40 PROGRAMA ASISTENCIAL PILOTO PARA LA TRANSICIÓN A ACOD EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN/FLUTTER AURICULAR: PRIMEROS RESULTADOS Y CARACTERÍSTICAS DE LA COHORTE

Rubi Rodriguez[1], Violeta González Salvado[2], Virginia Estragó[1], Natalia Kautz[1], Mónica González[1], Daniela Trindade[1], Lucia Florio[1]

1. Unidad Académica de Cardiología, Centro Cardiovascular Universitario del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo.
2. Servicio de Cardiología, Complexo Hospitalario Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago, CIBER-CV, Santiago de Compostela.

Introducción:
La FA es la arritmia sostenida más prevalente y un factor de riesgo importante para tromboembolismo. Las guías de práctica clínica recomiendan el uso de anticoagulantes orales directos (ACOD) como primera línea en pacientes con criterios de anticoagulación, salvo contraindicación. En este contexto, en agosto del 2024, la Unidad de Control de Pacientes Anticoagulados (UCPA) de nuestro centro implementó un programa asistencial piloto para ofrecer el cambio de warfarina a ACOD en pacientes candidatos.

Objetivo:
Evaluar los resultados preliminares de la implementación del programa, considerando: i) el nivel de aceptación de los pacientes al cambio de warfarina a ACOD, ii) la comparación del perfil de los pacientes que mantuvieron warfarina vs. los que aceptaron cambiar a ACOD, y iii) la evaluación del tiempo en rango terapéutico (TRT) de los tratados con warfarina.

Material y Método:
Estudio observacional, retrospectivo y analítico que incluyó a pacientes adultos con FA/flutter seguidos en la UCPA a los que se ofreció el cambio a ACOD en ausencia de contraindicaciones. La evaluación clínica, información sobre riesgos y beneficios de cada anticoagulante y la propuesta de cambio fueron realizadas por el equipo médico en consulta. Se recopilaron datos demográficos, clínicos y parámetros analíticos recientes (< 12 meses) de los pacientes que aceptaron la transición a ACOD (grupo ACOD) y de aquellos que mantuvieron warfarina (grupo warfarina). Para el análisis comparativo entre grupos se emplearon pruebas paramétricas y no paramétricas, según la naturaleza de las variables. Se consideró un nivel de significación bilateral $p < 0.05$. El TRT en el grupo warfarina se analizó mediante el método directo, calculando el porcentaje de los últimos cinco valores de INR en rango terapéutico, considerando un TRT aceptable como ≥ 60% y óptimo como ≥70%.

Resultados:
Se incluyeron un total de 152 pacientes candidatos, de los cuales 78 (51,3%) aceptaron el cambio a ACOD (Figura 1). El perfil demográfico y clínico de los grupos warfarina y ACOD fue similar (Tabla 1). La edad fue de 74,0 ± 9,4 años, con un 42% de mujeres. Más del 80% de los pacientes residían en Montevideo; un 52% aceptó la transición a ACOD, mientras que la aceptación en otros departamentos fue del 48%. La HTA fue el principal factor de riesgo cardiovascular, y la enfermedad coronaria la patología más prevalente. Los parámetros analíticos fueron comparables, salvo niveles significativamente menores de hemoglobina en el grupo ACOD ($p = 0,031$) y una tendencia no significativa a mayor anemia ($p = 0,069$). En el grupo bajo warfarina, la mediana de TRT fue 60% (40-80%); sólo un 56.3% de ellos mostró TRT aceptable y un 37% TRT óptimo.

Conclusiones:
La implementación inicial de este programa piloto mostró que sólo la mitad de los pacientes con FA/flutter aceptaron la transición a ACOD. Los grupos mostraron un perfil demográfico y clínico general similar, salvo por niveles menores de hemoglobina en el grupo ACOD. Se destacó un TRT subóptimo en el grupo bajo warfarina. Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar estrategias para optimizar el control de la anticoagulación, evaluando los motivos de no aceptación del cambio y las potenciales barreras para el acceso a los ACOD.

