

## Anticoagulación en fibrilación auricular y antiagregación en diabetes mellitus tipo 2. ¿Cómo lo hacemos?

### *Anticoagulation in atrial fibrillation and antiplatelet in diabetes mellitus type 2. How do we do it?*

M.P. Arroyo, J. Jimbert

#### RESUMEN

**Fundamento.** A pesar de la evidencia sobre el interés de anticoagular en Fibrilación Auricular (FA) y antiagregar a los diabéticos (DM) tipo 2, las referencias nacionales e internacionales hablan de un bajo nivel de asunción de esos criterios en la práctica. Navarra no dispone de estudios publicados sobre estos aspectos.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal.

Población: consulta de atención primaria (1600 personas >15 años).

Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de FA/ con diagnóstico de DM tipo 2 mayores de 40.

Variabes: edad y sexo, criterios de FA con alto riesgo embólico (>6% anual) y factores de RCV en DM2.

Recogida de datos: en registro informatizado de *Organization and Management Information (OMI)*.

Análisis: (estudiado el universo poblacional), resultados en números absolutos y porcentajes.

**Resultados.** Veinticinco personas con diagnóstico de FA crónica (14 mujeres y 11 hombres, edad media 78,36 años); 22 (81,8%) presentan alto riesgo embólico. Hubo contraindicaciones en 4 casos.

Los diabéticos tipo 2 suman 69 personas (29 mujeres y 40 varones, edad media 68,57 años). En prevención primaria (PP) hay 16 (23,1%), en prevención secundaria (PS) 26 (37,3%), y no llevan tratamiento antiagregante 27 (39,1%). Existe contraindicación en 8 casos y serían 14 (20,2%) los pacientes susceptibles de intervención.

#### Conclusiones

- Los resultados de tratamiento anticoagulante oral (TAO) en FA de alto riesgo superan las referencias contratadas.
- La PP con DM2 con cifras similares a otros estudios; se detecta un campo de mejora.
- Debemos solicitar la opinión del paciente e individualizar estas terapias.
- Importante responsabilidad del médico de familia en la prevención cardiovascular de los pacientes afectados por estos procesos.

**Palabras clave.** Anticoagulación. Fibrilación auricular. Antiagregación. Prevención primaria. Diabetes mellitus.

#### ABSTRACT

**Background.** In spite of evidence about the interest of anticoagulation in Atrial Fibrillation (AF) and antiplatelet to diabetics (DM) type 2, the national and international references describe a low level of assumption of those criteria in practice. Published studies on these aspects are unavailable in Navarre.

**Methods.** Cross-sectional study.

Population: primary care patients (1,600 people > 15 years).

Inclusion criteria: patients diagnosed of AF / with diagnosis of DM type 2, over 40.

Variables: age and sex, criteria of AF with high embolic risk (>6% annual) and cardiovascular risk factors in DM2.

Data collection: in computerised registers of *Organisation and Management Information*.

Analysis: (population universe studied), results in absolute numbers and percentages.

**Results.** Twenty-five people with diagnosis of chronic FA (14 women and 11 men, average age 78.36 years); 22 (81.8%) show high embolic risk. There were counter-indications in 4 cases.

Type 2 diabetics totalled 69 people (29 women and 40 men, average age 68.57 years). There are 16 (23.1%) in primary prevention (PP), 26 (37.3%) in secondary prevention (SP), and 27 (39.1%) do not follow antiplatelet therapy. There is counter-indication in 8 cases and 14 patients (20.2%) would be susceptible to intervention.

#### Conclusions

- The results of oral anticoagulant therapy (OAT) in high risk AF exceed the reviewed references.
- The PP with DM2 are similar figures to other studies; a area of improvement was detected.
- We must ask for the opinion of the patient and individualise these therapies.
- The family doctor has a significant responsibility in cardiovascular prevention of the patients affected by these problems.

**Key words.** Anticoagulation. Auricular fibrillation. Antiplatelet. Primary prevention. Diabetes mellitus.

*An. Sist. Sanit. Navar. 2007; 30 (1): 37-44.*

Centro de Salud de Huarte

Aceptado para su publicación el 28 de septiembre de 2006.

