

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

Cartas científicas

Diferencias entre la percepción y la calidad de la anticoagulación con acenocumarol en pacientes con FA



Differences between perception and quality of anticoagulation with acenocoumarol in patients with AF

Sr. Editor:

En los pacientes con fibrilación auricular (FA) anticoagulados con antagonistas de la vitamina K (AVK), un tiempo en rango terapéutico (TRT) bajo aumenta significativamente la incidencia de eventos tanto embólicos como hemorrágicos, lo que asocia una mayor mortalidad¹. En España, entre el 40 y el 55% de los pacientes tratados ambulatoriamente con AVK tiene un control deficiente de la anticoagulación². En este escenario, el informe de posicionamiento terapéutico del Ministerio de Sanidad permite el cambio del AVK en pacientes con FA no valvular por un anticoagulante oral de acción directa (ACOD), los cuales presentan un mejor perfil tanto de eficacia como de seguridad³. Sin embargo, la inercia terapéutica en anticoagulación no es infrecuente en nuestro medio, con una infrautilización manifiesta de los ACOD, lo que se asocia a un elevado coste sociosanitario⁴. Entre los factores que influyen en esta inercia terapéutica se encuentran, además de las propias restricciones de la administración, factores relacionados con las actitudes de los profesionales sanitarios. Entre estos factores destaca la inadecuada percepción, excesivamente optimista, de los médicos sobre la calidad de la anticoagulación de los pacientes tratados con AVK⁵. Sin embargo, aunque una percepción errónea de los pacientes sobre la calidad de su anticoagulación podría también favorecer el mantenimiento del AVK, no existen estudios que hayan analizado este fenómeno en nuestro entorno.

El objetivo de este estudio fue conocer la percepción de los pacientes con FA anticoagulados con acenocumarol sobre la calidad de su anticoagulación, comparando dicha percepción con el TRT y analizando los factores relacionados con una adecuada percepción.

Para ello, se diseñó un estudio descriptivo transversal que incluyó de forma consecutiva a todos los pacientes ≥ 18 años

en seguimiento en una consulta general de cardiología de un hospital universitario con diagnóstico de FA y anticoagulados con acenocumarol durante al menos un año antes de la inclusión. Mediante un cuestionario se recogieron variables clínicas, sociodemográficas y analíticas. El estudio contó con la aprobación del comité ético de investigación del centro (código 071-21). Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado.

Se calculó el TRT de los pacientes mediante el método de Rosendaal con los valores ambulatorios de la razón internacional normalizada del último año. Se debía disponer de al menos el 80% de las mediciones para la inclusión. En el caso de los pacientes anticoagulados durante solo un año, los controles del primer mes eran desechados. Se consideró como subóptima la anticoagulación en aquellos pacientes con un $\text{TRT} < 65\%$. La percepción correcta de la anticoagulación se definió cuando el TRT era $\geq 65\%$ en aquellos pacientes que referían una calidad buena o muy buena de la anticoagulación, y en aquellos que referían una calidad mala o muy mala con un $\text{TRT} < 65\%$.

El análisis estadístico se realizó con Stata 14.2 (StataCorp LLC, Estados Unidos). Las variables cuantitativas se presentan como media $\pm$ desviación estándar y las comparaciones se realizaron mediante el test de la t de Student o el test de Mann-Whitney. Las variables cualitativas se expresan como frecuencia (porcentaje) y se compararon con el test de χ^2 o el test exacto de Fisher en caso necesario. Se realizó un análisis multivariante a través de regresión logística incluyendo las variables con una $p < 0,2$ en el análisis bivariante para calcular los valores de *odds ratio* (OR) junto con los intervalos de confianza del 95% (IC95%) e identificar predictores independientes de una adecuada percepción de la anticoagulación. Todos los test fueron de 2 colas y la significación estadística se consideró con una $p < 0,05$.

