

## Antecedents

- La prevenció de les complicacions tromboembòliques en pacients amb fibril·lació auricular (FA) es basa en el tractament anticoagulant oral (TAO) a llarg termini. La decisió d'iniciar el TAO s'ha d'individualitzar en funció del risc tromboembòlic i hemorràgic de cada pacient.<sup>1</sup>
- Es recomana utilitzar l'escala CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc per avaluar el risc tromboembòlic i l'escala HAS-BLED per valorar el risc hemorràgic. S'aconsella iniciar el TAO en homes amb  $\geq 2$  punts i en dones amb  $\geq 3$  punts de l'escala CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc. En homes amb 1 punt i dones amb 2 punts cal valorar individualment la necessitat d'anticoagulació oral. Quant al risc de sagnat, cal tenir en compte que un risc alt ( $\geq 3$  punts a l'escala HAS-BLED) no contraindica el TAO. S'ha d'avaluar periòdicament els pacients per valorar la necessitat d'iniciar o continuar el TAO en funció d'aquests riscos.<sup>1</sup>
- En l'àmbit del Sistema Nacional de Salut, els antagonistes de la vitamina K (AVK) (acenocumarol i warfarina) són l'opció terapèutica prioritzada per a pacients amb FA amb indicació d'anticoagulació.<sup>1</sup>
- Les situacions en les quals els anticoagulants orals directes (ACOD) són d'elecció han quedat establertes a les [Pautes per a l'harmonització de l'ús d'anticoagulants orals en pacients amb fibril·lació auricular](#), d'acord amb el que estableix l'informe de posicionament terapèutic elaborat per l'Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris en col·laboració amb les comunitats autònomes i el Ministeri de Sanitat, Consum i Benestar Social. En aquestes situacions, dabigatran, rivaroxaban, apixaban i edoxaban es consideren alternatives terapèutiques similars. La selecció de l'ACOD s'ha de fer de forma individualitzada considerant les característiques del pacient i les particularitats de cada fàrmac.<sup>1</sup>
- Els ACOD s'administren a dosis fixes. És fonamental utilitzar les dosis adequades, atès que la utilització de dosis diferents a les recomanades pot comprometre l'eficàcia i/o la seguretat del tractament. A més, cal fer èmfasi en la importància de l'adherència, ja que els ACOD tenen una durada de l'efecte més curta que els AVK i l'oblit de dosis o deixar-lo de prendre pot ocasionar una disminució ràpida de l'efectivitat.
- A continuació, es presenten les dades d'un estudi d'utilització d'anticoagulants orals a Catalunya realitzat a partir de dades de prescripció i facturació de farmàcia i de dades clíniques dels pacients.

## Metodologia

- L'estudi s'ha realitzat a partir de les dades del Sistema d'Informació per al Desenvolupament de la Investigació en Atenció Primària (SIDIAP), que inclou informació provinent de la història clínica electrònica (ECAP) de tots els centres d'atenció primària que pertanyen a l'Institut Català de la Salut (ICS), amb una cobertura al voltant d'un 80% de la població.
  - La població d'estudi està constituïda per aquells pacients amb diagnòstic d'FA no valvular (s'exclouen els pacients amb FA valvular) codificat a ECAP i que tenen una prescripció de TAO (AVK o ACOD) iniciada a l'atenció primària durant el període gener de 2014 a desembre de 2017.
  - Es defineixen com a pacients naïfs al TAO els pacients que no tenien cap prescripció d'ACOD o AVK en els 12 mesos previs i inicien un TAO, i com a pacients no naïfs els que tenien un TAO en els 12 mesos previs i inicien un anticoagulant diferent.
- ### Tractaments iniciats
- S'ha realitzat una descripció del tipus de TAO prescrit en aquest període, així com de les característiques principals de la població d'estudi, incloent-hi les variables següents: edat, sexe, funció renal, comorbiditats, tractaments concomitants, risc tromboembòlic i risc hemorràgic.
- ### Persistència i adherència als ACOD
- S'han avaluat la persistència i l'adherència per als pacients amb una primera facturació a l'atenció primària d'un ACOD en el període 2014-2016, per permetre almenys un any de seguiment. En aquesta població, la persistència s'ha definit com el temps des de l'inici del tractament fins a la seva discontinuació ( $\geq 2$  mesos consecutius sense facturacions de medicació). L'adherència s'ha calculat només per als pacients tractats durant més d'un any, mitjançant el *medication possession ratio* (MPR) o ràtio de possessió de medicació, definit com el quocient entre el nombre de dies de tractament que cobreix la medicació facturada i el nombre de dies des de la data d'inici fins a la data de fi de l'última facturació. S'han considerat no adherents els pacients amb una MPR < 80%.
- ### Dosis recomanades i prescrites dels ACOD
- En funció de les característiques del pacient i els seus paràmetres clínics (edat, pes i filtrat glomerular) s'han calculat les dosis recomanades per a cada pacient. Es descriuen les dosis recomanades i les dosis prescrites per tres dels ACOD (apixaban, dabigatran i ribaroxaban) per als pacients que van iniciar tractament en el període 2014-2016.