#### Correspondencia:

M<sup>ª</sup> Pilar Arroyo Aniés  
 Centro de Salud  
 c/ Zarraondo, s/n  
 31620 Huarte  
 Tfno. 948 335 080  
 Fax 948 335 079  
 parroyoa@cfnavarra.es

## INTRODUCCIÓN

Desde hace algunos años las publicaciones científicas se hacen eco de la indicación de actuar preventivamente en los pacientes con fibrilación auricular (FA) y en los diabéticos de alto riesgo cardiovascular. Nuestra propia Comunidad Foral ha mostrado su prioridad en este terreno como lo reflejan ciertas publicaciones<sup>1-3</sup>. No obstante, algunas referencias hablan de un bajo nivel de asunción de los criterios indicados por la evidencia.

En Navarra, no existen estudios publicados sobre los aspectos comentados. Las autoras realizan una evaluación interna de la situación en la población adscrita a su consulta de atención primaria como forma de mejorar en su propio trabajo y como primer paso de un posible estudio más amplio en otras zonas básicas de salud.

Los objetivos son:

1. Evaluar la utilización del tratamiento anticoagulante (TAO) en los pacientes con FA y la terapia antiagregante en diabéticos tipo 2 (DM2) de riesgo en una consulta de atención primaria, de acuerdo a las normas de referencia en nuestra Comunidad<sup>1-3</sup>.
2. Analizar el motivo de inadecuación a la pauta aconsejada en ambos procesos y contrastarla con las pautas marcadas por la evidencia general.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio descriptivo y transversal, en la población que acude a una consulta de atención primaria en el entorno de Pamplona (1.600 personas mayores de 15 años, a fecha 31/12/2004).

**Criterios de inclusión y exclusión de los pacientes.** Se incluyeron todos los pacientes que cumplieran los siguientes criterios:

- Pacientes registrados en *Organization and Management Information* (OMI) con diagnóstico de fibrilación auricular o arritmia cardiaca (en base a evitar excluir diagnósticos mal codificados), con depuración manual posterior.

- Pacientes registrados en OMI con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 a partir de 40 años.
- Pacientes registrados en OMI recibiendo tratamiento con "acenocumarol" (único anticoagulante utilizado), ácido acetilsalicílico (AAS) u otros antiagregantes. Ello permitió relacionar directamente proceso y tratamiento.

Se han excluido los pacientes con diagnóstico arritmia cardiaca no FA y diabetes mellitus tipo 1 y 2 menores de 40 años.

**Método de recogida de datos.** De los datos poblacionales con su diagnóstico a través de los registros informatizados de OMI en atención primaria (disponible desde junio de 2003) y los listados Excel de personas con los diferentes tratamientos con la participación de los servicios informáticos centrales de Osasunbidea.

Posteriormente, se realizó verificación manual de los datos, por una de las autoras, para evitar errores posibles en la codificación, en el enlace del tratamiento al proceso y verificar los criterios diagnósticos cumplidos de cada proceso.

## Variables

1. Sociodemográficas (edad y sexo).
2. Se considera FA de alto riesgo embólico (>6%) la que cursa con alguno o varios de los siguientes criterios<sup>4</sup>: edad  $\geq 75$  años, valvulopatía o cirugía valvular, ACV o embolia previa, insuficiencia cardiaca actual o reciente, disfunción sistólica ventricular izquierda <35%, miocardiopatía o coexistencia de dos factores de riesgo intermedio (HTA, diabetes, edad de 65-75 años, cardiopatía isquémica o hipertiroidismo).
3. Factores de riesgo cardiovascular valorados en los pacientes con DM tipo 2<sup>5</sup>: HTA, fumador, arteriopatía periférica, dislipemia (LDL>130), parientes de primer grado con enfermedad cardiovascular precoz (varones <55 años y mujeres <65 años) y obesidad.

Los pacientes se distribuyen según sexo y edad en:

- FA según riesgo tromboembólico elevado o no y en relación con TAO o AAS.