Tabla 1 – Características del conjunto de los pacientes y estratificadas en función de la percepción de la calidad de la anticoagulación

	Total (n = 305)	Percepción correcta (n = 156)	Percepción incorrecta (n = 149)	p
Edad (años)	76,7 ± 9,5	77,2 ± 8,7	76,1 ± 10,2	0,28
Mujeres	167 (54,7)	92 (59,0)	75 (50,4)	0,13
FA no valvular	210 (68,8)	112 (71,8)	98 (65,8)	0,26
Objetivo terapéutico INR 2-3	238 (78,0)	125 (80,1)	113 (75,8)	0,34
Tiempo con acenocumarol (años)	8,6 ± 7,7	8,6 ± 7,5	8,6 ± 8,0	0,94
Dosis semanal de acenocumarol (mg)	13,4 ± 6,4	13,1 ± 5,4	13,8 ± 7,0	0,36
Índice de masa corporal (kg/m ²)	28,1 ± 5,0	27,9 ± 4,6	28,4 ± 5,4	0,44
Tabaquismo				0,04
Fumadores	11 (3,6)	6 (3,8)	5 (3,4)	
Exfumadores	94 (30,8)	38 (24,4)	56 (37,6)	
No fumadores	200 (65,6)	112 (71,8)	88 (59,1)	
CHA ₂ DS ₂ -VAsC	3,7 ± 1,5	3,7 ± 1,4	3,6 ± 1,6	0,35
HAS-BLED	1,67 ± 0,9	1,4 ± 0,9	1,9 ± 0,9	<0,001
Ingreso hospitalario en el último año	61 (20,1)	24 (15,5)	37 (24,8)	0,04
Número de fármacos	9,7 ± 4,1	9,5 ± 3,9	10 ± 4,3	0,31
Antiagregante	11 (3,6)	7 (4,5)	4 (2,6)	0,54
AINE	5 (1,6)	3 (1,9)	2 (1,3)	1
Hemoglobina (g/dl)	13,7 ± 1,9	13,6 ± 2,1	13,7 ± 1,8	0,71
Filtrado glomerular (ml/min)	67,4 ± 18,5	68,5 ± 17,9	66,2 ± 19,2	0,3
Hemorragia previa	26 (8,5)	10 (6,4)	16 (10,7)	0,22
Embolismo previo	20 (6,6)	10 (6,5)	10 (6,8)	1
Situación laboral				0,07
Activos	14 (4,6)	6 (3,8)	8 (5,4)	
Jubilados	265 (86,9)	142 (91,0)	123 (82,5)	
Incapacidad	8 (2,6)	4 (2,5)	4 (2,7)	
Desempleados	5 (1,6)	0 (0)	5 (3,4)	
Otros	13 (4,3)	4 (2,6)	9 (6,0)	
Nivel de estudios				0,46
Sin estudios	123 (40,3)	66 (42,3)	57 (38,3)	
Estudios primarios	120 (39,3)	65 (41,7)	55 (36,9)	
Estudios secundarios	30 (9,8)	12 (7,7)	18 (12,1)	
Formación profesional	20 (6,6)	8 (5,1)	12 (8,0)	
Universitarios	12 (3,9)	5 (3,2)	7 (4,7)	
Toma correcta del acenocumarol				0,71
Sí, siempre	271 (88,8)	140 (89,7)	131 (87,9)	
La mayoría de las veces, sí	33 (10,8)	16 (10,3)	17 (11,4)	
La mayoría de las veces, no	1 (0,3)	0 (0)	1 (0,67)	
Conoce el objetivo de la toma de acenocumarol	233 (76,4)	115 (73,7)	118 (79,2)	0,26
Acude de forma regular a sus controles				0,72
Sí, siempre	298 (97,7)	153 (98,1)	145 (97,3)	
La mayoría de las veces, sí	7 (2,3)	3 (1,9)	4 (2,7)	
Gestiona él mismo la toma de acenocumarol	264 (86,6)	136 (87,2)	128 (85,9)	0,74
Conoce el TRT objetivo	8 (2,6)	2 (1,3)	6 (4,1)	0,16
Problemas de acceso a los controles por la COVID-19	17 (5,6)	8 (5,1)	9 (6,0)	0,81

AINE: antiinflamatorio no esteroideo; FA: fibrilación auricular; INR: razón internacional normalizada; TRT: tiempo en rango terapéutico.