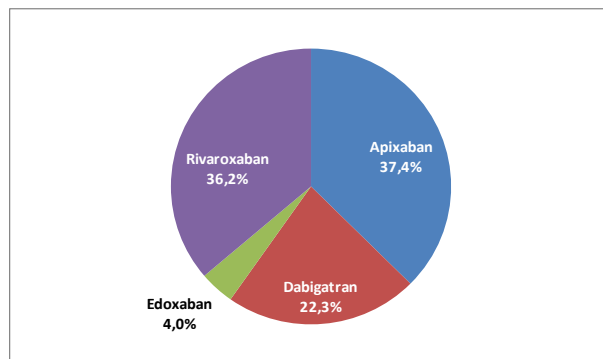
## Resultats

- Durant el període 2014-2017 es van iniciar 77.723 TAO en pacients amb FA no valvular. D'aquests, al voltant d'un 69% dels pacients van iniciar amb un AVK i un 31% amb un ACOD.
- De tots els pacients que van iniciar un TAO, un 89,3% (69.376) van ser pacients naïfs i un 10,7% (8.347) no naïfs.
- Un 75,8% dels inicis en pacients naïfs es van fer amb fàrmacs AVK, mentre que la majoria d'inicis en pacients no naïfs es van fer amb ACOD (90,7%) (vegeu la taula 1).
- Acenocumarol va ser el fàrmac més utilitzat entre els pacients que iniciaven TAO amb AVK (92,7%), mentre que la warfarina va representar només un 7,3% de tots els inicis amb AVK. Els ACOD més utilitzats en aquest període van ser l'apixaban i el rivaroxaban, que suposaven entre tots dos gairebé un 75% dels inicis amb ACOD (vegeu la figura 1).

**Taula 1.** Inicis de TAO amb cadascun dels ACOD i AVK

	Inicis naïfs		Inicis no naïfs		Total inicis	
	N	%	N	%	N	%
Apixaban	5.966	8,6%	3.166	37,9%	9.132	11,6%
Dabigatran	3.904	5,6%	1.534	18,4%	5.438	7,0%
Edoxaban	675	1,0%	310	3,7%	985	1,3%
Rivaroxaban	6.276	9,1%	2.558	30,7%	8.834	11,4%
<b>Total ACOD</b>	<b>16.821</b>	<b>24,3%</b>	<b>7.568</b>	<b>90,7%</b>	<b>24.389</b>	<b>31,4%</b>
Acenocumarol	49.232	71,0%	219	2,6%	49.451	63,6%
Warfarina	3.323	4,8%	560	6,7%	3.883	5,0%
<b>Total AVK</b>	<b>52.555</b>	<b>75,8%</b>	<b>779</b>	<b>9,3%</b>	<b>53.334</b>	<b>68,6%</b>
Total inicis	69.376		8.347		77.723	

