



Original

Nuevos y clásicos anticoagulantes en el medio rural: año 2017

José Manuel Carmona Segado^{a,*}, Marta Herranz Fernández^b, Víctor Hernández Viñes^a,
Sergi Calero Campo^c, Úrsula Avalor González^c, Lara Álvarez Borrego^c

^aUGAP Castellar del Vallès-St. Llorenç Savall. ^bUGAP Santa Perpetua de Mogoda. ^cMetropolitana Nord. Barcelona.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de junio de 2018

Aceptado el 29 de noviembre de 2018

On-line el 5 de marzo de 2019

Palabras clave:

Anticoagulación oral

Nuevos anticoagulantes

Acenocumarol

R E S U M E N

Objetivos. Conocer la prevalencia registrada de uso de anticoagulantes en sujetos mayores de 15 años de nuestro medio y diversos aspectos epidemiológicos de esta población.

Metodología. Estudio observacional transversal poblacional de 2.500 habitantes; muestra universal de los 43 pacientes mayores 15 años anticoagulados (registrados en la historia informatizada), controlados y adscritos a nuestro centro en 2017. Análisis de variables como edad, sexo, antecedentes de ictus o insuficiencia renal, motivo de anticoagulación, tipo de anticoagulante empleado (en caso de nuevo anticoagulante motivo de su indicación...). En caso de anticoagulación clásica calculamos el promedio de los controles anuales, el promedio de días entre ellos y parámetros como porcentaje, controles y tiempo en rango terapéutico ampliado. Análisis estadístico realizado mediante EPI INFO V.7.

Resultados. Nuestros anticoagulados son 43. Su edad media es de 77 años (DE 8,3) y son varones el 65 %. Antecedentes personales de ictus en 25 %. Presentan filtrado glomerular por debajo de 50 ml/min 30 %. Motivo principal de anticoagulación, fibrilación auricular no valvular (72 %). Utilizan nuevos anticoagulantes (NACO) 48 %. La indicación fundamental de NACO es el control no óptimo de INR (23 %). De entre los NACO el más empleado es apixaban (47 %). Quienes toman acenocumarol se hacen una media 17 controles/año (DE 2); promedio entre controles: 20 días (DE 3); los porcentajes de controles y de tiempo en rango terapéutico ampliado son 74 y 84 %, respectivamente.

Conclusiones. La prevalencia de anticoagulados en nuestra población mayor 15 años es de 2,17 %. Predominan los varones, de unos 77 años de edad y con fibrilación auricular no valvular. La tercera parte de nuestros anticoagulados tienen insuficiencia renal o antecedentes de ictus. Constatamos que los NACO desplazan progresivamente a los anticoagulantes clásicos (48 % del total). Tenemos buenos resultados en cuanto a calidad del control con anticoagulación clásica.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmcarmona.mn.ics@gencat.cat (J.M. Carmona Segado).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2018.066>

2254-5506 / © 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

New and classical anticoagulants in the rural setting: year 2017

A B S T R A C T

Keywords

Oral anticoagulation
New anticoagulants
Acenocoumarol

Objectives. To know the registered prevalence of anticoagulant used in subjects older than 15 years of our environment and various epidemiological aspects of this population.

Methodology. Observational cross-sectional population study of 2500 inhabitants. Universal sample of the 43 patients over 15 years anticoagulated (recorded in computerized history), controlled and assigned in our center in 2017. Analysis of variables such as age, sex, history of stroke or renal failure, reason for anticoagulation, type of anticoagulant employee (reason for the indication if new), ... In the case of classical anticoagulation, we calculate average of annual controls, average of days between them and finally parameters as percentage of controls and time in extended therapeutic range. Statistical analysis EPI INFO V.7.

Results. All of our anticoagulants amount to 43. Their average age is 77 years (SD 8.3), 65% men predominate. Personal history of stroke 25%. 30% have glomerular filtration rates < 50 ml/min. The main reason for anticoagulation is non-valvular atrial fibrillation 72%. 48% of our patients receive new anticoagulants (NACO). The main indication of NACO, 23% of the cases, was the control of suboptimal INR. Of the NACO we use more apixaban 47%. Patients taking acenocoumarol are averaged 17 controls / year (SD 2) (20 days between controls, SD 3) and the percentage of controls and time in extended therapeutic range is 74% and 84% respectively.

Conclusions: prevalence of our population over 15 years anticoagulated of 2.17%. Men predominate, about 77 years old and with non-valvular atrial fibrillation. Up to 1/3 of our anticoagulants have kidney failure or a history of stroke. We found that NACO progressively displaces traditional anticoagulants (in our case, 48%). Our good results stand out in terms of quality control with classic anticoagulation.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Published by Ergon Creación, S.A.