- DM con prevención primaria, prevención secundaria y sin tratamiento antiagregante.

**Estrategia de análisis.** Dado que no se realizó muestreo alguno y se estudió todo el universo poblacional de pacientes diagnosticados de FA y DM2, las comparaciones de factores de riesgo y tests de contraste de hipótesis no son necesarios y se muestran los datos en números absolutos y porcentajes.

## RESULTADOS

### Sobre anticoagulación en fibrilación auricular

Se detectaron 28 pacientes que presentaban el diagnóstico de FA, tres casos fueron FA paroxísticas, estaban antiagregados actualmente y se excluyeron de la valoración. La tabla 1 recoge a los 25 restantes, 14 (56%) son mujeres y 11 (44%) varones; la edad media del global era de 78,36 años (rango 57-90), correspondía a las mujeres una edad media de 79,3 años (rango 57-90) y a los varones de 77,2 años (rango 68-84). De esos 25 casos de FA crónica, había hasta 22 casos (81,8%) con alto riesgo tromboembólico. Dos de los varones antiagregados presentaban adenocarcinoma de próstata con hematurias recidivantes que complicaron su seguimiento.

En 7 casos no llevaban tratamiento anticoagulante, 3 comentados por presentar fibrilación auricular paroxística (FAP). Otros 4 son mujeres, con contraindicación absoluta en dos casos: una tuvo una hemorragia cerebral estando tratada con AAS (86 años), la segunda (87 años) presentaba alto riesgo de hemorragia digestiva y un síndrome mielodisplásico que precisa transfusiones periódicas. Las otras dos serían contraindicaciones relativas: una vivía sola (82 años) y era incapaz de asumir su autocuidado por lo que no pareció adecuado que manejara este tratamiento y la cuarta (90 años) no lo aceptó; ambas tomaban AAS.

### Sobre antiagregación en diabetes tipo 2

Como se aprecia en la tabla 2, los diabéticos tipo 2 sumaban 69 casos, 29 (42%) eran mujeres y 40 (58%) eran varones. La media de edad del colectivo era de 68,57 años (rango 40-90). De ellos, 16 (23,1%) llevaban PP y en 26 casos (37,7%) era PS; de éstos, 6 estaban anticoagulados. El factor de riesgo añadido más frecuente fue la HTA que estaba presente en un 60% (26 de los 43 pacientes no sometidos a PS).

Existían 27 diabéticos (39,1%) sin antiagregación, De éstos, 4 pacientes presentaban contraindicaciones absolutas (alergia AAS, epistaxis importante recidivante, HTA

**Tabla 1.** Anticoagulación en fibrilación auricular crónica.

Riesgo Tromboembólico		Anticoagulados		Antiagregados	Contraindicaciones
		Nº	%		
<b>Alto (&gt;6%)</b> Edad media 81,4 años	M	11	18	81,8	2
	H	11			
<b>Resto</b>	M	3	3	100	0
	H	0			

M: Mujeres; H: Hombres

**Tabla 2.** Antiagregación en diabetes mellitus 2.

Datos demográficos	Prevención Primaria				Prevención Secundaria				Sin tratamiento				Contraindicada
	M	H	TOTAL	%	M	H	TOTAL	%	M	H	TOTAL	%	
<b>69 casos</b>	5	11	16	23,1	10	16	26	37,7	14	13	27	39,1	4 Absolutas 4 Relativas
<b>Edad Media</b>	67,9 años				75 años				63,9 años				

M: Mujeres; H: Hombres

severa sin controlar y negativa de la paciente).

De entre los 23 restantes, en 4 casos consideramos contraindicaciones relativas: 2 mujeres de 77 y 66 años, respectivamente, que tomaban un volumen importante de fármacos con mal cumplimiento de base que desaconsejaba añadir un fármaco gastrolesivo que, a su vez, suponía tratamiento gastroprotector añadido, dada su edad. Por otro lado, en dos varones de 84 y 79 años también se ha decidido no usar el tratamiento antiagregante, el primero por presentar una enfermedad de Parkinson con notable avance e inmovilización en casa a pesar del volumen de fármacos actual y el otro por presentar una conducta alterada y frecuentes caídas con riesgo de complicaciones importantes.

