

Raquel Martínez Lorenzo^{a,*}, Yolanda González Piñeiro^a,
Ana María López Vázquez^a y Matilde Trigo Daporta^b

^a Servicio de Pediatría, Hospital Comarcal do Salnés,
Vilagarcía de Arousa, Pontevedra, España

^b Microbiología, Área de Serología y Biología Molecular,
Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raquel.martinez.lorenzo@sergas.es
(R. Martínez Lorenzo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.006>
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/>).

¿Son los grupos de morbilidad ajustados concordantes con el criterio clínico de intervención en una estrategia de crónicos?



Are adjusted morbidity groups concordant with the clinical judgment of intervention in a chronic strategy?

Sr. Editor:

Hemos leído con atención el artículo de González González et al., «Concordancia y utilidad de un sistema de estratificación para la toma de decisiones clínicas», y queremos realizar algunos comentarios sobre el mismo¹.

Los autores estudian la concordancia entre el sistema de clasificación de pacientes mediante grupos de morbilidad ajustada (GMA), y el criterio clínico de los profesionales que han de aplicar la estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas. También evalúan la validez y eficacia del nivel de riesgo según los GMA, como sistema de ayuda a la decisión clínica, considerando como *gold standard* el nivel de intervención establecido por el médico de familia².

Los autores han optado por realizar un muestreo estratificado no proporcional. A la vista de los resultados, que muestran una distribución claramente diferente por estrato de intervención, cabe preguntarse cómo y en qué sentido está influyendo esta diferente distribución en el nivel de concordancia medido durante el estudio.

Los autores excluyen 111 pacientes porque los profesionales estiman que la enfermedad crónica no es relevante. Consideramos un error esta exclusión, dado que precisamente se pretende contrastar la clasificación de los pacientes según nivel de riesgo de los GMA con el nivel de intervención propuesto por los médicos. La «no intervención» debería considerarse como un estrato más de la clasificación efectuada por el médico, de manera que los niveles de intervención serían 4 (no intervención, bajo, medio, alto). De este modo el mayor grado de desacuerdo no sería el 2,63% referido en el artículo, sino el 13,4% (130 de 831 pacientes), y la concordancia se ve claramente afectada.

Los autores señalan que en el momento de analizar las HC, y antes de tomar su decisión los profesionales conocían el estado propuesto por los GMA. En los resultados se señala que los profesionales lo consideraron útil en el 76% de las ocasiones.

Al estudiar concordancia entre criterio clínico y clasificación asignada por el agrupador ¿no se está introduciendo un sesgo de observador al asignar el nivel de intervención *a priori*? Probablemente hubiera sido más válido solicitar el nivel de intervención y, posteriormente, dar a conocer la propuesta aportada por el agrupador, y preguntar en ese momento sobre la concordancia, sobre todo, teniendo en cuenta los resultados de la tabla 3 que comentan los autores¹. Por otro lado, respecto a esta misma tabla y la figura 2, desconocemos porqué se establece como probabilidad pre-prueba (prevalencia) el 13% de nivel de intervención alto, ya que los profesionales proponen un nivel de intervención más elevado, entre el 22,5-16,3%, según consideremos la población escogida o la población completa para el cálculo. Si se quiere que el agrupador se acerque al *gold standard*, se deberían considerar algunos de los niveles anteriores o justificar al menos el elegido. Este razonamiento es válido para cualquiera de los niveles de intervención que se consideren, según su prevalencia³.

Antes de poder valorar finalmente la utilidad real de los GMA como sistema de ayuda a la toma de decisiones clínicas, sería conveniente valorar la influencia en la concordancia de los aspectos comentados anteriormente, e intentar superar las limitaciones sobre la validez que ya señalan los autores, así como su aplicabilidad en otros contextos asistenciales. En este sentido conviene tener en cuenta la literatura sobre variaciones de la práctica clínica al diseñar estudios que pretendan responder adecuadamente a las preguntas planteadas en el objetivo del artículo⁴⁻⁶.

Bibliografía

1. González González AI, Miquel Gómez AM, Rodríguez Morales D, Hernández Pascual M, Sánchez Perruca L, Mediavilla Herrera I. Concordancia y utilidad de un sistema de estratificación para la toma de decisiones clínicas. *Aten Primaria* V 48. 2016, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.04.009>
2. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid, Madrid; 2013.
3. Mathers N, Hodgkin P. The Gatekeeper and the Wizard: A fairy tale. *BMJ*. 1989;298:172-4.
4. Appleby J, Raleigh V, Frosini F, Bevan G, Gao H, Lyscom T. VARIATIONS IN HEALTH CARE. The good, the bad and the inexplicable. The King's Fund. 2011. Disponible en: <https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Variations-in-health-care-good-bad-inexplicable-report-The-Kings-Fund-April-2011.pdf>

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^{a,b,*}, Inma Sánchez-Pérez^{a,b},
Marc Carreras^{a,b} y Jordi Coderch^{a,b}

^a *Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (SSIBE), Palamós, Girona, España*

^b *Grup de Recerca en Serveis Sanitaris i Resultats en Salut (GRESSIRES), España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 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 pacientes¹. 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 valvular². 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^{3,4}. 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 CHA₂DS₂-VASC⁵, y el hemorrágico en la escala HAS-BLED⁶. 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^{3,4}.

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 CHA₂DS₂-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 CHA₂DS₂-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 ₂ DS ₂ -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)

CHA₂DS₂-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.