Introducción

La población en tratamiento con anticoagulantes orales sean clásicos (acenocoumarol, fundamentalmente) o nuevos (NACO) ha aumentado considerablemente en los últimos años^{1,2}. El empleo de los anticoagulantes clásicos se trasladó hace años desde la atención hospitalaria a la primaria³ y el médico de familia se ha ido familiarizando progresivamente con su uso. Aprovechando el control regular desde hace tiempo por parte de atención primaria de la anticoagulación clásica, y que hace ya más de un lustro de la entrada en el mercado de los NACO^{4,5}, es un buen momento para identificar en la actualidad el perfil de nuestra población anticoagulada.

Objetivos

Se plantea conocer la prevalencia registrada de uso de anticoagulantes en sujetos mayores de 15 años (edad en que dejan de acudir al pediatra) de nuestro medio y describir diversos aspectos epidemiológicos de nuestra población anticoagulada.

Material y métodos

Nuestra población diana son los 2.000 habitantes de la localidad de Sant Llorenç Savall (población rural de la comarca del Vallès Occidental de la provincia de Barcelona) asignados al cupo del único médico de familia existente (Tabla 1).

Se incluyen todos los pacientes mayores de 15 años en tratamiento con anticoagulantes, registrados mediante historia clínica informatizada, controlados en nuestro centro a 31 de diciembre de 2017. Se trata, pues, de una muestra universal de la totalidad de nuestros pacientes anticoagulados (43 sujetos).

Tabla 1 – Población y grupos de edad Sant Llorenç Savall 2017.

Población	Sant Llorenç Savall	Vallès Occidental	Cataluña
De 0 a 14 años	345	158.795	1.179.741
De 15 a 64 años	1.500	604.465	4.976.815
De 65 a 84 años	416	125.185	1.170.656
De 85 años o más	100	21.586	228.618
Total	2.361	910.031	7.555.830

Tabla 2 – Variables de análisis generales y específicas según tipo de anticoagulación.	
Edad	
Sexo	
Antecedentes personales de ictus	
Antecedentes personales de insuficiencia renal (FG < 50 ml/min).	
Indicación principal del tratamiento anticoagulante.	
Tipo de anticoagulación empleada.	
Nuevo anticoagulante (NACO)	Anticoagulación clásica
Motivo de NACO	Media de controles/año
Tipo de NACO y dosis	Media de días entre controles
	% controles en rango terapéutico ampliado
	% tiempo en rango terapéutico ampliado

Diseñamos un estudio descriptivo transversal de base poblacional. Analizamos variables generales, tanto para anticoagulación oral clásica como nueva, y algunas específicas según el tipo de anticoagulación empleada (Tabla 2). La estadística descriptiva se ha llevado a cabo con el programa EPI INFO V.7.

Resultados

Nuestra población anticoagulada mayor de 15 años está compuesta por 43 pacientes. Su edad media es de 77 años (DE 8,3) y predominan los hombres (28; 65 %).

La principal indicación de la anticoagulación es la fibrilación auricular no valvular (31; 72 %), seguida de prótesis cardiacas/patología valvular mitral (9) y prevención del tromboembolismo pulmonar (3) (Fig. 1).

Prácticamente la mitad de nuestros pacientes (21/43) reciben NACO.

De nuestros pacientes anticoagulados tienen antecedentes personales de ictus 25 % (11). El 30 % (13) presentan tasas de filtrado glomerular inferior a 50 ml/min (Figs. 2 y 3, respectivamente).

La indicación de tratamiento con NACO (Fig. 4) se produce principalmente por control de INR subóptimo (5; 23 %), definido como porcentaje de tiempo en rango terapéutico inferior a 65 %, seguido a partes iguales (4; 19 %) de alergia-intolerancia a anticoagulantes clásicos e ictus de repetición a pesar de buen control de INR.

El más empleado de los NACO es el apixaban (10; 47 %), seguido a partes iguales de dabigatran y rivaroxaban (5; 25 %).

Los pacientes que toman acenocumarol se hacen una media de 17 controles/año (DE 2), lo que supone un promedio de 20 días entre controles (DE 3). El porcentaje de controles y de tiempo en rango terapéutico ampliado es de 74 y 84 %, respectivamente.