**Figura 1.** Distribució dels diferents principis actius en el total d'inicis amb ACOD



## Característiques de la població

- Un 51,7% de la població eren homes i la mitjana d'edat en el moment d'inici del tractament va ser de 73,6 anys (36,9%  $\geq$  80 anys). Un 83,7% tenien comorbiditats afegides a l'FA no valvular i un 92,3% duïen tractaments concomitants. Només un 2,5% dels pacients presentaven insuficiència renal greu (filtrat glomerular [FG]  $<$  30 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>). La hipertensió arterial i la diabetis *mellitus* van ser les comorbiditats més freqüents. Entre els tractaments concomitants, els més habituals van ser els inhibidors del sistema renina-angiotensina i els inhibidors de la bomba de protons (50,8% i 50,0% dels pacients, respectivament).
- La població no naïf va presentar algunes diferències respecte a la naïf. El percentatge de dones va ser d'un 52,1% (47,8% en els naïfs) i els pacients van ser més grans (mitjana d'edat de 76,8 anys en els no naïfs respecte a 73,2 anys en els naïfs), amb un 45,9% dels pacients amb edat  $\geq$  80 anys (35,8% en els naïfs). Fins a un 45,8% dels pacients no naïfs van presentar com a mínim 3 comorbiditats (29,2% en els naïfs).
- Globalment, els pacients que van iniciar tractament amb AVK i ACOD eren similars per a la majoria de característiques descrites, si bé cal destacar un percentatge més alt de pacients amb FG  $<$  30 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> entre els tractats amb AVK (2,9%) respecte als tractats amb ACOD (1,7%), i que la proporció de pacients sense cap tractament concomitant va ser més alta entre els pacients tractats amb AVK, especialment amb warfarina.
- Els pacients tractats amb apixaban van ser els que presentaven més comorbiditats a l'inici del tractament, tant els pacients naïfs (30,6%  $\geq$  3 comorbiditats) com els no naïfs (51,1%  $\geq$  3 comorbiditats), mentre que els pacients tractats amb dabigatran van ser els que en presentaven menys, especialment els naïfs (19,9%  $\geq$  3 comorbiditats).

**Taula 2.** Característiques demogràfiques i comorbiditats de la població estudiada en el moment d'inici del TAO

	Total (n = 77.723)	Apixaban (n = 9.132)	Dabigatran (n = 5.438)	Edoxaban (n = 985)	Rivaroxaban (n = 8.834)	Acenocumarol (n = 49.451)	Warfarina (n = 3.883)
<b>Dones</b>	37.504 (48,3%)	4.668 (51,1%)	2.516 (46,3%)	472 (47,9%)	4.258 (48,2%)	23.863 (48,3%)	1.727 (44,5%)
<b>Homes</b>	40.219 (51,7%)	4.464 (48,9%)	2.922 (53,7%)	513 (52,1%)	4.576 (51,8%)	25.588 (51,7%)	2.156 (55,5%)
<b>Edat (anys)</b>							
Mitjana (DE)	73,6 (12,2)	76,2 (11,0)	72,0 (12,1)	74,5 (11,3)	72,1 (13,2)	73,8 (12,2)	70,8 (12,9)
$\geq$ 80 anys	28.646 (36,9%)	4.161 (45,6%)	1.633 (30,0%)	373 (37,9%)	2.903 (32,9%)	18.530 (37,5%)	1.046 (26,9%)
<b>FG <math>&lt;</math> 30 mL/min/1,73 m<sup>2</sup></b>	1.950 (2,5%)	238 (2,6%)	35 (0,6%)	21 (2,1%)	115 (1,3%)	1.384 (2,8%)	157 (4,0%)
<b>Comorbiditats</b>							
Sense comorbiditat	12.677 (16,3%)	1.223 (13,4%)	1.160 (21,3%)	175 (17,8%)	1.785 (20,2%)	7.690 (15,6%)	644 (16,6%)
1	22.219 (28,6%)	2.347 (25,7%)	1.624 (29,9%)	284 (28,8%)	2.545 (28,8%)	14.415 (29,2%)	1.004 (25,9%)
2	18.774 (24,2%)	2.120 (23,2%)	1.278 (23,5%)	196 (19,9%)	2.025 (22,9%)	12.276 (24,8%)	879 (22,6%)
$\geq$ 3	24.053 (30,9%)	3.442 (37,7%)	1.376 (25,3%)	330 (33,5%)	2.479 (28,1%)	15.070 (30,5%)	1.356 (34,9%)
<b>Algun tractament concomitant</b>	71.706 (92,3%)	8.664 (94,9%)	5.066 (93,2%)	936 (95,0%)	8.241 (93,3%)	45.435 (91,9%)	3.364 (86,6%)

