

| Factores | Estrato | n base de riesgo/ik | % base | p binomial |
|--------------|-------------|---------------------|--------|------------|
| AFIT | Rivocaxaban | 5/5 | 100% | <0.001 |
| | Dabigatán | 5/5 | 100% | <0.001 |
| | Apixatán | 2/5 | 40% | 0.0006 |
| AFIT R | Rivocaxaban | 5/5 | 100% | <0.001 |
| | Dabigatán | 5/5 | 100% | <0.001 |
| | Apixatán | 2/5 | 40% | 0.0006 |
| Fibrinogeno | Rivocaxaban | 5/5 | 100% | <0.001 |
| | Dabigatán | 2/5 | 40% | 0.0006 |
| | Apixatán | 6/5 | 120% | <0.001 |
| TP actividad | Rivocaxaban | 7/5 | 140% | <0.001 |
| | Dabigatán | 2/5 | 40% | 0.0006 |
| | Apixatán | 6/5 | 120% | <0.001 |
| INR | Rivocaxaban | 5/5 | 100% | <0.001 |
| | Dabigatán | 5/5 | 100% | <0.001 |
| | Apixatán | 7/5 | 140% | <0.001 |
| TP | Rivocaxaban | 6/5 | 120% | <0.001 |
| | Dabigatán | 3/5 | 60% | <0.001 |
| | Apixatán | 6/5 | 120% | <0.001 |
| TT | Rivocaxaban | 6/5 | 120% | <0.001 |
| | Dabigatán | 7/5 | 140% | <0.001 |
| | Apixatán | 1/5 | 20% | 0.0219 |
| DVT S | Rivocaxaban | 5/5 | 100% | <0.001 |
| | Dabigatán | 7/5 | 140% | <0.001 |
| | Apixatán | 6/5 | 120% | <0.001 |
| DVC | Rivocaxaban | 6/5 | 120% | <0.001 |
| | Dabigatán | 7/5 | 140% | <0.001 |
| | Apixatán | 7/5 | 140% | <0.001 |
| DVT IR | Rivocaxaban | 7/5 | 140% | <0.001 |
| | Dabigatán | 5/5 | 100% | <0.001 |
| | Apixatán | 6/5 | 120% | <0.001 |
| SCT S | Rivocaxaban | 7/5 | 140% | <0.001 |
| | Dabigatán | 6/5 | 120% | <0.001 |
| | Apixatán | 6/5 | 120% | <0.001 |
| SCT C | Rivocaxaban | 7/5 | 140% | <0.001 |
| | Dabigatán | 6/5 | 120% | <0.001 |
| | Apixatán | 6/5 | 120% | <0.001 |
| SCT IR | Rivocaxaban | 6/5 | 120% | <0.001 |
| | Dabigatán | 6/5 | 120% | <0.001 |
| | Apixatán | 2/5 | 40% | 0.005 |
| PIL | Rivocaxaban | 2/5 | 40% | 0.005 |
| | Dabigatán | 1/5 | 20% | 0.0219 |
| | Apixatán | 2/5 | 40% | 0.005 |
| PC | Rivocaxaban | 6/5 | 120% | <0.001 |
| | Dabigatán | 6/5 | 120% | <0.001 |
| | Apixatán | 1/5 | 20% | 0.0219 |

Tabla 1. Análisis comparativo con valores de referencia.

SETH - TRATAMIENTOS ANTITROMBÓTICOS

E-PO-509

PREDICCIÓN DE LA CALIDAD DE ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K UTILIZANDO COMO HERRAMIENTA LA ESCALA SAME-TT2R2.

Abando Casuso, M (1); Herrero López, M (1); Oviedo Madrid, M (1); Velez Blanco, E (1); González-mesones Galan, B (1); González Ponte, ML (1); Fernández Luis, S (1); Ocio San Miguel, EM (1)

(1)Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Introducción: La prevalencia de personas con tratamiento anticoagulante en España se estima cercana al 1.5%, de los cuales más de la mitad se encuentran en tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK). La escala SAME-TT2R2, validada en población española con fibrilación auricular no valvular (FANV), ha demostrado que aquellos pacientes con un score ≥ 2 tendrán un peor control de la anticoagulación con AVK, definido como un tiempo en rango terapéutico (TRT) $<60\%$, mayor número de complicaciones hemorrágicas y trombóticas, así como mayor mortalidad. **Objetivo:** Evaluar la aplicabilidad de la escala SAME-TT2R2 a pacientes anticoagulados con AVK por cualquier causa y en el subgrupo con FANV. Como objetivos secundarios identificar factores clínicos asociados a la aparición de complicaciones trombóticas (C.T) y hemorrágicas (C.H). **Materiales:** Estudio observacional transversal de pacientes que iniciaron tratamiento anticoagulante con AVK en la consulta de Enfermería de Trombosis y Hemostasia, entre Ene-22 y Mar-25. Se aplicó la escala SAME-TT2R2 con la finalidad de predecir la calidad de la anticoagulación. En cada caso se calculó la puntuación de la escala (Tabla 1) y el TRT determinado por método lineal. **Resultados:** Se analizaron 362 pacientes con las características que se recogen en la tabla 2. Las causas más frecuentes por las que se inició el tratamiento anticoagulante con AVK fueron Enfermedad Tromboembólica venosa 83.42% (n=302), seguido de FA/Flutter auricular 7.45% (n=27) y ACVA 6.62% (n=24). De los 315 paciente en los que se obtuvo un TRT el 53.79% (n=173) obtuvo un TRT $>60\%$. La mediana de puntuación SAME-TT2R2 fue de 2 puntos (1-7). El 31.30% (n=113) de los pacientes obtuvo una puntuación ≥ 2 , sin embargo, no se observaron diferencias significativas entre la puntuación En los 3 años de seguimiento el 9.39% (n=34) presentó C.T. Las más frecuentes fueron ETEV recurrente tras finalizar tratamiento anticoagulante oral 29.41% (n=10), seguido de ictus isquémico 23.52% (n=8). Cabe destacar que los pacientes con puntuación ≥ 2 De los veinte pacientes que fallecieron durante el estudio solo en uno se debió a una C.H. No hubo muertes a causa de C.T. Dado

