



CARTAS AL EDITOR

Incorporación de los anticoagulantes de acción directa al arsenal terapéutico disponible: ¿progresó adecuadamente?



Incorporation of direct-acting oral anticoagulants to available therapeutic arsenal: Progress adequately?

Sr. Editor:

La anticoagulación oral se ha realizado tradicionalmente con fármacos antagonistas de la vitamina K (AVK), acenocumarol y warfarina. Su principal indicación es la prevención del ictus asociado a la fibrilación auricular, habiendo demostrado una gran efectividad en la reducción de la morbimortalidad asociada¹. La limitación de estos fármacos es que presentan una ventana terapéutica estrecha, además de interacciones frecuentes que obligan a monitorizar a los pacientes mediante el control del *international normalized ratio* (INR)².

Los anticoagulantes de acción directa (ACOD), tanto inhibidores directos de la trombina (dabigatrán) como inhibidores directos del factor Xa (rivaroxabán, apixabán y edoxabán), han demostrado ser al menos tan eficaces como los AVK pero con un mejor perfil de seguridad³, por lo que las guías europeas recomiendan su utilización⁴. Su principal ventaja se centra en un amplio margen terapéutico, haciendo innecesarios los controles sistemáticos que requieren los AVK³, pero su gran inconveniente es el importante incremento del coste del tratamiento anticoagulante, aunque estudios internacionales justifican su coste-efectividad⁵.

En la actualidad se recomienda reservar los ACOD para situaciones específicas, como pacientes en tratamiento con AVK con mal control de INR a pesar del buen cumplimiento terapéutico, lo que se situaría en alrededor del 40% de los pacientes tratados con AVK⁶.

Con la intención de conocer la evolución del perfil de prescripción de anticoagulantes orales (ACO) y el impacto económico de la aparición de los ACOD en el Área VII de Salud de Murcia, que atiende a unos 200.000 habitantes, se planteó un estudio de utilización desde la comercialización del primer ACOD (2011) hasta el año 2017. Se obtuvieron los datos de consumo de ACO a partir de los registros de dispensación por receta de las farmacias comunitarias, analizando el consumo para los diferentes principios activos y también en función del tipo de ACO (AVK o ACOD). El con-

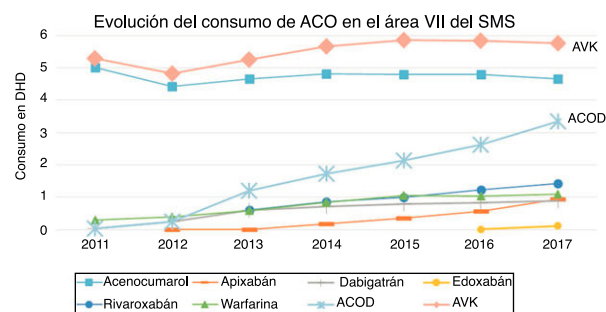


Figura 1 Evolución de las DHD de los ACO del Área VII de Salud del Servicio Murciano de Salud, de 2011 a 2017.

sumo se expresó en DHD (número de dosis diarias definidas por 1.000 habitantes/día). El coste se calculó en base al precio de facturación.

Durante los 7 años de estudio se efectuaron 200.825 dispensaciones de ACO a un total de 6.913 pacientes. El 50,8% fueron mujeres, y la media de edad fue de $77,52 \pm 13,18$ años. El análisis de la evolución de consumo de ACO se muestra en la figura 1, en la que se puede observar un incremento en el consumo de todos los fármacos, excepto en el acenocumarol. Por tipo de ACO, se detecta un discreto incremento en el consumo de AVK, debido a la warfarina, y un aumento muy marcado en el consumo de ACOD (desde 0,04 DHD en 2011 a 3,35 DHD en 2017).

De forma paralela al aumento de la prescripción de ACOD se produce un importante incremento en el gasto. El importe de la factura de ACOD a lo largo del estudio fue de 2.888.423 euros, frente a 429.989 euros de los AVK. El coste por paciente anticoagulado/año ha ido aumentando de 24,2 euros en 2011 hasta 223,1 en 2017, lo que ha supuesto un incremento del 821,9%.

El presente estudio ha demostrado el importante impacto de la aparición de los ACOD en la anticoagulación oral. En nuestra área están desplazando gradualmente a los AVK, ocupando actualmente un 36,8% del consumo, con un 92,8% del gasto. Una de las limitaciones del estudio ha sido no determinar el coste asociado a la monitorización del INR en los pacientes tratados con AVK.