## Risc tromboembòlic i hemorràgic

- La taula 3 mostra el risc tromboembòlic de la població d'estudi, diferenciant per gènere. De tots els inicis de TAO que es van fer en el període estudiat, 6.534 (8,4%) van ser en pacients en els quals no estava recomanat segons la puntuació de l'escala CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, 8.521 (11%) van ser en casos en els quals calia valorar individualment la necessitat d'anticoagulació oral i 62.668 (80,6%) van ser en pacients que segons la puntuació de l'escala CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc s'aconsellaria iniciar el TAO.
- S'observa un percentatge considerable d'homes (10,3%) que van iniciar tractament tot i tenir un CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc de 0. Aquests percentatges van ser força diferents per als inicis de TAO en pacients naïfs i no naïfs, de manera que el percentatge de pacients amb valors de CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc que aconsellen iniciar TAO va ser més alt entre els pacients no naïfs (92%) que per als naïfs (79%). El risc tromboembòlic dels pacients que van iniciar tractament amb AVK va ser molt similar al risc dels que van iniciar amb ACOD.

**Taula 3.** Risc tromboembòlic de la població d'estudi

	Total (n = 77.723)	Apixaban (n = 9.132)	Dabigatran (n = 5.438)	Edoxaban (n = 985)	Rivaroxaban (n = 8.834)	Acenocumarol (n = 49.451)	Warfarina (n = 3.883)
<b>CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc</b>							
<b>Dones</b>							
0	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
1	2.373 (6,3%)	182 (3,9%)	212 (8,4%)	23 (4,9%)	378 (8,9%)	1.414 (5,9%)	164 (9,5%)
2	3.457 (9,2%)	338 (7,2%)	271 (10,8%)	46 (9,7%)	479 (11,2%)	2.142 (9,0%)	181 (10,5%)
≥ 3	31.674 (84,5%)	4.148 (88,9%)	2.033 (80,8%)	403 (85,4%)	3.401 (79,9%)	20.307 (85,1%)	1.382 (80,0%)
<b>Homes</b>							
0	4.161 (10,3%)	308 (6,9%)	414 (14,2%)	52 (10,1%)	679 (14,8%)	2.446 (9,6%)	262 (12,1%)
1	5.064 (12,6%)	463 (10,4%)	469 (16,0%)	68 (13,3%)	694 (15,2%)	3.075 (12,0%)	295 (13,7%)
≥ 2	30.994 (77,1%)	3.693 (82,7%)	2.039 (69,8%)	393 (76,6%)	3.203 (70,0%)	20.067 (78,4%)	1.599 (74,2%)

- Quant als diferents principis actius, els pacients que van iniciar tractament amb apixaban tenien un risc tromboembòlic més alt, tant en homes com en dones. Destaca especialment que, dels 3.354 pacients homes naïfs que van començar TAO amb rivaroxaban, el 18,8% (632 pacients) tenien CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc de 0.
- La taula 4 mostra el risc hemorràgic dels pacients a l'inici del tractament. Del total de la població d'estudi, un 25% dels pacients van presentar un risc hemorràgic elevat (HAS-BLED ≥ 3). Aquest percentatge va ser d'un 36,7% en pacients no naïfs, en comparació amb el 24% dels pacients naïfs.