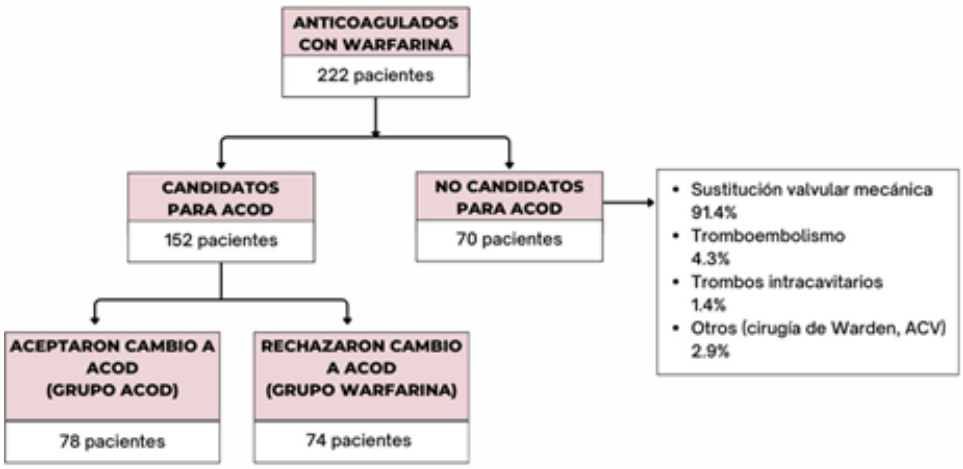


Figura 1. Diagrama de flujo del total de los pacientes incluidos en programa piloto.

Tabla 1. Características basales de la muestra globalmente y según el tipo de anticoagulación

	Total (n=152)	AVK (n=74)	NACO (n=78)	p-valor
Datos demográficos				
Sexo femenino	64 (42.1%)	27 (36.5%)	37 (47.4%)	0.172
Edad media	74.1 (±9.4)	73.7 (±9.3)	74.5 (±9.6)	
Edad mediana	76 (68, 81)	76 (67, 80)	75.5 (68,81.3)	0.598
Domicilio (departamento)				0.716
Montevideo	123 (80.9%)	59 (79.7%)	64 (82.1%)	
Otro departamento	29 (19.1%)	15 (20.3%)	14 (17.9%)	
Canelones	22 (14.5%)	11 (14.9%)	11 (14.1%)	
San José	6 (3.9%)	3 (4.1%)	3 (3.8%)	
Maldonado	1 (0.7%)	1 (1.4%)	--	
Características clínicas				
Indicación de ACO				0.332
FA	139 (91.4%)	66 (89.2%)	73 (93.6%)	
Flutter	13 (8.6%)	8 (10.8%)	5 (6.4%)	
Hipertensión arterial	137 (90.1%)	66 (89.2%)	71 (91.0%)	0.704
Diabetes mellitus	54 (35.5%)	26 (35.1%)	28 (35.9%)	0.922
Enfermedad vascular	47 (30.9%)	21 (28.4%)	26 (33.3%)	0.509
Enfermedad arterial coronaria	45 (29.6%)	21 (28.4%)	24 (30.8%)	0.747
Insuficiencia cardíaca	35 (23.0%)	15 (20.3%)	20 (25.6%)	0.432
FEVI %	55 (45, 60)	55 (45, 60)	55 (45, 60)	0.738
Ictus/ Accidente isquémico transitorio	20 (13.2%)	7 (9.5%)	13 (16.7%)	0.189
Cáncer	12 (7.9%)	5 (6.8%)	7 (9.0%)	0.612
Tromboembolismo previo	3 (2%)	1 (1.4%)	2 (2.6%)	0.999
Hemorragia mayor previa	2 (1.3%)	--	2 (2.6%)	0.497
Riesgo trombótico				
Puntuación CHADs-VA	3 (2, 4)	3 (2, 4)	3 (2, 4)	0.652
Categorías CHADs-VA				0.332
1	9 (5.9%)	7 (9.5%)	2 (2.6%)	
2	38 (25%)	18 (24.3%)	20 (25.6%)	
≥3	105 (69.1%)	49 (66.2%)	56 (71.8%)	
Parámetros analíticos				
Hemoglobina (g/dL)	13.2 (12.1, 14.2)	13.6 (12.2, 14.4)	12.9 (11.6, 14.1)	**0.031**
Anemia	52 (34.2%)	20 (27%)	32 (41%)	0.069
Creatinina (mg/dL)	1.1 (0.9, 1.3)	1.1 (0.9, 1.4)	1.0 (0.9, 1.3)	0.506
Filtrado glomerular (mL/min/1,73 m²)	62.0 (48.9, 79.1)	62.0 (48.8, 78.5)	62.0 (48.2, 80.9)	0.952

Variables cualitativas: frecuencia (%); variables cuantitativas: media (±desviación estándar) o mediana (Q1, Q3), según corresponda