Quedarían así 19 personas a incluir en PP, 5 no presentaban factores de riesgo añadidos y el resto, hasta 14 (20,2%) serían susceptibles de intervención de mejora en su tratamiento en este aspecto preventivo cardiovascular.

Desde el punto de vista farmacológico de los 42 diabéticos tratados, 31 (79,5%) recibieron ácido acetilsalicílico 100 mg, 6 seguían terapia anticoagulante, 3 con AAS 300 mg, y 2 con clopidogrel (estenosis de carótidas e ictus).

## DISCUSIÓN

Al valorar nuestros datos somos conscientes de su pequeño volumen y de las limitaciones en cuanto a conclusiones y extrapolaciones que ello supone.

Así mismo, condicionan las comparaciones con los estudios de referencia, las diferencias de selección de los sujetos a estudio, en cuanto a ámbito de estudio (hospital o atención primaria), distribución por edad y procesos concomitantes de mayor o menor riesgo cardiovascular y, por último, las consideraciones de uso de ACO y/o AAS indistintamente (terapia preventiva global), pero se mantiene la utilidad del estudio en cuanto a sus objetivos de mejora en el trabajo concreto de nuestra consulta y refleja, a su nivel, lo demostrado y encontrado en estudios y valoraciones de mayor amplitud.

Nuestros resultados son asimilables a los mejores de los consultados en la literatura<sup>6-11</sup> (Tabla 3) en cuanto al uso de ACO en pacientes con FA no valvular (80%), a pesar de su edad avanzada y, quienes no pueden usarlo, llevan AAS salvo contraindicaciones (12%). Bungard<sup>12</sup> analiza varios estudios con porcentajes de entre 15-44% de pacientes tratados, en ámbito hospitalario y de atención primaria, en grupos sin contraindicaciones.

**Tabla 3.** Anticoagulación en fibrilación auricular crónica.

Autor/año	Nº Población	ACO		AAS		SIN TRATAMIENTO	
		Edad	%	Edad	%	Edad	%
<b>Brotans 1997</b>	299	<65	23,4	<65	9,5	<65	11,7
		65-75	46,8	65-75	35,8	65-75	30,1
		>75	29,8	>75	54,7	>75	58,2
<b>Fuentes 1998*</b>	163	—	27,9	—	39,2	32,9 (30% contraindicadas)	
<b>Blanch 2003*</b>	482	—	46,5	—	36,3	17,2 (22,7% contraindicadas)	
<b>Romera 2004</b>	274	—	48,6	—	37,7 (+otros)	13,7 (TTO no adecuado: <75, 45%; >75, 70%)	
<b>Ciua 2004</b>	375	—	74,2	—	No consta	25,8 (6% contraindicadas)	
<b>Gayoso 2005</b>	411	—	33,3	—	51,2	17,5 (4,1% contraindicadas)	
<b>Nuestro Estudio</b>	25	—	81,8 (R>6%)	2 Casos		2 Casos	

\*Ámbito hospitalario.

En cuanto a las contraindicaciones, hay diferencias entre los autores. Weisbord<sup>13</sup> justifica el no tratamiento de 92,3% de los 207 casos de 804 pacientes controlados (sobre 1.289 historias con diagnóstico de FA crónica). Queda patente la necesidad de individualizar estas terapias por su riesgo en personas de mayor edad, habitualmente con procesos concomitantes y terapias añadidas que pueden interaccionar. Lo que algunos<sup>6,14</sup> llaman "riesgo basal".

Existen, pues, diferentes motivos que explican el no seguimiento de las guías de práctica clínica (GPC) en la práctica asistencial, al individualizar en cada paciente<sup>15,16</sup> y, de hecho, varios autores<sup>6-9</sup> refieren la tendencia a infratratarse a las personas de edad avanzada por su riesgo de sangrado, aunque son las que parecen beneficiarse más del tratamiento preventivo cuando está indicado, tal y como parece hacemos con nuestro pacientes. Fang<sup>17</sup> cita la necesidad de observar un INR < 2,5 para reducir este riesgo.