**Taula 4.** Risc hemorràgic de la població d'estudi

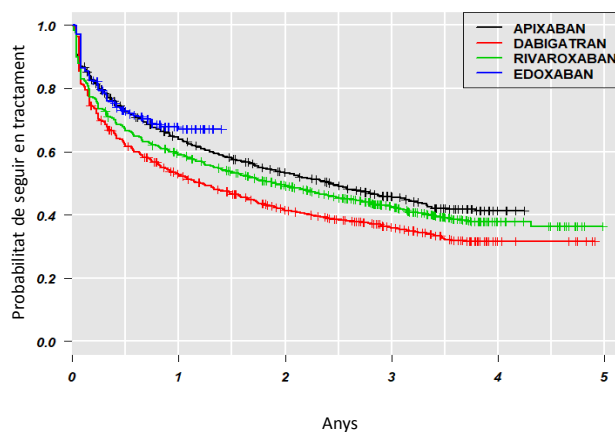
	Total (n = 77.723)	Apixaban (n = 9.132)	Dabigatran (n = 5.438)	Edoxaban (n = 985)	Rivaroxaban (n = 8.834)	Acenocumarol (n = 49.451)	Warfarina (n = 3.883)
<b>HAS-BLED</b>							
0	6.983 (9,0%)	566 (6,2%)	688 (12,7%)	83 (8,4%)	1.139 (12,9%)	4.043 (8,2%)	464 (11,9%)
1-2	51.045 (65,7%)	5.672 (62,1%)	3.592 (66,0%)	655 (66,5%)	5.743 (65,0%)	32.926 (66,6%)	2.457 (63,3%)
≥ 3	19.695 (25,3%)	2.894 (31,7%)	1.158 (21,3%)	247 (25,1%)	1.952 (22,1%)	12.482 (25,2%)	962 (24,8%)

- El risc hemorràgic mesurat amb l'escala HAS-BLED va ser molt similar entre els pacients que iniciaven un TAO amb AVK i els que ho feien amb ACOD.
- Els pacients que iniciaven tractament amb apixaban van ser els que presentaven un risc hemorràgic més alt (26,3% dels naïfs i 41,7% dels no naïfs presentaven HAS-BLED ≥ 3).

## Persistència i adherència als ACOD

- Amb la metodologia emprada basada en dades de facturació de l'atenció primària, un 32,7% dels pacients no naïfs van discontinuar el tractament iniciat durant el primer any. Aquest percentatge va ser d'un 51,5% per als naïfs.
- Apixaban va ser l'ACOD amb un percentatge més baix de discontinuacions durant el primer any.
- D'altra banda, es va observar un percentatge molt elevat de discontinuacions de tots els fàrmacs durant el primer mes, que va ser molt més alt per als pacients naïfs (21,7%) que per als no naïfs (5,4%). A la figura 2 es mostren les discontinuacions a ACOD.
- Dels pacients que van discontinuar l'ACOD que havien iniciat, no s'ha analitzat si canviaven de TAO.

**Figura 2.** Corba Kaplan-Meier de la persistència del tractament amb ACOD



- L'adherència al tractament amb ACOD es va calcular en aquells pacients que van ser persistents després d'un any de tractament (n = 14.898, 55,1%) mitjançant la ràtio de possessió de medicació.
- Un 36% d'aquests pacients en tractament amb ACOD van ser no adherents (vegeu la taula 5). Aquest percentatge va ser més alt per a dabigatran i apixaban.
- En conjunt, per a tots els ACOD, el percentatge de no adherents va ser lleugerament més alt entre els pacients no naïfs (37,6%) que entre els naïfs (34,8%). Rivaroxaban va ser l'ACOD amb el percentatge més baix de pacients no adherents, i dabigatran l'ACOD amb el percentatge més alt de pacients no adherents.

**Taula 5.** Persistència i adherència als ACOD

	Total (n = 14.898)	Apixaban (n = 5.492)	Dabigatran (n = 3.505)	Edoxaban (n = 185)	Rivaroxaban (n = 5.716)
<b>Discontinuació del tractament*</b>					
Discontinuació en el primer mes	2.384 (16,0%)	730 (13,3%)	627 (17,9%)	11 (5,9%)	1.016 (17,8%)
Discontinuació en el 1er any	6.688 (44,9%)	2.211 (40,3%)	1.793 (51,2%)	95 (51,4%)	2.589 (45,3%)
Pacients ≥ 1 any de tractament	8.210	3.281	1.712	90	3.127
<b>No adherents (MPR &lt; 80%)**</b>	2.953 (36,0%)	1.359 (41,4%)	845 (49,4%)	27 (30,0%)	722 (23,1%)

MPR: ràtio de possessió de medicació (*medication possession ratio*).