Comentarios y conclusiones

La prevalencia de anticoagulados en nuestra población mayor de 15 años es de 2,17 %, baja si se compara con estudios pobla-

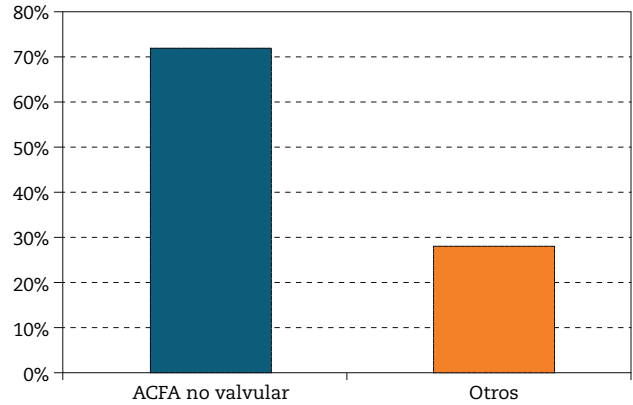


Figura 1 – Indicación de tratamiento anticoagulante.

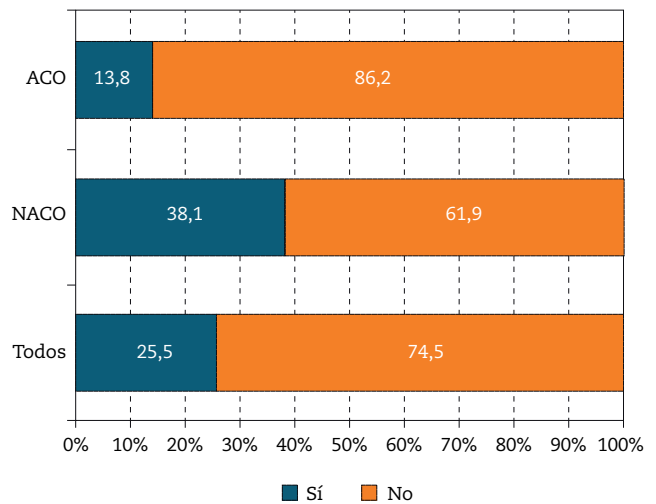


Figura 2 – Antecedentes personales de ictus y tipo de anticoagulación.

cionales previos⁶. Teniendo fundamentalmente en cuenta la edad de nuestra población (aproximadamente 500 mayores de 65 años) pensamos que todavía tenemos que identificar pacientes con fibrilación auricular silente, subsidiarios de beneficiarse de tratamiento anticoagulante por su alto riesgo de ictus⁷.

En nuestro caso el perfil del paciente anticoagulado es el de un varón, de unos 77 años y con fibrilación auricular no valvular.

Hasta un tercio de nuestros anticoagulados tienen insuficiencia renal o antecedentes de ictus. En este sentido, destaca que existen más antecedentes de ictus o de insuficiencia renal en caso de tratamiento con NACO, posiblemente por ser individuos que han presentado un nuevo ictus a pesar de la anticoagulación clásica^{8,9}.

A pesar de sucesivos informes de posicionamiento terapéutico en cuanto a recomendaciones acerca del uso de NACO⁴, es una realidad que están desplazando progresivamente a los anticoagulantes tradicionales (a día de hoy en nuestro caso el 49 %)¹⁰. Nuestro motivo principal para indicar NACO es el

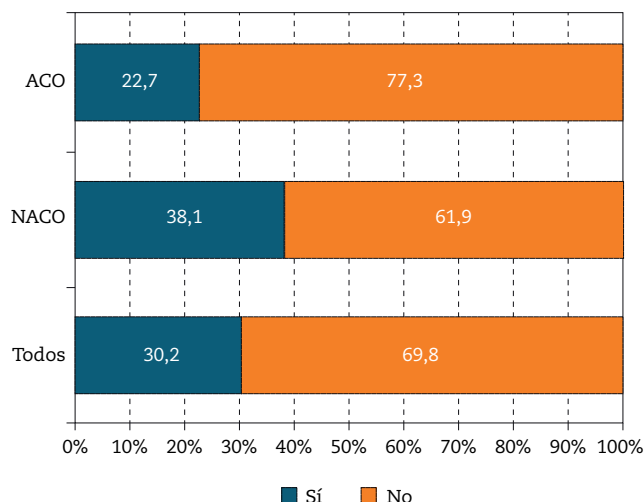


Figura 3 – Antecedentes personales de insuficiencia renal y tipo de anticoagulación.

control deficiente del INR en 23 % de nuestros pacientes de acuerdo con estas recomendaciones.

Enlazando con el punto anterior, destacan nuestros buenos resultados en cuanto a calidad del control con anticoagulación clásica en comparación con otros estudios^{8,9}.

