



Cardiocre



323/49 - ACCESO A LOS ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS (ACOD) EN ANDALUCÍA: SUBANÁLISIS DEL ESTUDIO HEROIC

A.I. Pérez Cabeza¹, J.L. Bonilla Palomas², R. Vázquez García³, J. Benítez Gil⁴, A. Casaus García⁵, J. Motero Carrasco⁶, C. Aracil Espi⁷, J.L. Delgado Prieto⁸, F. Cabrera Bueno⁹ y R. Hidalgo Urbano¹⁰

¹Hospital Costa del Sol. Hospital Alta Resolución de Benalmádena. Málaga. ²Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda. ³Hospital Puerta de Mar. Cádiz. ⁴Hospital de Poniente. El Ejido. ⁵Hospital Punta Europa. Cádiz. ⁶Clínica Los Naranjos. Huelva. ⁷Clínica Inmaculada Concepción. Granada. ⁸Hospital Regional Carlos Haya. Málaga. ⁹Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. ¹⁰Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: Diferencias en la adhesión al Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) de 2013 que restringe la prescripción de anticoagulantes orales directos (ACOD) para la fibrilación auricular no valvular (FANV) pueden generar desigualdades en el acceso a ACOD entre comunidades autónomas (CC.AA.). El estudio HEROIC ha analizado en éstas los motivos de prescripción del ACOD rivaroxaban y el perfil de pacientes tratados. Presentamos los resultados en Andalucía, clasificada en HEROIC como “CA con prescripción de ACOD guiada mayoritariamente por el IPT” con respecto a otras clasificadas como “no adheridas”.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, multicéntrico en consultas de especialistas de Andalucía del Sistema Nacional de Salud entre pacientes con FANV tratados con rivaroxaban.

Resultados: Participaron 12 investigadores (~80% cardiólogos)/414 pacientes (24% del total). Motivos de prescripción más frecuentes: por petición del paciente/según ficha técnica (~29%) e imposibilidad de mantener el control con AVK (22%). Respecto a CC.AA. “no adheridas al IPT” (n = 140), el 96,0% vs 87,7% (p = 0,0013) de los pacientes presentaba un riesgo tromboembólico alto (CHA2DS2-Vasc ≥ 2) y el 35,2% vs 18,7% (p = 0,0003) un riesgo hemorrágico alto (HAS-BLED ≥ 3), tardaron una mediana 14,6 vs 3,2 meses (p = 0,0217) en recibir rivaroxaban desde el diagnóstico de la FANV y el 52,8% vs 29,1% (p < 0,0001) recibió previamente tratamiento anticoagulante.

Conclusiones: Respecto a CC.AA. “no adheridas al IPT”, en Andalucía se prescribe rivaroxabán en mayor proporción a pacientes con alto riesgo tromboembólico y hemorrágico y tratados con anticoagulantes. Pese a ello, tardan 11,4 meses (mediana) más en recibir rivaroxabán desde el diagnóstico de la FANV.