

5. Orueta JF, García-Alvarez A, Grandes G, Nuño-Solinís R. The origin of variation in primary care process and outcome indicators. *Medicine* (Baltimore). 2015;94:e1314.
6. Peiro S, Maynard A. Variations in health care delivery within the European Union. *Eur J Public Health*. 2015;25 Suppl 1:S1-2.

Jose M. Inoriza<sup>a,b,\*</sup>, Inma Sánchez-Pérez<sup>a,b</sup>,  
Marc Carreras<sup>a,b</sup> y Jordi Coderch<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> *Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (SSIBE), Palamós, Girona, España*

<sup>b</sup> *Grup de Recerca en Serveis Sanitaris i Resultats en Salut (GRESSIONES), España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jminoriza@ssibe.cat](mailto:jminoriza@ssibe.cat) (J.M. Inoriza).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.10.006>  
0212-6567/

© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Prescripción de nuevos anticoagulantes orales en un área de salud



### Prescription of new oral anticoagulants in a health area

Sr. Editor:

La anticoagulación con warfarina y acenocumarol disminuye el riesgo de ictus isquémico y embolismo sistémico en pacientes con fibrilación auricular (FA), y ha sido durante décadas la única terapia anticoagulante oral disponible para disminuir de manera coste-efectiva el riesgo de complicaciones tromboembólicas en estos pacientes<sup>1</sup>. En los últimos años se han desarrollado nuevos anticoagulantes orales (NACOS) como el inhibidor directo de la trombina (dabigatrán) y los inhibidores directos del factor x activado (rivaroxabán y apixabán), que han proporcionado una alternativa en la terapia anticoagulante oral en pacientes con FA no valvular.

Los NACOS han demostrado no inferioridad a la warfarina, en la prevención del ictus y embolismo sistémico, en pacientes con FA no valvular<sup>2</sup>. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) recomienda iniciar el tratamiento anticoagulante con fármacos antagonistas de la vitamina K (AVK), reservando la prescripción de los NACOS para aquellas situaciones clínicas en que estén contraindicados los dicumarínicos, o cuando el porcentaje del tiempo en rango terapéutico (TRT) del *International Normalised Ratio* (INR) sea inferior al 65% en los últimos 6 meses, sin contar el primer mes<sup>3,4</sup>. La prescripción de los NACOS precisa,

además, la autorización de los servicios de inspección médica, y está permitida a determinadas especialidades (cardiología, neurología, traumatología, medicina interna y hematología).

Este estudio se diseñó con el objetivo de conocer la contribución de las diferentes especialidades médicas en el total de NACOS prescritos en el año 2012 en el área sanitaria de Badajoz (272.824 habitantes; 50,7% mujeres), y la medida en que estas prescripciones siguen las principales recomendaciones de la AEMPS. Se calculó en cada paciente, en el momento de la prescripción, el riesgo tromboembólico en la escala CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC<sup>5</sup>, y el hemorrágico en la escala HAS-BLED<sup>6</sup>. También se investigó la toma previa de un AVK y en caso afirmativo el TRT, considerándose como criterio aceptado de sustitución un TRT < 65% en los últimos 6 meses<sup>3,4</sup>.

Se incluyeron 352 pacientes (60,5% mujeres; 81,8% hipertensos, 25,2% diabéticos) con edad media de 75,6 años (72,9 los varones y 77,8 las mujeres,  $p < 0,01$ ). El anticoagulante más prescrito fue dabigatrán (185 pacientes, 52,6% del total), seguido de rivaroxabán y apixabán (36,6 y 10,8%, respectivamente;  $p = 0,042$ ). La edad de los pacientes y sus puntuaciones en las escalas CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC y HAS-BLED se muestran en la [tabla 1](#). La mayoría de prescripciones las realizaron los cardiólogos (64,3%), tanto en varones (61,9%) como en mujeres (66,2%), seguidos por internistas (20,0%; 23,8% en varones y 16,9% en mujeres), neurólogos (8,6%; 7,9% en varones y 9,1% en mujeres) y traumatólogos (7,1%; 6,3% en varones y 7,8% en mujeres). El principal diagnóstico fue FA no valvular (77,0%), seguido de FA e ictus isquémico (13,0%) y artroplastia (6,5%), sin diferencias significativas entre varones y mujeres. En el 50,8% de los tratamientos con NACOS (igual porcentaje en varones y mujeres) no constaba la toma previa de un AVK.