que no se observaron diferencias significativas en el análisis global, y considerando que la escala SAME-TT2R2 ha sido validada para pacientes anticoagulados por FANV, se realizó un análisis adicional restringido a este subgrupo. Sin embargo, tampoco se encontraron diferencias significativas entre la puntuación obtenida en la escala y el TRT ($p=0.180$). También se analizó la relación entre un buen control terapéutico (TRT $>60\%$) y la aparición de C.T/H y mortalidad. No se encontraron diferencias significativas en ninguna de estas variables ($p=0.942$; 0.936; 0.475, respectivamente). Se realizó un análisis univariante para identificar factores asociados a la aparición de complicaciones (Tabla 3). **Conclusiones:** En nuestra cohorte la escala SAME-TT2R2 no demostró capacidad predictiva significativa para identificar a los pacientes con mal control de la anticoagulación con AVK, ni mayor incidencia de complicaciones o mortalidad, incluso cuando se analizó en el subgrupo con FAN.

Tabla 1. Escala SAME-TT2R2

| Sexo | Sexo femenino | 1 punto |
|------------------|---|----------|
| Edad | < 60 años | 1 punto |
| Historia médica | >2 comorbilidades (Historia médica *) | 1 punto |
| Tratamiento | Fármacos que interactúan | 1 punto |
| Hábito tabáquico | En los dos últimos años | 2 puntos |
| Raza | No caucásica | 2 puntos |

* (HTA, DM, IAM/EAC, Accidente cerebrovascular (ACV), insuficiencia Cardíaca (IC), arteriopatía periférica, enfermedad pulmonar, hepática o renal).

Tabla 2. Características de los pacientes (n=362)

| Variables | n (%) |
|----------------------------------|-------------|
| Mujeres | 164 (45.3%) |
| < 60 años | 144 (39.7%) |
| HTA | 181 (50%) |
| DM | 49 (13.5%) |
| Enfermedad pulmonar | 46 (12.7%) |
| EAC/IAM | 36 (9.9%) |
| IR | 32 (8.8%) |
| IC | 19 (5.2%) |
| Fármacos que interactúan con AVK | 203 (56.0%) |
| Hábito tabáquico | 62 (17.1%) |
| Raza no caucásica | 8 (2.2%) |

Tabla 3. Factores asociados a la aparición de complicaciones trombóticas y hemorrágicas.

| Complicaciones trombóticas | Complicaciones hemorrágicas |
|--|-----------------------------------|
| Edad <60 años ($p=0.042$) | Edad <60 años ($p=0.025$) |
| HTA ($p=0.000048$) | Enfermedad hepática ($p=0.001$) |
| Insuficiencia renal ($p=0.00091$) | |
| Diabetes mellitus ($p=0.0027$) | |
| IAM ($p=0.0028$) | |
| Fármacos con potencial de interacción ($p=0.00000021$) | |
| Hábito tabáquico ($p=0.00000035$) | |

SETH - TRATAMIENTOS ANTITROMBÓTICOS

E-PO-510

USO DE VERIFYNOW® COMO ESTRATEGIA PARA MONITORIZAR LA ANTIAGREGACIÓN EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

González Marugán, P (1); Ortiz López, A (2); Bañon Soria, J (2); Santiago Lozano, MJ (2); Sánchez Galindo, A (2); García Sanz, R (2); Pascual Izquierdo, C (2)

(1)Hospital General Universitario Gregorio Marañón; (2)Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Introducción: En la población pediátrica, existe una variabilidad individual en la respuesta antiplaquetaria a fármacos antiagregantes, con tasas de resistencia bioquímica de hasta un 43% para la dosificación de aspirina (AAS) basada en el peso. No obstante, actualmente no existe un consenso sobre el beneficio clínico de la monitorización de los fármacos antiagregantes, ni tampoco de la técnica más adecuada para llevarla a cabo. Además, la mayoría de los estudios realizados con VerifyNow® (VN) Aspirina utilizan puntos de corte extrapolados de la población adulta, debido a la falta de rangos de referencia validados en pacientes pediátricos. **Objetivo:** Evaluar la eficacia clínica del VN-ASPI (aspirina) y VN-PRU (clopidogrel) en pacientes pediátricos, identificando la resistencia bioquímica (VN-ASPI >549 , VN-PRU >180) y su asociación con trombos clínica o sangrado. **Materiales:** Se recogieron de forma retrospectiva los datos de pacientes menores de 18 años bajo tratamiento antiagregante con AAS o clopidogrel en los que se ha realizado monitorización con VerifyNow® (Werfen) en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Valores de VN-ASA <550 y VN-PRU <180 indican una agregación plaquetaria terapéutica en respuesta a aspirina y clopidogrel respectivamente. El algoritmo de ajuste de dosis en función de lo previo se expone en la figura 1. **Resultados:** Se incluyeron 17 pacientes con una media de edad de 2a 7m (DS 4), la mayoría varones (64%). La indicación más frecuente para la antiagregación plaquetaria fueron las cardiopatías congénitas complejas (71%), seguido del ictus isquémico (17%), vasculitis (6%)