

centro de salud, que tiene una población adscrita próxima a los 13.000 habitantes y oferta el control de anticoagulación desde 2003.

Se han controlado 84 pacientes anticoagulados, 48 varones (57,1%), con una edad media de 66 años, 61 (72,7%) de ellos con acenocumarol y 23 con warfarina. Las indicaciones de la anticoagulación fueron similares a la distribución de los trabajos comentados. Los anticoagulados con criterio de polimedición (más de 5 fármacos diferentes usados en los últimos 6 meses) eran 51 (60,7%) y aquellos con criterio de pluripatológicos³ (más de 2 enfermedades crónicas según definición funcional del proceso asistencial integrado) 22 (27,1%). Las interacciones detectadas del conjunto de prescripciones han sido: medicación intramuscular no indicada (5), analgésicos a dosis inadecuadas (62), antimicrobianos inadecuados (44), hipolipemiantes (4), antiinflamatorios no recomendados (3) y antidiabéticos (2). En nuestro caso, el sexo, el tipo de fármaco y la indicación no influían en el uso de fármacos con interacciones. En cambio, los polimedicados absorbían el 60% de las interacciones y los dos tercios de los pluripatológicos presentan interacciones en sus prescripciones.

Tal como bien reflejan los autores, el problema fundamental de las interacciones no lo determinan los tratamientos crónicos «estables», sino los fármacos introducidos en los procesos agudos. Esta circunstancia, junto con los problemas de cumplimiento y las transgresiones dietéticas, eran los 3 determinantes evitables de descompensación detectados.

Inicialmente fue la estandarización del INR, la formación de los médicos de familia y la generalización de los coagulómetros portátiles lo que permitió una descentralización en el control de los anticoagulados. En la actualidad, los equipos de atención

primaria aportamos una valoración de la comorbilidad/pluripatología, un tratamiento farmacológico de procesos agudos y crónicos, una actividad educativa, una integración de la información clínica a través de la historia informática, una personalización y una accesibilidad que es sustancialmente diferente al control tradicional de los servicios de hematología.

Las nuevas indicaciones y el envejecimiento determinarán un incremento de pacientes anticoagulados próximamente, y hay ya suficientes experiencias para demostrar que no hay diferencias en el tratamiento de estos pacientes entre la atención primaria y el hospital. El valor añadido que aportamos como médicos de familia y enfermeras justifica la necesidad de no aplazar por más tiempo la responsabilidad completa del control de la anticoagulación en atención primaria.

Miguel Melguizo Jiménez, Amparo Ortega del Moral, José Antonio Castro Gómez y Luis Aguilar Navas

Medicina de Familia. Centro de Salud Almanjáyar. Distrito Sanitario Granada. España.

1. Sánchez Garrido R, Molina MP, Rodríguez MI, Escolar JL. Interacciones farmacológicas en pacientes tratados con anticoagulantes orales en una zona de salud rural. Aten Primaria. 2006;38:427-31.
2. Calvo MJ. Basemos las guías de atención primaria en estudios pragmáticos. Aten Primaria. 2006;38:432-4.
3. Ollero M, coordinador. Atención a pacientes pluripatológicos. Procesos asistencial integrado. Sevilla: Consejería de Salud-Junta de Andalucía; 2007 [accedido 17-3-07]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/procesos/docs/g003.pdf>.

La anticoagulación oral como servicio de atención primaria. Una necesidad inaplazable

Sr. Director: Hemos leído con gran interés los artículos de Sánchez Garrido R et al¹ y Calvo² sobre interacciones farmacológicas en pacientes anticoagulados y publicado en su revista. Durante 2006 hemos realizado en nuestro centro de salud una evaluación sobre el programa de anticoagulación y al comparar los resultados podemos complementar las conclusiones de los autores mencionados. Hemos estudiado de forma retrospectiva las características y las prescripciones de los anticoagulados de nuestro

Palabras clave: Anticoagulación oral. Interacciones farmacológicas. Atención primaria.