

de los pacientes que reciben antagonistas de la vitamina K tienen un mal control del INR¹⁻⁴. Es importante destacar que estos resultados se encuentran en concordancia con los mostrados en otros trabajos internacionales, incluso en los ensayos clínicos fundamentales de los anticoagulantes directos. El hecho de que en alguno de los estudios el reclutamiento de los investigadores se hiciera por conveniencia, en lugar de hacerlo de forma aleatoria, en efecto podría suponer un sesgo. De hecho, es muy probable que el control del INR sea peor que el encontrado en estos estudios, ya que cuando se selecciona a los investigadores suelen ser los más motivados y por tanto sus resultados es muy probable que sean significativamente mejores que en la práctica clínica general.

Por otra parte, aunque los autores consideren que deben evitarse términos del tipo «pacientes con mal control», creemos que este es un término que refleja correctamente la situación de alto riesgo en que se encuentran muchos pacientes cuyos valores de INR están a menudo fuera del rango terapéutico que recomiendan las guías.

Por último, los autores señalan que en el estudio CHRONOS-TAO¹ los resultados también se han calculado según un «rango ajustado» de INR de 1,8-3,2, justificado por un posible margen de error del coagulómetro ($\pm 0,2$). Esta afirmación no nos parece aceptable, pues podría inducir conceptos equivocados. Según sugieren los autores, entendemos que si un paciente tiene un INR de 3,2 es porque justo el error ha sido de $-0,2$, mientras que si el paciente presenta un INR de 1,8 el error ha sido de $+0,2$. En realidad, si el error es de $\pm 0,2$, el intervalo de INR que habría que alcanzar sería 2,2-2,8. De esta manera se aseguraría una estimación del control del INR entre 2,0 y 3,0, que es donde debe estar, como está demostrado desde hace más de 10 años⁵ y así lo recogen todas las guías de práctica clínica.

CONFLICTO DE INTERESES

El estudio PAULA fue patrocinado por Bayer Hispania S.L., sin que dicho patrocinio influyera en modo alguno en el desarrollo del estudio, la obtención de los resultados o su interpretación.

Vivencio Barrios^{a,*}, Carlos Escobar^b, José Polo^c, José María Lobos^d y Diego Vargas^e

^aServicio de Cardiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Universidad de Alcalá, Madrid, España

^bServicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^cCentro de Salud Casar de Cáceres, Casar de Cáceres, Cáceres, España

^dCentro de Salud Jazmín, Área 4 de Atención Primaria, Madrid, España

^eUnidad de Hospitalización Polivalente, Hospital de Alta Resolución El Toyo, Hospital de Poniente El Ejido, Almería, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: vivencio.barrios@gmail.com (V. Barrios).

On-line el 1 de febrero de 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso R, Figueroa CA, Mainar V, Arribas MP, Sánchez L, Rodríguez R, et al. Quality control of oral anticoagulant therapy in primary care in Madrid city, Spain: CHRONOS-TAO study. *Med Clin (Barc)*. 2015;145:192-7.
2. Barrios V, Escobar C, Prieto L, Osorio G, Polo J, Lobos JM, et al. Control de la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular no valvular asistidos en atención primaria en España. Estudio PAULA. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68:769-76.
3. Cinza-Sanjurjo S, Rey-Aldana D, Gestal-Pereira E, Calvo-Gómez C; en representación de los investigadores del estudio ANFAGAL. Evaluación del grado de anticoagulación de pacientes con fibrilación auricular en el ámbito de atención primaria de Galicia. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68:753-60.
4. Anguita M, Bertomeu V, Cequier A; en representación de los investigadores del estudio CALIFA. 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.
5. Hylek EM, Go AS, Chang Y, Jensvold NG, Henault LE, Selby JV, et al. Effect of intensity of oral anticoagulation on stroke severity and mortality in atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2003;349:1019-26.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.11.008>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.11.019>

Grado de control de la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular en España: necesidad de minimizar sesgos y contextualizar resultados. Respuesta de Cinza Sanjurjo et al



Degree of Anticoagulation Control in Patients With Atrial Fibrillation in Spain: Need to Minimize Biases and Contextualize Results. Response by Cinza Sanjurjo et al

Sr. Editor:

En primer lugar, queremos agradecer a Alfaro-Lara et al el haberse fijado en el estudio realizado por nuestro grupo (ANFAGAL) y reconocer el esfuerzo llevado a cabo por los investigadores en la selección de la muestra. Sin embargo, nos gustaría concretar ciertos aspectos comentados en su carta.