Diferentes autores<sup>11,12,14</sup> citan tres fuentes de limitaciones o barreras para el tratamiento anticoagulante: el paciente, el médico y el sistema sanitario.

En el primer caso, conviene traer aquí la evidencia<sup>14,18</sup> de que al individualizar el tratamiento, cada vez es más importante la opinión del paciente, como también se refleja entre los nuestros.

Por otro lado, parece que el miedo de los médicos a prescribir ACO en población de edad avanzada, choca con la opinión de los pacientes que, encuestados, prefieren el riesgo de sangrado al de embolismo sistémico<sup>19</sup> (véanse nuestros pacientes neoplásicos de próstata). Bungard señala, no obstante, la importancia de una adecuada formación continuada para potenciar la toma de decisiones adecuada en estos procesos.

Por último, valorar que, en cuanto a las barreras que dependen del sistema sanitario, la existencia de una logística avanzada como es la disponibilidad del aparato de determinación capilar de INR en los centros de salud y domicilios de los pacientes ha supuesto un indudable avance en nuestra comunidad, con buenos resultados<sup>20</sup> y es un factor positivo a tener en cuenta en nuestro estudio.

Respecto a la diabetes mellitus, la tabla 4 refleja resultados buenos entre nuestros pacientes, comparando con otros autores, pero sin duda mejorables, especialmente en prevención primaria.

No obstante, el tratamiento antiagregante en diabetes mellitus con alto riesgo cardiovascular resulta una materia en discusión en el momento de realizar nuestro estudio<sup>21-26</sup> y puede limitar la calificación de nuestros resultados, dado que en los ensayos clínicos se habla de una preven-

**Tabla 4.** Antiagregación en diabetes mellitus 2.

(comparativo con ref. 21-26)				
Autor/año	Nº Poblacional	AAS %	PP (%)	PS (%)
<b>López de la I. 2003</b>	544	21,7 <sup>1</sup>	9,3	77,2
<b>Esmatjes 2004</b>	4707	21	14	53
<b>De Abajo 2004</b>	24750 (BIFAP)	19,5	11	50,1
<b>Sicras 2004</b>	891	25,1 <sup>2</sup>	17,4	53,4
<b>Sicras 2005</b>	4140	29,2	20,8	60,8
<b>Cano 2005</b>	1191		15,8/29,1 <sup>3</sup>	
<b>Nuestro estudio</b>	69	60,9 <sup>1</sup>	23,2	37,7 (61,9% de tratados)

PP: Prevención Primaria; PS: Prevención Secundaria

BIFAP: Base de datos para la investigación farmacoepidemiológica en Atención Primaria

<sup>1</sup> AAS y ACO

<sup>2</sup> 12,3% con otros antiagregantes

<sup>3</sup> Al año tras intervención

ción de eventos mayores y no tanto de la mortalidad global, por lo que algunos autores hablan de “cosmética de los resultados”<sup>27,28</sup>; sin olvidar la denominada “resistencia al AAS” en la diabetes<sup>29</sup> que viene a sumarse a la controversia sobre la modificación en los criterios de antiagregación en DM tipo 2 en el año 2006 (*Standard of Medical Care in Diabetes 2006. Diabetes Care 29; S4-S42*) y son recogidos por la próxima guía de Actuación en Diabetes Mellitus para la atención primaria de Osasunbidea.

De otra parte, en algunos casos que están pendientes de prescripción, abrimos una reflexión sobre la práctica asistencial y la medicalización de la vida de unas personas que, tras diagnosticarles procesos que pueden ser asintomáticos de inicio, se ven sometidos a un número de fármacos no desdeñable, preventiva o terapéuticamente<sup>30</sup> junto a la modificación de sus hábitos de vida... y posiblemente ello suponga un período de negociación desde el diagnóstico a la prescripción, en línea de lo comentado antes sobre la importancia de la opinión del paciente en el proceso de FA.

