

Patrones de multimorbilidad, grado de control y riesgo hemorrágico en pacientes con antagonistas de la vitamina K



Multiple morbidity patterns, level of control and haemorrhagic risk in patients with vitamin K antagonists

Sr. Editor:

La prevención tromboembólica con anticoagulantes antagonistas de la vitamina K (AVK) se inició hace más de 50 años, con un incremento motivado por el diagnóstico de la fibrilación auricular (FA)¹. Tienen una eficacia más que probada pero dependiente del cociente normalizado internacional (INR) en rangos establecidos² cuyo seguimiento con sangre capilar es accesible desde atención primaria. Su fin preventivo tromboembólico también se asocia a un incremento del riesgo hemorrágico. Existen distintos métodos para evaluar el grado de control, pero el tiempo en rango terapéu-

tico (TRT) es el método recomendado³. La coexistencia de otros tratamientos y enfermedades crónicas en forma de patrones de multimorbilidad poblacional⁴, influyen en el control.

El objetivo de investigación es estudiar patrones de multimorbilidad, riesgo hemorrágico y grado de control de INR capilar de pacientes con AVK en atención primaria. Es un estudio transversal multicéntrico con revisión retrospectiva de historias clínicas, realizado en 2015 en la Zona Básica de Villanueva de la Cañada (Dirección Asistencial Noroeste, Servicio Madrileño de Salud). La población de estudio eran personas > 14 años, no institucionalizadas, con AVK al menos durante el último año. La información fue proporcionada por la Comisión de Investigación de Atención Primaria. Se incluyó una muestra de 257 individuos, representativa de los 5 municipios de la zona básica (Brunete, Quijorna, Villanueva de la Cañada, Villanueva del Pardillo y Villafranca del Castillo) con seguimiento en atención primaria. El criterio de inclusión fue el diagnóstico de FA, *flutter* auricular, tromboembolismo pulmonar (TEP), trombosis venosa profunda (TVP), IAM extenso y miocardiopatía dilatada, que tuviesen como control el rango 2-3. Se

Tabla 1 Descripción de variables del estudio

Variables	Total N (%)	TRT ^b (IC 95%)	Valor de p
Varones	139 (54,1)	60,69 (57,68-63,70)	0,593
Mujeres	118 (45,9)	59,19 (56,42-61,96)	—
Mayores de 60 años	229 (89,1)	60,09 (57,87-62,31)	0,285
Inmovilizado	39 (15,2)	56,11 (50,85-61,36)	0,143
Polimedicados ^a	177 (68,9)	59,26 (56,82-61,69)	0,05
Patrones de multimorbilidad			
Patrón cardiometabólico	215 (83,7)	59,43 (57,21-61,65)	0,227
Patrón psiquiátrico	4 (1,6)	39,44 (24,54-54,34)	—
Patrón mecánico	15 (5,8)	64,94 (55,83-74,05)	—
Patrón psicogerátrico	17 (6,6)	65,07 (55,22-74,91)	—
Patrón depresivo	6 (2,3)	67,48 (58,60-76,37)	—
TRT ^b	257 (100)	60 (57,95-62,05)	0,157
Fibrilación auricular	214 (83,3)	60,17 (57,90-62,43)	0,09
Flutter auricular	10 (3,9)	59,73 (46,88-72,57)	—
TEP ^c	20 (7,8)	60,75 (53,87-67,63)	—
TVP ^d	9 (3,5)	54,75 (37,70-71,79)	—
Labilidad INR (TRT < 60)	121 (47,1)	46,25 (44,45-48,51)	0,717
Inmovilizado	21 (53,8)	45,12 (40,95-49,30)	0,358
Polimedicado	84 (47,5)	45,87 (43,73-48,00)	0,010
FA	100 (82,6)	46,33 (44,35-48,31)	0,075
TEP	9 (7,4)	47,18 (42,18-52,18)	0,097
Alto riesgo hemorrágico ^e	172 (66,9)	56,62 (53,22-58,01)	0,021
Inmovilizado	36 (20,9)	55,34 (49,71-60,96)	0,192
Polimedicados	140 (81,4)	56,25 (53,60-58,91)	0,377
Fibrilación auricular	150 (87,2)	56,01 (53,43-58,59)	0,375

FA: fibrilación auricular; INR: cociente internacional normalizado; TEP: tromboembolismo pulmonar; TRT: tiempo en rango terapéutico; TVP: trombosis venosa profunda

^a ≥ 6 fármacos.

^b Tiempo en rango terapéutico de INR en el último año (N.º INR en rango en un año/total INR en un año).

^c Tromboembolismo pulmonar.

^d Trombosis venosa profunda.