**Tabla 1** Total de prescripciones y puntuaciones medias en las escalas CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC y HAS-BLED

	Dabigatrán		Rivaroxabán		Apixabán	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Número de prescripciones, n (%)	75 (21,3)	110 (31,3)	56 (15,9)	73 (20,7)	8 (2,3)	30 (8,5)
Edad media, (DE), años	78,4 (9,8)	78,8 (7,2)	69,3 (13,2)	78,6 (8,7)	69,3 (9,4)	70,0 (8,2)
Puntuación CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASC, media (DE)	4,2 (1,4)	4,8 (1,2)	3,4 (1,6)	4,6 (1,4)	3,0 (1,4)	5,0 (1,4)
Puntuación HAS-BLED, media (DE)	2,5 (1,1)	2,7 (0,9)	2,3 (1,0)	2,3 (0,7)	3,0 (1,4)	2,5 (0,7)

CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC: congestive heart failure; hypertension; age; diabetes mellitus; stroke; vascular disease; sex category; HAS-BLED: hypertension; abnormal kidney and/or liver function; stroke; bleeding; labile INR; elderly; drugs and/or alcohol.

Este estudio revela que, en nuestra área sanitaria, el mayor porcentaje de prescripción de NACOS corresponde a cardiólogos, siendo la FA no valvular el diagnóstico más frecuentemente notificado a los servicios de inspección médica para solicitar la prescripción. El estudio, también revela que en más de la mitad de los pacientes el NACO fue directamente prescrito como primera opción anticoagulante oral, sin constar en su historia clínica alguna de las recomendaciones de la AEMPS<sup>3</sup>, que justificase no haber comenzado previamente el tratamiento con un AVK.

En síntesis, estos datos parecen evidenciar que los especialistas prescriptores no aceptan plenamente las recomendaciones que emiten las agencias y sociedades científicas y, también, que la propia inspección médica tampoco investiga si la indicación del NACO respeta esas recomendaciones para su prescripción.

## Bibliografía

1. Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI. Meta-analysis: Antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have non-valvular atrial fibrillation. *Ann Intern Med.* 2007;146:857-67.
2. López-Sendón J, Merino JL. Nuevos tratamientos anticoagulantes para la prevención del ictus y la embolia sistémica en la fibrilación auricular no valvular. *Rev Esp Cardiol Supl.* 2012;12 Supl B:11-7.
3. Criterios y recomendaciones generales para el uso de nuevos anticoagulantes orales en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. [consultado 13 Jul 2016]. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/criterios-anticoagulantes-oraes.pdf>
4. Connolly SJ, Pogue J, Eikelboom J, Flaker G, Commerford P, Franzosi MG, et al., ACTIVE W Investigators. Benefit of oral anti-coagulant over antiplatelet therapy in atrial fibrillation depends on the quality of international normalized ratio control achieved by centers and countries as measured by time in therapeutic range. *Circulation.* 2008;118:2029-37.
5. Lip GY, Nieuwlaat R, Pisters R, Lane DA, Crijns HJ. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: The Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. *Chest.* 2010;137:263-72.
6. Pisters R, Lane DA, Nieuwlaat R, de Vos CB, Crijns HJ, Lip GY. A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation: The Euro Heart Survey. *Chest.* 2010;138:1093-100.

Sara Suárez-Varela Pineda<sup>a</sup>, Leoncio Rodríguez Pérez<sup>b</sup>, Rogelio Gallego Fuentes<sup>b</sup> y Francisco Buitrago<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Hematología, Hospital Universitario Infanta Cristina, Servicio Extremeño de Salud, Badajoz, España  
<sup>b</sup> Centro de Salud Universitario La Paz, Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Badajoz, España

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [fbuitragor@gmail.com](mailto:fbuitragor@gmail.com) (F. Buitrago).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.007>  
0212-6567/

© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).