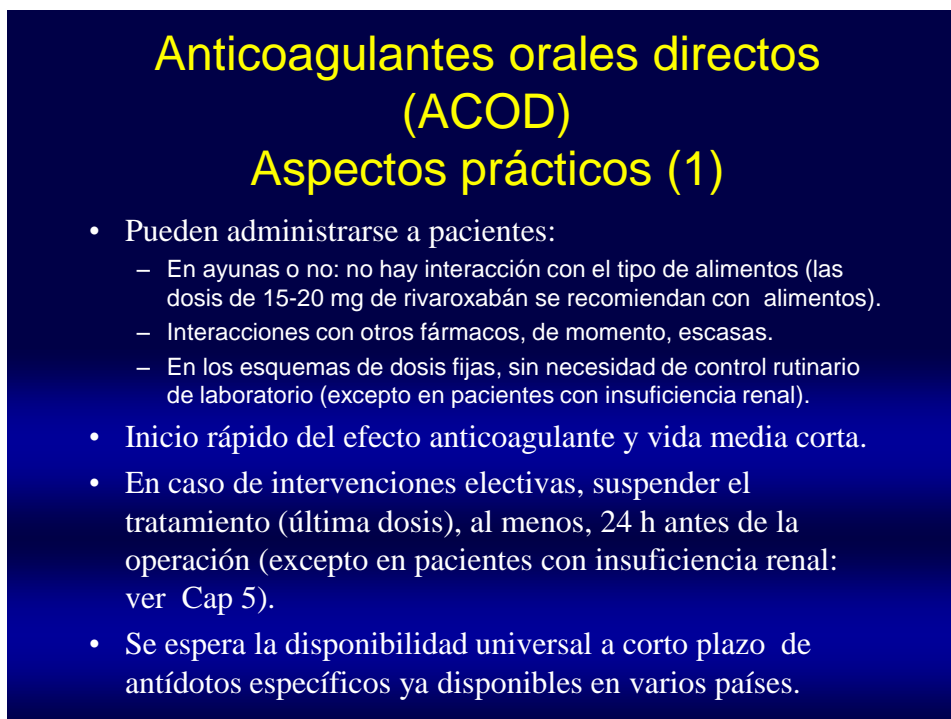


Capítulo 9.

Los ACOD en la práctica clínica.

Vale la pena comentar algunos aspectos prácticos del uso clínico de los ACOD (Figuras 30 y 31).



**Anticoagulantes orales directos
(ACOD)
Aspectos prácticos (1)**

- Pueden administrarse a pacientes:
 - En ayunas o no: no hay interacción con el tipo de alimentos (las dosis de 15-20 mg de rivaroxabán se recomiendan con alimentos).
 - Interacciones con otros fármacos, de momento, escasas.
 - En los esquemas de dosis fijas, sin necesidad de control rutinario de laboratorio (excepto en pacientes con insuficiencia renal).
- Inicio rápido del efecto anticoagulante y vida media corta.
- En caso de intervenciones electivas, suspender el tratamiento (última dosis), al menos, 24 h antes de la operación (excepto en pacientes con insuficiencia renal: ver Cap 5).
- Se espera la disponibilidad universal a corto plazo de antídotos específicos ya disponibles en varios países.

Figura 30.

Uno importante es que prácticamente no hay interacción con el tipo de alimentos, y pueden administrarse con el paciente en ayunas o no (en el caso de dosis altas [15-20mg] de rivaroxaban sus fabricantes recomiendan administrarlo antes de la cena).

