Actualizaciones de la literatura sobre antitrombóticos

Septiembre 2026

Anticoagulation FORUM
Excellence in Thrombosis Care

GRUPO CLAHT

Optimización de la transición de los inhibidores directos del factor Xa a la terapia con heparina no fraccionada

Antecedentes: la transición de los inhibidores directos del factor Xa (IDFXa), como apixabán o rivaroxabán, a heparina no fraccionada (HNF) ocurre con frecuencia durante la hospitalización. La actividad anticoagulante residual del IDFXa puede persistir al momento de iniciar la HNF, especialmente cuando existen alteraciones farmacocinéticas. Esto puede dar lugar a una doble anticoagulación, o "superposición de anticoagulantes", con un mayor riesgo de sangrado.

Resumen de las recomendaciones:

- Se deben desarrollar estrategias para cuantificar la actividad residual del IDFXa, dado que el ensayo de actividad anti-factor Xa para HNF detecta ambos anticoagulantes. Las opciones incluyen:

Ensayo anti-Xa específico para IDFXa *(opción preferida)*	Ensayo anti-Xa para HNF validado localmente, *utilizado como valor basal para estimar el efecto residual del IDFXa*	Estrategias de remoción *in vitro* del IDFXa

- Antes de iniciar la HNF: evaluar la actividad anticoagulante residual del IDFXa, confirmar que exista una indicación válida para la HNF e individualizar el momento de inicio de la HNF, de acuerdo con los resultados basales de anti-Xa y los riesgos trombótico y hemorrágico.
- Si no se dispone de la determinación de anti-Xa, considerar demorar el inicio de la HNF hasta que el APTT se normalice (si no hay otra causa identificable para su prolongación).
- Se están desarrollando nuevos ensayos de laboratorio, con ventajas y desventajas para su uso.

Mensaje clave: como parte de la gestión antitrombótica (*Antithrombotic Stewardship*), debería utilizarse un abordaje estandarizado, multidisciplinario y adaptado a cada paciente para establecer una estrategia de transición de IDFXa a HNF específica para cada institución, con inicio de la HNF basado en la actividad residual del IDFXa y en los riesgos trombótico y hemorrágico propios de cada paciente.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/42400408/

Medidas de desempeño y de calidad clínica 2026 de la AHA/ACC para pacientes con fibrilación auricular: informe del Comité Conjunto ACC/AHA sobre Medidas de Desempeño

Antecedentes: las medidas de desempeño se sustentan en los niveles más altos de evidencia (recomendaciones de Clase 1 [fuerte: el beneficio supera al riesgo] o de Clase 3 [sin beneficio/daño]) y se utilizan para la mejora de la calidad, la divulgación pública y los programas de pago por desempeño. Las medidas de calidad tienen una evidencia menos establecida y están destinadas principalmente a la mejora local de la calidad. Dada la carga creciente de la FA y las inequidades persistentes en la atención, estas medidas apuntan a promover un manejo de la FA coherente y basado en la evidencia, y a mejorar la calidad de la atención.

Medidas de desempeño	Nuevas: • Evaluación clínica básica para la FA de diagnóstico reciente • Atención integral y prevención secundaria en la FA • ACOD y tratamiento dual tras una intervención coronaria percutánea en pacientes con FA	Revisadas: • Documentación del puntaje de riesgo de ACV en la FA o el aleteo auricular (AA) • Prescripción de ACOD cuando está indicado en la FA o el AA
Las medidas de calidad clave se centran en la equidad en salud, la anticoagulación dirigida por las guías, las estrategias adecuadas de control de la frecuencia y del ritmo con toma de decisiones compartida, la modificación del estilo de vida y de los factores de riesgo, el uso apropiado de la ablación con catéter y la importancia del control del ritmo en pacientes con FA e insuficiencia cardíaca con fracción de eyección disminuida concomitantes.		

Mensaje clave: las 5 medidas de desempeño resaltan prioridades concretas de alto valor, que apuntan a brechas significativas en la atención de la FA, mientras que las 16 medidas de calidad respaldan esfuerzos adicionales para mejorar la calidad. Este recurso puede apoyar los esfuerzos de la gestión antitrombótica (*Antithrombotic Stewardship*) en el plano organizativo/operativo y de gestión, al solicitar recursos.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/42607116/

Investigación y manejo del ACV isquémico recurrente en pacientes anticoagulados con fibrilación auricular

Resumen: la anticoagulación reduce el riesgo relativo de ACV en pacientes con fibrilación auricular (FA) en aproximadamente un 60–70%, pero tiene una tasa residual de falla reconocida. En muchos casos no se encontrará ninguna causa más allá de la tasa esperada de falla de la anticoagulación. La evidencia disponible indica que, tanto continuar con el mismo ACOD como cambiar a otro ACOD, junto con la optimización de los factores de riesgo vascular, son opciones razonables para el esquema antitrombótico luego de un verdadero ACV recurrente. En casos seleccionados puede considerarse el cambio de anticoagulante o el agregado de un antiagregante plaquetario, según otras características clínicas (p. ej., aterosclerosis de grandes arterias, anomalías cardíacas estructurales, cáncer, etc.).