Nos interesa llamar la atención sobre el hecho de que el consejo médico es el responsable fundamental de la asunción de tratamiento preventivo por parte de estos pacientes<sup>31</sup> y es “...tarea importante asegurarnos que el uso de la aspirina (y por extensión del tratamiento anticoagulante) sea lo suficientemente amplio entre los pacientes que puedan beneficiarse de ello”<sup>32</sup>. Interesa pues que la atención primaria tome parte activa en la prevención cardiovascular de unos procesos cuya prevalencia va en aumento, y con frecuencia, son sólo controlados en ella dado que es el primer punto de detección del problema (DM y FA). Siempre junto al resto de medidas de reducción de riesgo cardiovascular: control de la tensión arterial, descenso de la colesterolemia, mantenimiento de la glucemia en una banda aceptable y potenciación de hábitos higiénico-dietéticos saludables, incluido el cese del tabaco.

De lo comentado se deriva que, cuando se trata de elaborar un indicador de calidad de prescripción, debe de tenerse en cuenta la realidad de nuestra práctica, más

allá de las orientaciones teóricas de las GPC<sup>33</sup>. Tanto en anticoagulación como en antiagregación podrían plantearse indicadores específicos de mejora de acuerdo a la evidencia científica, nunca óptimos absolutos. En el mismo sentido, se demuestra que las evaluaciones habituales de uso de los medicamentos ligadas a las prescripciones aisladas son superadas por los estudios de adecuación, donde la prescripción se relaciona con los procesos que trata.

Finalmente, pero no por ello menos importante, se presenta aquí el resultado de una experiencia positiva de trabajo en equipo que posibilita la mejora de la calidad de nuestra labor diaria en cuanto a uso de la historia informatizada, con esfuerzo importante por nuestra parte que, previsiblemente, será facilitado por programas de análisis más potentes y rápidos y permitirá el inicio de un ciclo evaluativo de calidad, como el planteado por otros autores<sup>26</sup>. Igualmente pueden ser punto de partida de estudios similares en ámbitos más amplios de la asistencia sanitaria.

---

#### Agradecimientos

A Marian Nuin Villanueva y Carlos Amézqueta Goñi, Técnicos del Servicio de Evaluación y Calidad asistencial de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y médicos de familia, por sus sugerencias tras la revisión de este manuscrito.

A Fernando Elía Pitillas del Servicio de Gestión Clínica e Información del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, que nos ha suministrado los listados farmacológicos.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Anticoagulación oral en Atención Primaria. Guía de actuación. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra. 2003.
2. Riesgo cardiovascular en Atención Primaria. Guía de actuación. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra. 2003.
3. SERRANO M, BERJÓN J, SALABERRI A Y AMÉZQUETA C. Riesgo cardiovascular. Evidencias que orientan la actuación clínica. An Sist Sanit Navar 2003. Monografía nº2.
4. GAGE BF, VAN WALRAVEN C, LESLY P, HART RG, KOUDSTAAL PJ, BOODE BSP et al. Selecting patients with atrial fibrillation for anticoag-



