



<https://www.revclinesp.es>

## V-051 - ADECUACIÓN DE LA ANTICOAGULACIÓN CON ACENOCUMAROL EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR

E. Peñaloza-Martínez<sup>1</sup>, P. Arrabal-Durán<sup>2</sup>, M. Durán-García<sup>2</sup>, M. San Julián-Romero<sup>1</sup>, M. Gómez-Antúnez<sup>1</sup>, A. Muñoz-Míguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna B. <sup>2</sup>Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Los antagonistas de la vitamina K siguen siendo el tratamiento anticoagulante más habitual en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) frente a los “nuevos anticoagulantes orales” (NACO), que son una alternativa en pacientes en los que no es posible mantener un adecuado control de la anticoagulación. Para cuantificar dicho control, se calcula el tiempo en rango terapéutico (TRT) del International Normalized Ratio (INR 2-3). El objetivo primario es identificar en pacientes con FANV que están adecuadamente anticoagulados con acenocumarol de una cohorte de pacientes hospitalizados. Objetivo secundario: evaluar si hay parámetros clínicos que predicen un TRT infraóptimo.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo que incluyó todos los pacientes que ingresaron en una Unidad de Medicina Interna General de un hospital terciario durante el año 2014 con el diagnóstico de FANV, y que estaban siendo tratados con acenocumarol. Criterios de exclusión: pacientes con 3 determinaciones de INR y/o con un periodo > 90 días y/o con > 2 períodos de > 60 días sin determinaciones de INR; pacientes con interrupciones en la administración de acenocumarol en los últimos 6 meses. Se recogieron las variables clínicas, farmacoterapéuticas (dosis total semanal de acenocumarol, valores de INR en los 6 meses anteriores incluyendo el INR en el momento del ingreso, medicación concomitante, tratamiento con digoxina, beta-bloqueantes, verapamilo, diltiazem, amiodarona, antiarrítmicos clase I o IECAS). El control de la anticoagulación fue estimado mediante el método de Rosendaal (bajo control: TRT 65%) y el método tradicional (bajo control: mediciones de INR en rango terapéutico 60%).

**Resultados:** Se incluyeron 109 pacientes, con una mediana de edad de 82,6 años (IQR: 79,2-86,2) y de los cuales el 56,9% eran mujeres. La mediana de INR al ingreso fue 2,3 (IQR: 1,6-3,2). El 34,9% de los pacientes ingresaron con un INR entre 2 y 3. La mediana del número de mediciones de INR en los 6 meses previos fue 9 (IQR: 7-10). Las medianas del TRT durante 6 meses fueron 60,7% (IQR: 41,7-75,0) por el método de Rosendaal y 55,6% (40,0-66,7) por el método tradicional. Mediante el método Rosendaal, el 55,0% de los pacientes tenían un bajo control del INR y mediante el método tradicional, el 61,5%. La mediana del número de fármacos fue 9 (IQR: 7-11). No se encontró asociación entre el control de TRT con ninguna de las variables analizadas: edad, sexo, número de fármacos, insuficiencia cardiaca, hipertensión arterial, diabetes mellitus, ictus previo, infarto de miocardio previo, función renal o hepática alterada, consumo de tabaco, dislipidemia tratada, digoxina, beta-bloqueantes, verapamilo, diltiazem, amiodarona, antiarrítmicos clase I, IECAS.

**Discusión:** Mediante los dos métodos utilizados, más de la mitad de los pacientes estudiados tienen un control infraóptimo de la anticoagulación. Ninguna de las variables estaban asociadas significativamente con

el cambio en el TRT calculado por el método de Rosendaal (“gold standard”), aunque hay que tener en cuenta una serie de limitaciones importantes, como el pequeño tamaño de muestra y la aplicación de una prueba no paramétrica para determinar estas diferencias (prueba U de Mann-Whitney).

*Conclusiones:* Es recomendable valorar el control de la anticoagulación de los pacientes ancianos con FANV que ingresan en un hospital, ya que muchos tienen un mal control terapéutico y podrían beneficiarse de los NACO, siempre que cumplan los criterios de utilización establecidos.