Desde nuestro punto de vista, es urgente realizar estudios de eficacia y seguridad, de manera que las regulaciones de uso y el cumplimiento de objetivos de gestión no impidan el tratamiento óptimo para la población que precisa anticoagulación.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI. Meta-analysis: Antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. *Ann Intern Med.* 2007;146:857-67.
- Navarro JL, Cesar JM, Fernández MA, Fontcuberta J, Reverter JC, Gol-Freixa J. Morbilidad y mortalidad en pacientes con tratamiento anticoagulante oral. *Rev Esp Cardiol.* 2007;60:1226-32.
- Segú JL. Acceso a los anticoagulantes de acción directa en España. *Rev Esp Cardiol Supl.* 2016;16:55-9.
- Kirchho P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D, Casadei B, et al. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración con la EACTS. *Rev Esp Cardiol.* 2017;70:50.e1-84.

- Kansal AR, Zheng Y, Pokora T, Sorensen SV. Cost-effectiveness of new oral anticoagulants in the prevention of stroke in patients with atrial fibrillation. *Best Pract Res Clin Haematol.* 2018;26:225-37.
- Anguita Sánchez M, Bertomeu Martínez V, Cequier Fillat Á. Calidad de la anticoagulación con antagonistas de la vitamina K en España: prevalencia de mal control y factores asociados. *Rev Esp Cardiol.* 2015;68:761-8.

Carmen Caballero Requejo^{a,*}, Elena Urbieto Sanz^a, Carles Iniesta Navalón^a y Juan José Gascón Cánovas^b

^a Servicio de Farmacia, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

^b Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carmencaballero.requejo@gmail.com (C. Caballero Requejo).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.11.004>
0212-6567/

© 2018 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/>).

Comportamiento psicométrico de una versión abreviada del cuestionario *Primary Care Assessment Tool* en el sector privado de Argentina



Psychometric assessment of a short version of the Primary Care Assessment Tool in Argentina's private sector

Sr. Editor:

Es de nuestro interés complementar la información del artículo de validación psicométrica en español de la versión corta brasileña del PCAT-usuarios¹ aplicando el mismo cuestionario en una población de diferente medio socioeconómico, con el objeto de sumar evidencia en el proceso de validación del cuestionario.

Evaluamos su comportamiento psicométrico en una población afiliada al Seguro de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires^a a través del análisis factorial confirmatorio.

El cuestionario fue auto-administrado en marzo del 2015. Calculamos un tamaño muestral de 300 encuestas² a través de la fórmula: $n = (k + 1) (k + 2) / 2^b$.

Dadas las características particulares de esta población, decidimos, por un lado no incluir los ítems grado de afiliación

(GA)^c y B2^d en el análisis, ya que no presentarían variabilidad en sus valores y no sería confiable su grado de correlación (esta decisión tuvo un grado de consenso en un Grupo Delphi [GD] de un 74,2% para GA y de un 92,1% para B2).

Al igual que el trabajo de Vázquez Pena et al.¹, y apoyado en un alto consenso del GD, retiramos los ítems C11^e, G8^f, G19^g y J7^h.

Frecuentemente las variables relacionadas al acceso (en este caso C11) tienen dificultades para mantenerse en las versiones finales de los cuestionarios en salud, dada su baja correlación con los aspectos centrales^{3,4}. También en el trabajo de Vázquez Pena et al.¹, la carga factorial (CF) para este ítem fue baja. Esto puede deberse a que muchas personas desarrollan estrategias para sortear las *dificultades* en la accesibilidad y terminan naturalizándolas como parte misma de la experiencia del sistema de salud.

Los ítems G8 y G19 indagan servicios *eventualmente disponibles* y, como en el trabajo de Vázquez Pena et al.¹, tienen baja correlación con el constructo general. Probable-

^c El ítem GA está compuesto por el análisis de 3 preguntas: ¿hay algún médico/a o lugar al que usted vaya habitualmente cuando está enfermo/a o necesita indicaciones acerca de su salud? ¿hay un médico/a o lugar donde lo/la conozcan mejor a usted como persona? ¿hay un médico/a o lugar que tenga mayor responsabilidad por la atención de su salud?

^d B2: cuando tiene un nuevo problema de salud, ¿va a su centro de salud antes de asistir a otro lado?

^e C11: cuando lo necesita ¿resulta difícil ser atendido en su centro de salud?

^f G8: asesoramiento sobre problemas de salud mental.

^g G19: asesoramiento sobre el consumo de tabaco.

^h J7: encuestas a los pacientes para determinar si los servicios responden a las necesidades de la gente.

^a El Hospital Italiano de Buenos Aires es un hospital universitario privado de Argentina y la población afiliada a su seguro de salud es de nivel socioeconómico medio/alto.

^b k: número de variables (en nuestro caso 23).