\* Discontinuació: ≥ 2 mesos consecutius sense facturacions de medicació. \*\* L'adherència s'ha calculat només per als pacients amb ≥ 1 any de tractament.

## Dosis recomanades i prescrites dels ACOD

**Taula 6.** Dosis prescrites i recomanades dels diferents fàrmacs

	Apixaban (n = 5.072)	Dabigatran (n = 3.065)	Rivaroxaban (n = 4.281)
<b>Dosi recomanada<sup>1</sup></b>			
Dosi alta	4.136 (81,5%)	2.003 (65,4%)	3.691 (86,2%)
Dosi reduïda	936 (18,5%)	1.062 (34,5%)	590 (13,8%)
<b>Dosi prescrita</b>			
Dosi alta	2.668 (52,6%)	1.427 (46,6%)	3.108 (72,6%)
Dosi reduïda	2.404 (47,4%)	1.638 (53,4%)	1.173 (27,4%)
<b>Dosi potencialment inadequades</b>			
Pacient infradosificats <sup>2</sup>	1.622 (32,0%)	711 (23,2%)	759 (17,2%)
Pacient sobredosificats <sup>3</sup>	154 (3,0%)	135 (4,4%)	176 (4,1%)

<sup>1</sup> Dosis recomanades per a cadascun dels fàrmacs:

**Apixaban:** 5 mg/12 h; 2,5 mg/ 12 h si es complien algun dels 2 criteris següents a l'inici del tractament: (1) Dues de les 3 condicions: i) Creatinina sèrica ≥ 1,5 mg/dL; ii) edat ≥ 80; i iii) pes ≤ 60 kg; (2) Filtrat glomerular < 30 mL/min.

**Dabigatran:** 150 mg/ 12 h; 110 mg/ 12h si es complien algun dels 2 criteris següents a l'inici del tractament: (1) Edat ≥ 80; (2) Filtrat glomerular < 50 mL/min.

**Rivaroxaban:** 20 mg/24 h; 15 mg/24h si el filtrat glomerular < 50 mL/min a l'inici del tractament.

<sup>2</sup> Pacients amb dosis prescrites més baixes de les recomanades.

<sup>3</sup> Pacients amb dosis prescrites més altes de les recomanades.

- A la taula 6 es presenten les dosis recomanades i les dosis que s'han prescrit per a apixaban, dabigatran i ribaroxaban.
- Les dosis recomanades no s'han pogut estimar per manca de dades clíniques en un 8,3% de pacients tractats amb apixaban, en un 8,8% del tractats amb dabigatran i en un 12,4% dels tractats amb rivaroxaban.
- D'altra banda, no constava la dosi prescrita en un 10,5% de les prescripcions d'apixaban, en un 15,7% de les de dabigatran i en un 27,2% de les de rivaroxaban.
- Les dades es presenten sobre els pacients dels quals es disposava tant de la dosi recomanada com de la dosi finalment prescrita.
- A un 35,0% dels pacients tractats amb apixaban se'ls va prescriure una dosi potencialment inadequada, en un 3,0% dels casos més alta de la recomanada i en un 32,0% dels casos més baixa.
- En el cas de dabigatran, a un 27,6% dels pacients se'ls va prescriure una dosi potencialment inadequada, que en un 4,4% dels casos va ser més alta i en un 23,2% va ser per sota de la recomanada.
- En el cas de rivaroxaban, a un 21,3% dels pacients se'ls va prescriure una dosi diferent de la recomanada, amb un 4,1% amb dosis més altes i un 17,2% amb dosis per sota de les recomanades.