Se incluyeron 305 pacientes entre agosto de 2021 y agosto de 2022. El 54,7% eran mujeres, con una edad media de 76,7 ± 9,5 años y el 68,8% con diagnóstico de FA no valvular. Las puntuaciones medias en las escalas CHA₂DS₂-VAsC y HAS-BLED fueron de 3,7 ± 1,5 y 1,67 ± 0,9 respectivamente. La mayoría de los pacientes estaban jubilados (86,9%), carecían de estudios (40,3%) o habían completado solo estudios primarios (39,3%). El 88,8% refería tomar siempre su tratamiento anticoagulante. El 97,7% siempre acudía a los controles ambulatorios de la anticoagulación. Sin embargo, el 23,6% desconocía el objetivo de la toma del anticoagulante y solo el 2,6% refirió conocer el porcentaje de TRT que define un buen control de la anticoagulación. El resto de las características de los pacientes se describen en la [tabla 1](#).

De los pacientes incluidos en el estudio, solo el 38,4% tenía un TRT adecuado en el último año (TRT ≥ 65%). Sin embargo, cuando los pacientes respondían a la pregunta de cómo definían la calidad de su anticoagulación en el último año, el 85,2% la definió como buena o muy buena frente al 14,8% que la definió como mala o muy mala. Entre los que indicaron una calidad buena o muy buena, el 43,8% presentaba un TRT ≥ 65% frente a los pacientes que indicaron una calidad mala o muy mala, de los cuales el 93,3% presentaba un TRT < 65%. En el análisis multivariante, 3 variables se asociaron de forma independiente con una adecuada percepción de la anticoagulación: puntuación en la escala HAS-BLED (OR = 0,40; IC95%, 0,28-0,56; p < 0,001), situación laboral jubilado (OR = 3,01; IC95%, 1,34-6,75; p = 0,007) y

Tabla 2 – Estudio multivariante de factores relacionados con una correcta percepción de la anticoagulación

Variables	Multivariante	
	OR (IC95%)	p
Ingreso hospitalario en el último año	0,68 (0,35-1,31)	0,253
Tabaquismo	0,63 (0,35-1,15)	0,132
HAS-BLED	0,40 (0,28-0,56)	<0,001
Mujeres	1,26 (0,72-2,22)	0,421
Situación laboral jubilado	3,01 (1,34-6,75)	0,007
Estudios superiores (universitarios o formación profesional)	0,35 (0,14-0,86)	0,023
Conocimiento del TRT objetivo	5,32 (0,96-29,53)	0,056

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio; TRT: tiempo en rango terapéutico.

disponer de estudios superiores (OR=0,35; IC95%, 0,14-0,86; p=0,023) (tabla 2).

Nuestro trabajo pone de manifiesto una percepción excesivamente optimista de los pacientes con FA anticoagulados con AVK sobre la calidad de su anticoagulación, definiéndola en nuestro estudio como buena o muy buena en el 85,2% de los casos. Este dato contrasta con una calidad subóptima de anticoagulación, siendo incluso peor que en registros previos², con solo el 38,4% de los pacientes con un TRT $\geq$ 65%.