Como principales limitaciones del estudio, destacamos que, al tratarse de un estudio descriptivo de un solo cupo médico, la muestra es pequeña; esta se podrá ampliar implicando a más profesionales. También se podían haber cuantificado los riesgos embólicos y hemorrágicos en todos los pacientes anticoagulados mediante las escalas CHADS2-VASC y HAS-BLED, respectivamente, pero sobre todo en quienes padecen fibrilación auricular no valvular; no pudimos hacerlo porque no eran nuevos tratamientos y era difícil retrospectivamente (en algunos casos tratamientos de más de 10 años) averiguar cuáles eran los riesgos en el momento de la instauración del tratamiento.

Constatamos la necesidad de identificación precoz de pacientes con fibrilación auricular silente y el aumento progresivo de pacientes tratados con nuevos anticoagulantes por fracaso de la anticoagulación clásica, bien por control subóptimo de INR o por aparición de accidentes embólicos con INR adecuados.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez-Doblas JJ, Muñoz J, Martín JJ, Rodríguez-Roca G, Lobos JM, Awamleh P, et al. Prevalencia de fibrilación auricular en España. Resultados del estudio OFRECE. *Rev Esp Cardiol.* 2014; 67: 259-69.

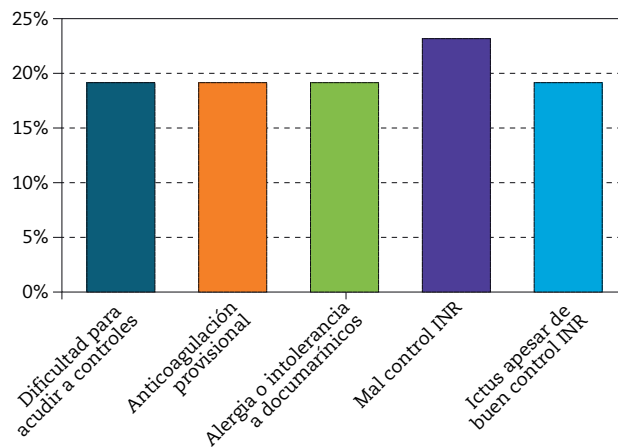


Figura 4 – Indicaciones de tratamiento con NACO.

- Gómez-Doblas JJ, López-Garrido MA, Esteve-Ruiz I, Barón-Esquivas G. Epidemiología de la fibrilación auricular. *Rev Esp Cardiol.* 2016; 16(Supl.A): 2-7
- Boned-Ombuena A, Pérez-Panades J, López-Maside A, Miralles-Espí M, Guardiola-Villaróig S, Adam Ruiz D, et al. Prevalencia de la anticoagulación oral y calidad de su seguimiento en el ámbito de la atención primaria: estudio de la Red Centinela Sanitaria de la Comunitat Valenciana. *Aten Primaria.* 2017; 49: 534-48.
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. AEMPS. Informe de posicionamiento terapéutico. Criterios y recomendaciones generales para el uso de los anticoagulantes orales directos (ACOD) en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular. Noviembre del 2016. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/home.htm#anticoagulantes-orales-hemato> [Consultado el 6 de junio del 2018].
- European Heart Rhythm Association; European Association for Cardio-Thoracic Surgery, Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, Schotten U, et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2010; 31: 2369-429.
- Labrador-García MS. Prevalencia de fibrilación auricular en mayores de 65 años de una zona de salud. *Aten Primaria.* 2001; 28: 648-51.
- Clua-Espuny JL, Lechuga-Durán I, Bosch-Princep R, Roso-Llorach A, Panisello-Tafalla A, Lucas-Noll J, et al. Prevalencia de la fibrilación auricular desconocida y la no tratada con anticoagulantes. Estudio AFABE. *Rev Esp Cardiol.* 2013; 66: 545-52.
- Anguita-Sánchez M, Bertomeu-Martínez V, Cequier-Fillat A. Calidad de la anticoagulación con antagonistas de la vitamina K en España: prevalencia de mal control y factores Asociados. *Rev Esp Cardiol.* 2015; 68: 761-8.
- Habashneh-Sánchez S, Abad-Díaz I, Tinajero-Valle CP, Cortés-Palmero A, Lobón-Agúndez MC, Muñoz-Fernández C. Evaluación de la calidad del control de la anticoagulación en los pacientes con fibrilación auricular en Atención Primaria en la zona noroeste de Madrid. *Semergen.* 2016; 42: 287-92.
- Segú JL. Acceso a los anticoagulantes de acción directa en España. *Rev Esp Cardiol.* 2016; 16(supl 1): 55-59.