Mensaje clave: los criterios **AF-BREACH** (**A**trial **F**ibrillation related **BR**eakthrough **E**mbolic Stroke despite appropriate **A**nticoagulation without alternative **C**ause identified including testing for **H**ypercoagulability – ACV embólico recurrente a pesar de anticoagulación adecuada, asociado con fibrilación auricular, sin causa alternativa identificada, incluida la evaluación de hipercoagulabilidad; por sus siglas en inglés) ofrecen una forma estandarizada de identificar verdaderos eventos recurrentes, al excluir pseudo-fallas, anticoagulación subterapéutica, etiologías alternativas del ACV y condiciones protrombóticas específicas.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/42508832/



Discordancia en la dosificación de rivaroxabán entre las ecuaciones de Cockcroft-Gault y de tasa de filtrado glomerular estimada (TFGe) en la fibrilación auricular no valvular: un análisis estatal

Antecedentes: la dosificación de rivaroxabán en la FA no valvular (FANV) utiliza actualmente la ecuación de Cockcroft-Gault con el peso corporal real (CG-ClCr-PCR), según el prospecto aprobado por la FDA. Una recomendación del Grupo de Trabajo de la National Kidney Foundation ha respaldado el uso de la ecuación CKD-EPI 2021 (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration), una TFGe sin influencia de raza y ajustada por superficie corporal (SC), para obtener una evaluación menos sesgada de la función renal. No hay estudios que evalúen el uso de la ecuación CKD-EPI 2021 en comparación con la CG-ClCr-PCR para la dosificación de rivaroxabán en la FANV.

Métodos: estudio de cohorte retrospectivo y multicéntrico que evaluó la discordancia en la dosificación de rivaroxabán en 476 pacientes con FANV al utilizar la CG-ClCr-PCR y la CKD-EPI 2021 con ajuste por SC mediante la fórmula de Du Bois. La concordancia entre los métodos se evaluó con el coeficiente kappa de Cohen.

Resultados: la concordancia entre los métodos fue sustancial (κ=0,61; IC 95% 0,47-0,76). Hubo discordancia en la dosificación en el 4,8% de los pacientes, y en el 87% de esos casos la dosis de rivaroxabán recomendada fue mayor. Los pacientes con discordancia en la dosificación eran de mayor edad, con mayor frecuencia mujeres, tenían una mayor incidencia de enfermedad renal crónica (ERC) y presentaban un mayor riesgo tanto de sangrado como de ACV.

Mensaje clave: la discordancia en la dosificación observada con el uso de ecuaciones basadas en la TFGe, que resultó en dosis de rivaroxabán recomendadas más altas, fue más frecuente en pacientes de mayor edad y con mayor riesgo de ACV y de sangrado. Hasta contar con más datos de resultados clínicos, se recomienda continuar utilizando la CG-ClCr-PCR para la dosificación de rivaroxabán en la FANV cuando existe discordancia.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/42493732/

Actividad de anti-factor Xa calibrada con heparina como marcador sustituto de los niveles de anticoagulantes orales directos en la atención del ACV agudo: un estudio observacional unicéntrico de gran tamaño

Antecedentes: los pacientes que se presentan con un ACV isquémico agudo (ACVi) pueden representar un desafío para los profesionales tratantes cuando está indicada la trombólisis intravenosa (TIV) pero existe incertidumbre sobre la actividad residual del ACOD al momento de la presentación. Pueden utilizarse ensayos específicos para ACOD para medir la actividad; sin embargo, con frecuencia no están disponibles. El ensayo de anti-Xa calibrado con heparina, rápido y de amplia disponibilidad, podría salvar esta brecha. La Organización Europea de Stroke avala, para una trombólisis segura, umbrales de <30 ng/mL para los niveles específicos de ACOD, o <0,5 U/mL para la actividad de anti-Xa calibrada con heparina.

Métodos: este estudio retrospectivo unicéntrico evaluó si la actividad de anti-Xa calibrada con heparina puede estimar de forma confiable niveles de ACOD clínicamente relevantes y apoyar la toma de decisiones clínicas urgentes en el ACVi.

Resultados: se incluyeron 969 pacientes (56% apixabán, 37% rivaroxabán, 7% edoxabán). La actividad de anti-Xa calibrada con heparina se correlacionó fuertemente con los niveles específicos de ACOD en todos los fármacos (ρ de Spearman ≈ 0,95–0,96). Para todos los ACOD combinados, niveles de anti-Xa de ~0,36; 0,56 y 1,19 U/mL correspondieron a concentraciones de ACOD de 30, 50 y 100 ng/mL.

Mensaje clave: en este estudio, la actividad de anti-Xa calibrada con heparina fue similar a las concentraciones de ACOD y podría utilizarse potencialmente como marcador sustituto cuando no se dispone de ensayos específicos para ACOD. Sin embargo, se necesitan estudios de resultados clínicos, así como validaciones externas e internas, dadas las diferencias en los reactivos y ensayos propios de cada centro.

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC13483506/

¿Desea profundizar sus conocimientos sobre anticoagulación? ¡Registrese en nuestros próximos webinars gratuitos!

Resúmenes completos de los artículos de mayor impacto de nuestras actualizaciones bibliográficas quincenales. Incluyen una breve descripción general y el enlace a PubMed, junto con los puntos clave del artículo. Las Actualizaciones de la literatura sobre antitrombóticos (*Antithrombotic Literature Updates*) se publican mensualmente.

Autores: Katelyn Ditch, PharmD; Leslie Kutner, PharmD; Christina Lin, PharmD

Equipo editorial: Candace Bryant, PharmD; Cecilia Gollaher, PharmD; Greg Hadlock, PharmD; Yamel Herrera, PharmD; Carlee O'Connor, DNP; Bishoy Ragheb, PharmD; Kelly Rudd, PharmD

Esta traducción al español se ha realizada con autorización del Anticoagulation Forum (ACF). Grupo CLAHT (Grupo Cooperativo Latinoamericano de Hemostasia y Trombosis) es responsable de la exactitud y calidad de la traducción. Consulte la publicación original en inglés del Anticoagulation Forum mediante el siguiente enlace o código QR: https://acforum.org/web/scripts/viewPDF.php?id=37737