^e Escala HAS-BLED.

excluyeron los casos sin registros en historia clínica. Las variables fueron sociodemográficas, TRT del último año, factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y riesgo hemorrágico valorado con la escala *Has-Bled*⁵.

Del total de 257 pacientes, el 54,1% eran varones y el 45,9% mujeres con una media de 75,8 y 77,5 años, respectivamente. La media de tratamiento era de 6,11 años (IC 95%: 5,66-6,56) siendo mayor en los varones (6,30 vs. 5,89). El patrón cardiometabólico fue predominante (83,7%) seguido del psicogeriatrico (6,6%) (tabla 1). La media de TRT fue del 60% con diferencias por género, patrón de multimorbilidad y enfermedad, siendo el TEP el de mayor TRT con un 60,7% (IC 95%: 53,87-67,63), aunque con diferencias significativas solo respecto a la polimedicación. Hubo un 47,1% de labilidad del INR (TRT < 60%), mayor en varones (52,9%), FA (82,6%), inmovilizados (53,8%) y polimedicados (47,5%; $p < 0,05$). El 66,9% tenía alto riesgo hemorrágico ($p = 0,021$). En nuestra población, el riesgo de hemorragias se incrementa 8 veces más en hipertensos y 4 veces más en polimedicados.

El paciente con AVK controlado en atención primaria tiene un perfil de edad de riesgo (> 60 años), es polimedicado, tiene un diagnóstico mayoritario de FA y un patrón cardiometabólico de multimorbilidad. Este patrón es el más prevalente en España desde edades tempranas⁴. En nuestra investigación está asociado a elevada prevalencia de FRCV como HTA (82,9%), DM (36,6%), obesidad (58,4%) e hipercolesterolemia (59,5%). El TRT es un método directo eficaz para estimar el grado de control³. En este estudio está por debajo del indicador de la Comunidad de Madrid⁶ (60 vs. 65%) con elevada labilidad del TRT en pacientes inmovilizados y polimedicados. Casi 7 de cada 10 anticoagulados tienen alto riesgo hemorrágico con un TRT del 56,62% (IC 95%: 53,22-58,01) frente al 68,77% (IC 95%: 65,70-72,05) en aquellos sin riesgo. Por tanto, el seguimiento del paciente con AVK en atención primaria debe incluir un seguimiento exhaustivo del INR, prevención de complicaciones, y control de FRCV y estilos de vida, con especial hincapié en hipertensos y polimedicados.

Agradecimientos

A todos los compañeros del Centro de Salud de Brunete y del Equipo de Atención Primaria de Villanueva de la Cañada.

Bibliografía

1. Clua JL, Lechuga I, Bosch R, Roso A, Panisello A, Noll J, et al. Prevalence of undiagnosed atrial fibrillation and of that not being treated with anticoagulant drugs: The AFABE study. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:545–52.
2. Fitzmaurice DA. Oral anticoagulación control: The European perspective. *J Thromb Thrombolysis*. 2006;21:95–100.
3. Bertomeu V, Anguita M, Cequier A. Comparación del control de la anticoagulación oral con antagonistas de la vitamina K entre el método Rosendaal y el método directo de pacientes con fibrilación auricular no valvular. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:212.
4. Prados A, Poblador B, Calderón A, Andrés L, González F, Poncel A, et al. Multimorbidity patterns in primary care: Interactions among chronic diseases using factor analysis. *Plos One*. 2012;7:2.
5. Gallego P, Roldan V, Torregrosa JM, Galvez J, Valves M, Vicente V, et al. Relation of the HAS-BLED bleeding risk score to major bleeding, cardiovascular events and mortality in anticoagulated patients with atrial fibrillation. *Circ Arrhythm Electrophysiol*. 2012;5:312–8.
6. Alonso R, Figueroa CA, Mainar V, Arribas MP, Sánchez L, Rodríguez R. Grado de control del tratamiento anticoagulante oral en los centros de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid: estudio CHRONOS-TAO. *Med Clin (Barc)*. 2014;145:192–7.

David Pérez-Manchón^{a,c,*}, Gema María Álvarez-García^b,
Montserrat Ruíz-López^c, Jesús Guodemar-Pérez^c
y Juan Pablo Hervás-Pérez^c

^a Centro de Salud Universitario Villanueva de la Cañada, Dirección Asistencial Noroeste del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), Villanueva de la Cañada, Madrid, España

^b Centro de Salud Universitario Cerro del Aire, Dirección Asistencial Noroeste del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), Majadahonda, Madrid, España

^c Facultad de Salud, Universidad Camilo José Cela, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dperezman@gmail.com
(D. Pérez-Manchón).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.07.002>
0212-6567/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).