Aunque los AVK se han utilizado durante años como tratamiento anticoagulante de elección en pacientes con FA, estos fármacos presentan importantes limitaciones de uso entre las que destaca la dificultad para mantener una anticoagulación estable debido a su estrecho margen terapéutico y a su interacción con fármacos y alimentos. A diferencia de los AVK, los ACOD proporcionan una anticoagulación mucho más estable y predecible, siendo más eficaces en la prevención de ictus y embolia sistémica, junto con un menor riesgo de sangrado³. Por ello, estos fármacos son de primera elección frente a los AVK para pacientes con FA no valvular e indicación de anticoagulación. Sin embargo, la prescripción de ACOD y su financiación por el sistema sanitario público en España está sujeta al informe de posicionamiento terapéutico de 2016, que prácticamente restringe su uso como fármacos de segunda línea. Además, muchos profesionales siguen prescribiendo AVK a pacientes que serían candidatos a ACOD como consecuencia de los obstáculos administrativos para obtener su aprobación y por la falta de acceso directo a los controles de la razón internacional normalizada. A estos factores se suma la incorrecta percepción de los médicos respecto a la tasa de control adecuado de los AVK y posiblemente también la inadecuada percepción de los propios pacientes, lo que llevaría a no reclamar un cambio en el tratamiento anticoagulante cuando existe un control de la anticoagulación subóptimo.

Aunque en nuestro trabajo un amplio porcentaje de los pacientes acudía de manera regular a los controles de anticoagulación y presentaba una buena adherencia terapéutica, cerca de la cuarta parte desconocía el objetivo de la toma del anticoagulante y un porcentaje muy bajo conocía el porcentaje de TRT objetivo, si bien este concepto puede resultar confuso para los pacientes. Aunque 3 variables se relacionaron de forma independiente con una adecuada percepción de la anticoagulación, debido al alto porcentaje de pacientes con una anticoagulación subóptima que refirieron un control bueno de la misma, la estimación del TRT debería de ser parte de la rutina habitual de las consultas de pacientes con FA

anticoagulados con AVK. Además, el tiempo necesario para su comprobación no es excesivamente prolongado, siendo en una encuesta de ámbito nacional reciente de $1,16 \pm 1,40$ min⁶.

Pese a las limitaciones metodológicas del trabajo, entre las que se destaca su carácter unicéntrico, nuestros resultados refuerzan la importancia de informar a todos los pacientes sobre los objetivos y las distintas alternativas terapéuticas de anticoagulación, además de calcular de manera sistemática el TRT en consulta.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Contribución de los autores

Todos los autores cumplen en: 1) Contribuir sustancialmente a la concepción y el diseño, adquisición de datos, o su análisis e interpretación. 2) Redactar el artículo o hacer una revisión crítica de su contenido intelectual. 3) Dar la aprobación final a la versión que se publicará. 4) Acceder a asumir responsabilidades sobre todos los aspectos del artículo y a investigar y resolver cualquier cuestión relacionada con la exactitud y veracidad de cualquier parte del trabajo. P. Martínez Losas desarrolló el protocolo del estudio y redactó el manuscrito final. Todos los autores han participado en la ideación del proyecto, la inclusión de pacientes y han revisado y validado la versión final del manuscrito.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Rivera-Caravaca JM, Roldán V, Esteve-Pastor MA, et al. Reduced time in therapeutic range and higher mortality in atrial fibrillation patients taking acenocoumarol. *Clin Ther*. 2018;40:114-122.
- Anguita Sanchez M, Bertomeu Martínez V, Cequier Fillat A, CALIFA study researchers. Quality of vitamin K antagonist anticoagulation in Spain: Prevalence of poor control and associated factors. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68:761-768.

3. Ruff CT, Giugliano RP, Braunwald E, et al. Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: A meta-analysis of randomised trials. *Lancet*. 2014;383:955–962.
4. Suárez Fernández C, Mostaza JM, Castilla Guerra L, et al. Adherence to recommendations of the Therapeutic Positioning Report about treatment with oral anticoagulants in elderly patients with atrial fibrillation. The ESPARTA study. *Med Clin (Barc)*. 2018;151:8–15.
5. Anguita Sánchez M, Arribas Ynsaurriaga F, Cequier Fillat A, et al. Differences between cardiologists' perceptions and clinical reality of the quality of anticoagulation with vitamin K antagonists in Spain. *Rev Esp Cardiol*. 2020;73:332–334.
6. Anguita Sánchez M, Arribas Ynsaurriaga F, Cequier Filliat A, et al. Access to INR and times for prescribing direct oral anticoagulants in patients treated with vitamin K antagonists in cardiology clinics in Spain. *REC CardioClinics*. 2019;54:231–238.