No nos parece oportuno ampliar el rango de seguridad de los antagonistas de la vitamina K. El único intervalo seguro y avalado por la evidencia es entre 2 y 3¹. La falta de modificación de dosis ante un mal control del paciente se denomina «inercia terapéutica» y no debe usarse como argumento de seguridad en ningún caso.

Respecto a la automonitorización, cabe destacar su baja implantación en España y el alto coste económico que implica. De hecho, países como Suecia, que han alcanzado unos grados de control extraordinariamente altos empleando la automonitorización, están modificando la gestión de la anticoagulación oral a favor de un mayor uso de la anticoagulación oral de acción directa, que

ofrece beneficios en cuanto a costes y seguridad frente a ese modelo².

Respecto a la adherencia terapéutica, estamos completamente de acuerdo, pero queremos destacar diferentes publicaciones y análisis realizados a partir de los ensayos clínicos fundamentales³ o los registros de la práctica clínica real⁴, pasando por estudios de cohortes diseñados a tal efecto⁵, y todos parecen indicar que la adherencia es mayor con los anticoagulantes orales de acción directa.

Es labor del médico prescriptor y del equipo de atención primaria realizar un correcto seguimiento del paciente con tratamiento anticoagulante, preferentemente en el programa de crónicos, para realizar un abordaje integral de todos los factores de riesgo, hábitos de vida y adherencia a los fármacos prescritos.

Finalmente, la concordancia de tres estudios no viene dada por las variables que influyen en el objetivo primario, sino porque partiendo de muestras diferentes identifican similar porcentaje de pacientes mal controlados.

Sergio Cinza Sanjurjo^{a,*}, Daniel Rey Aldana^b, Enrique Gestal Pereira^a y Carlos Calvo Gómez^c, en representación del grupo de investigadores del estudio ANFAGAL (Anticoagulación en pacientes con Fibrilación Auricular en el ámbito de atención primaria de Galicia)

^aCentro de Salud de Porto do Son, Xerencia de Xestión Integrada, Santiago de Compostela, A Coruña, España

^bCentro de Salud de A Estrada, Xerencia de Xestión Integrada, Santiago de Compostela, A Coruña, España

Unidad de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular, Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela, Xerencia de Xestión Integrada, Santiago de Compostela, A Coruña, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: scinzas@semergen.es (S. Cinza Sanjurjo).

On-line el 30 de enero de 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. Rose AJ, Hylek EM, Ozonoff A, Ash AS, Reisman JI, Berlowitz DR. Risk-adjusted percent time in therapeutic range as a quality indicator for outpatient oral

anticoagulation: results of the Veterans Affairs Study to Improve Anticoagulation (VARIA). *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2011;4:22-9.

2. Labaf A, Carlwe M, Svensson PJ. Efficacy and safety of novel oral anticoagulants in clinical practice: a report from three centers in Sweden. *Thromb J*. 2014;12:29.
3. Komócsi A. Discontinuation of anticoagulant treatment: from clinical trials to medication persistence. *Curr Med Res Opin*. 2015;31:1841-4.
4. McHorney CA, Crivera C, Laliberté F, Nelson WW, Germain G, Bookhart B, et al. Adherence to non-vitamin-K-antagonist oral anticoagulant medications based on the Pharmacy Quality Alliance measure. *Curr Med Res Opin*. 2015;31:2167-73.
5. Martinez C, Katholing A, Wallenhorst C, Freedman SB. Therapy persistence in newly diagnosed non-valvular atrial fibrillation treated with warfarin or NOAC. A cohort study. *Thromb Haemost*. 2015;114. <http://dx.doi.org/10.1160/TH15-04-0350>.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.11.008>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.12.005>