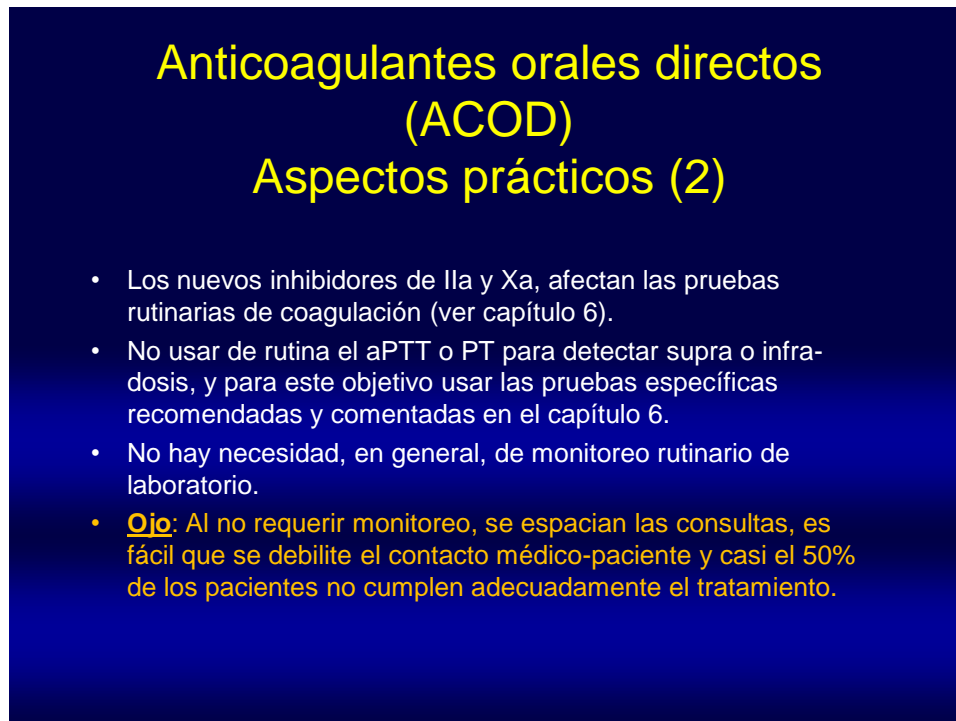
Las interacciones con otros fármacos son muy limitadas, y como se mencionó, las dosis son fijas y no hay necesidad de control rutinario de laboratorio.

El inicio de su efecto anticoagulante es rápido y su vida media corta (on/off rápido).

En casos de intervenciones quirúrgicas electivas, la última dosis (suspensión del tratamiento) debe administrarse, al menos, 24 horas antes de la operación, aunque ese tiempo deberá ajustarse en casos de disfunción renal

importante y el tratamiento puede ser reanudado 6-8 horas después (ver detalles de este punto en el Capítulo 5).

En cuanto a antídotos específicos disponibles ya se discutió en el capítulo anterior en detalle.



Anticoagulantes orales directos (ACOD)
Aspectos prácticos (2)

- Los nuevos inhibidores de IIa y Xa, afectan las pruebas rutinarias de coagulación (ver capítulo 6).
- No usar de rutina el aPTT o PT para detectar supra o infradosis, y para este objetivo usar las pruebas específicas recomendadas y comentadas en el capítulo 6.
- No hay necesidad, en general, de monitoreo rutinario de laboratorio.
- **Ojo:** Al no requerir monitoreo, se espacian las consultas, es fácil que se debilite el contacto médico-paciente y casi el 50% de los pacientes no cumplen adecuadamente el tratamiento.

Figura 31.

Siguiendo con los aspectos prácticos del uso de los ACOD, recordar que:

Los ACOD, aunque no necesiten control de rutina por laboratorio, afectan las pruebas rutinarias de coagulación, aunque las pruebas usuales, aPTT y PT, no deben usarse para detectar supra o infradosis del medicamento, salvo para una indicación aproximada en casos de emergencia. Para ese fin, deben usarse las pruebas específicas diseñadas que mencionamos en el capítulo 6.

Como se advirtió, al no requerir monitoreo frecuente, las consultas pueden espaciarse lo que pudiera producir un debilitamiento de la relación médico-paciente que hay que evitar, ya que es posible que hasta un 50% de los pacientes abandonen o no cumplan adecuadamente el tratamiento. Ese incumplimiento,

como cita Altman en un reciente trabajo ¹, contribuye del 33 al 69% de los ingresos hospitalarios en USA y hasta el 40% de ingresos en los ancianos ².

En el último capítulo (capítulo 11) se insistirá sobre la especial importancia de vigilar la adherencia del paciente al tratamiento.

Bibliografía capítulo 9.

¹ Altman R, New oral anticoagulants: are coagulation units still required? *Thrombosis Journal* 2014, 12:3 doi:10.1186/1477-9560-12-3.

² Dunlay SM, Eveleth JM, Shah ND, McNallan S, Roger VL. Medication adherence among community-dwelling patients with heart failure. *Mayo Clin Proc* 2011, 86:273–81.