## Conclusions

- Durant el període 2014-2017 es van iniciar 77.723 TAO en pacients amb FA no valvular. D'aquests, al voltant d'un 69% van ser amb fàrmacs AVK i un 31% amb ACOD.
- La majoria d'aquests pacients eren naïfs al TAO (89,3%).
- Un 75,8% dels inicis de TAO en pacients naïfs es van fer amb AVK, mentre que els inicis en els pacients no naïfs es van fer amb ACOD en un 90,7% dels casos.
- D'entre els ACOD, els més freqüentment utilitzats, tant en pacients naïfs com en no naïfs, van ser l'apixaban i el rivaroxaban (37,4% i 36,2%, respectivament de tots els inicis amb ACOD).
- S'observen algunes diferències entre els pacients naïfs i no naïfs en quant al sexe, l'edat i les comorbiditats. Entre els pacients no naïfs hi ha un major percentatge de dones, pacients d'edat avançada i amb més comorbiditats en el moment d'inici del TAO.
- Les característiques de la població que iniciaven tractament amb AVK i ACOD eren similars. El risc tromboembòlic i el risc hemorràgic dels pacients que inicien un TAO amb AVK van ser molt similars als dels que l'inicien amb ACOD.
- Un 80,6% dels pacients que iniciaven un TAO presentaven un risc alt de patir esdeveniments tromboembòlics ( $CHA_2DS_2-VASc \geq 3$  en dones i  $\geq 2$  en homes). El percentatge de pacients amb risc alt de patir esdeveniments, tant tromboembòlics com hemorràgics, va ser més alt entre els pacients no naïfs que entre els naïfs.
- Els pacients que van iniciar apixaban són d'edats més avançades i presenten més comorbiditats i tractaments concomitants. A més, també són els que presenten un risc tromboembòlic i hemorràgic més alt.
- La manca d'adherència al tractament amb ACOD mesurada d'acord amb dades de facturació (ràtio de possessió de medicació  $< 80\%$ ) en pacients amb almenys un any de tractament va ser d'un 36%, i oscil·la entre un 49,6% per a dabigatran i un 23,1% per a rivaroxaban.
- Amb la metodologia de càlcul emprada, el percentatge de pacients que van discontinuar l'ACOD iniciat durant el primer any oscil·la entre un 51,2% i un 51,4% per a dabigatran i edoxaban, un 45,3% per a rivaroxaban i un 40,3% per a apixaban. Els abandonaments durant el primer mes van ser especialment alts en pacients naïfs i similars per a tots els ACOD.
- L'anàlisi de les dosis prescrites indica que alguns ACOD es prescriuen a dosis més baixes de les recomanades a la fitxa tècnica del medicament, la qual cosa pot estar comprometent l'eficàcia del TAO mentre que segueix havent-hi risc d'hemorràgia. Un 23,2% dels pacients tractats amb dabigatran i un 17,2% dels tractats amb rivaroxaban van rebre dosis per sota les recomanades. En el cas d'apixaban, el percentatge de pacients infradosificats arriba fins al 32,0%.
- Un percentatge rellevant de pacients estava rebent dosis més altes de les recomanades (3-4,4% dels pacients). Aquest fet pot tenir com a conseqüència un augment del risc d'hemorràgia.

## Bibliografia

1. Programa d'harmonització farmacoterapèutica. Pautes per a l'harmonització de l'ús d'anticoagulants orals per a la prevenció de l'ictus i l'embòlia sistèmica en pacients amb fibril·lació auricular. Barcelona: Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2018. Disponible a:  
[https://catsalut.gencat.cat/web/ content/minisite/catsalut/proveidors\\_professionals/medicaments\\_farmacia/harmonitzacio/pautes/anticoagulants-orals-fibrilacio-auricular/pautes\\_harmonitzacio\\_anticoagulants\\_orals\\_en\\_fibrilacio\\_auricular.pdf](https://catsalut.gencat.cat/web/ content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/medicaments_farmacia/harmonitzacio/pautes/anticoagulants-orals-fibrilacio-auricular/pautes_harmonitzacio_anticoagulants_orals_en_fibrilacio_auricular.pdf)

L'autoria d'aquest document correspon al Programa d'harmonització farmacoterapèutica. Els autors són Maria Giner, Roser Vives, Andrea Molina, Rosa Morros, Diego Mena, Antoni Vallano i Caridad Pontes.

Suggerim que aquest document sigui citat de la manera següent:

**Informe de l'estudi d'utilització dels anticoagulants orals per a la prevenció de l'ictus i l'embòlia sistèmica en pacients amb fibril·lació auricular no valvular. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2019.**



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>