ACOD en un 12,2%. La hemorragia fue la más común, en un 87,5%. Aparecieron eventos trombóticos a pesar de la toma de ACOD en el 9,3% de los pacientes. Fallecieron el 7,3% de los pacientes, el 0,6% como consecuencia de hemorragia. Hubo que retirar el fármaco en el 9% de los casos. En el análisis multivariante por chi-cuadrado, se estudió la relación entre la toma de acenocumarol, AAS y ACOD con la mortalidad. Tan solo el resultado fue estadísticamente significativo (p = 0,006) al estratificar por dosis de ACOD. La mortalidad es mayor para apixaban y rivaroxaban en los grupos de pacientes en que es necesario reducir la dosis de anticoagulante. La mortalidad es mayor con edoxaban (17%). Los pacientes que toman acenocumarol tienen el doble de riesgo de fallecer; los que no toman AAS fallecen 2,5 veces más, aunque estos datos no son

estadísticamente significativos.

Discusión: Durante el año 2016 se prescribió algún ACOD a 334 pacientes en nuestra área. La escasez de estudios similares no permite realizar comparaciones. Llama la atención que, en nuestro estudio, la mortalidad es mayor entre los pacientes con menor dosis de apixaban y rivaroxaban, mientras que en el caso de dabigatran y edoxaban la mortalidad es mayor con dosis altas del fármaco. Esto podría explicarse por el mayor número de pacientes que toman apixaban y rivaroxaban frente a los otros ACOD y las características clínicas y epidemiológicas de aquellos a los que se les prescriben a dosis bajas, pues suelen ser pacientes más añosos y con más comorbilidad. Aunque sin significación estadística, destaca que la mortalidad es mayor con edoxaban, lo cual podría atribuirse al menor número de pacientes con este fármaco.

Conclusiones: La mortalidad fue mayor para los casos de apixaban y rivaroxaban que tenían ajuste de dosis, pero esto podría explicarse por las características de los pacientes. La mortalidad es mayor entre los pacientes que toman acenocumarol frente a los que no, y lo contrario ocurre con los pacientes que toman AAS. Son necesarios estudios con mayor tamaño muestral, dirigidos a clarificar estas cuestiones.

0014-2565 / © 2017, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.