Pedro Martínez-Losas*, María Teresa Nogales-Romo, Zaira Gómez-Álvarez, Eloy Gómez Mariscal, Silvia Jiménez-Loeches y Alejandro Cortés-Beringola

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: martinezlosas@gmail.com

(P. Martínez-Losas).

<https://twitter.com/pmartinezlosas> @pmartinezlosas
2605-1532/

© 2023 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<https://doi.org/10.1016/j.rccl.2023.02.003>

On-line el 14 de marzo de 2023

Teleconsulta selectiva frente a universal en la derivación a cardiología desde atención primaria: qué aportan realmente

Selective versus universal teleconsultation in primary care referral to cardiology: what they really provide



Sr. Editor:

Las teleconsultas (TC), también llamadas e-consultas o consultas virtuales, surgen con la intención de mejorar la atención del paciente y la coordinación entre niveles asistenciales¹. Supone una reorganización de la derivación a consulta compuesto por 4 pilares fundamentales: médico de atención primaria (AP), consulta virtual, cardiólogo consultor y consulta de cardiología alta resolución, todo ello en un entorno de historia clínica electrónica compartida.

La TC se ha propuesto como forma de comunicación entre AP y cardiología² y se ha implementado por muchos sistemas de salud para una mayor fluidez en la relación entre niveles asistenciales³. Sin embargo, existen diferentes modelos y la evidencia de su rentabilidad en el sistema sanitario público español es reducida.

Por un lado, el modelo de Santa Cruz de Tenerife⁴, inicialmente con un programa de consulta electrónica focalizado en una zona de salud con 33.805 habitantes. Con una media diaria de 10 TC de 5 min y 12 visitas presenciales de 20 min, coexistiendo con el modelo tradicional, redujo el número de visitas presenciales en el 38,7% de las TC y su demora (mediana de 72 h frente a 53 días). Se propugna como un modelo de seguimiento seguro para pacientes con cardiopatías crónicas estables como método de comunicación fluida con cardiología y con notable satisfacción por los médicos de AP⁵.

Por otro lado, el modelo de Santiago de Compostela⁶ con 446.603 ciudadanos y un programa de consulta electrónica «universal» para toda el área sanitaria. Realizan una media diaria de 32 TC centralizadas en 6 cardiólogos, 10 min por TC y 25 visitas presenciales. Comparado con el modelo de acto único tradicional de un periodo anterior, demostró una disminución del número de visitas presenciales del 21,4% con importantes reducciones en los tiempos de espera (mediana de 9,5 frente a 57,1 días). Resultó un modelo seguro con menores tasas de ingresos hospitalarios y mortalidad, con satisfacción general por médicos de AP y pacientes.

El Servicio Andaluz de Salud dispone de una historia clínica electrónica compartida para toda la comunidad autónoma (DIRAYA) y en 2020 desarrolló un módulo de TC para la comunicación entre niveles asistenciales³. Permite a médicos de AP consultar diferentes motivos, adjuntar imágenes o documentos y se genera por el especialista de hospital un informe, bien de alta con un plan para AP, bien de citación presencial con instrucciones para la misma (priorización, exploraciones complementarias, recomendaciones...). Desde los gestores sanitarios de servicios centrales se potenció este modelo y se ofreció a diferentes especialidades y áreas sanitarias de la comunidad.

Se analiza en el área de Granada centro y distrito metropolitano (zona sur), con una población directa de 297.797 habitantes, la repercusión de la implantación de la TC en