- ulation: stroke risk stratification in patients taking aspirin. *Circulation* 2004; 110: 2287-2292.
5. American Diabetes Association: Aspirin therapy in diabetes (Position Statement). *Diabetes Care* 2002; 25 (Suppl.): S78-79.
  6. BROTONS C, MORAL I, CANTÓN JJ, COBOS M, CUCURRULL E, GALLEGO C et al. Tratamiento preventivo de la fibrilación auricular no reumática: de la eficacia de los ensayos clínicos a la efectividad en la práctica clínica. *Aten Primaria* 1997; 20: 367-371.
  7. FUENTES E, MARTÍN E, SALGADO A, SÁNCHEZ A, MARTOS F, GONZÁLEZ JA. Valoración del tratamiento antitrombótico en pacientes con fibrilación auricular crónica no valvular. *Aten Primaria* 1998; 22: 172-175.
  8. BLANCH P, FREIXA R, IBERNÓN M, DELSO J, SALAS E, SOBREPORA JL et al. Utilización de anticoagulantes orales en pacientes con fibrilación auricular al alta hospitalaria en el año 2000. *Rev Esp Cardiol* 2003; 56: 1057-1063.
  9. ROMERA I, DE DIOS R, GARCÍA A, GONZÁLEZ Y, LENZA C, SALINERO MA. Adecuación de la profilaxis tromboembólica en pacientes con fibrilación auricular crónica en tres centros de atención primaria. *Aten Primaria* 2004; 33: 188-192.
  10. CLUA JL, DALMAN MR, AGUILAR C y Grupo de trabajo. Características del tratamiento anticoagulante oral en la fibrilación auricular crónica de alto riesgo. *Aten Primaria* 2004; 34: 414-419.
  11. GAYOSO P, CALLE R, PRIETO A, HERRERA D, SALA AI, GÓMEZ MD. Fibrilación auricular como factor de riesgo de acontecimientos cerebrovasculares en personas mayores de 65 años: ¿es adecuada la práctica clínica en profilaxis anticoagulante? *Aten Primaria* 2005; 36: 198-203.
  12. BUNGARD IJ, GHALI WA, TEO KK, McALISTER FA, TSUYUKI RT. Why do patients with atrial fibrillation not receive warfarin? *Arch Intern Med* 2000; 160: 41-46.
  13. WEISBORD SD, WHITTLE J, BROOKS RC. Is warfarin really underused in patients with atrial fibrillation? *J Gen Intern Med* 2001; 16: 743-749.
  14. GARCÍA-LIZANA FR, SARRÍA-SANTAMERA A, GOL-FREIXA J. Anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular crónica: ¿cuándo está indicada? *Aten Primaria* 2004; 34: 374-378.
  15. BLASCO M. Cuando el riesgo supera el beneficio (carta). *Aten Primaria* 2004; 33: 218.
  16. BALAGUER I. Tratamiento anticoagulante de los mayores de 85 años en fibrilación auricular. *JANO* 2004; 1536: 1510.
  17. FANG MC, CHANG Y, HYLEK EM, ROSAND J, GREENBERG SM, GO AS et al. Advanced age, anticoagulation intensity and risk for intracranial hemorrhage among patients taking warfarin for Atrial Fibrillation. *Ann Intern Med* 2004; 141: 745-752.
  18. ALONSO-COELLO P, SOLÁ I, GARCÍA JM. Valores y preferencias de los pacientes: una asignatura pendiente. *Aten Primaria* 2005; 35: 379.
  19. DEVERAUX PJ, ANDERSON DR, GARDNER MJ, PUTMAN W, FLOWERDEW GJ, BROWNELL BF et al. Differences between perspectives of physicians and patients on coagulation in patients with atrial fibrillation: observational study. *BMJ* 2001; 323: 1218-1222.
  20. NUIN A, ARROYO MP, YURSS I, GRANADO A, CALVO C, ELÍA F et al. Evaluación del programa piloto de descentralización del control del tratamiento anticoagulante oral en el Servicio Navarro de salud. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 326-331.
  21. LÓPEZ J, ESCUDERO S, GONZÁLEZ AM, MENCÍA A, GARCÍA LE, MORÁN B et al. Empleo de antiagregantes en la prevención primaria y secundaria cardiovascular del diabético en el medio urbano y rural del área de León. *Aten Primaria* 2003; 31: 361-365.
  22. ESMATJES E, CASTELL C, FRANCH J, PUIGORIOL E, HERNÁNDEZ R. Consumo de ácido acetilsalicílico en pacientes con diabetes mellitus. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 96-98.
  23. DE ABAJO FJ, GARCÍA LA. Consumo de ácido acetilsalicílico en pacientes con diabetes mellitus (carta). *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 236-239. (Publicación electrónica web-artic94.385).
  24. SICRAS A, RUIZ R, FRÍAS X, NAVARRO R. (carta) *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 236-239. (Publicación electrónica web-artic94.492).
  25. SICRAS A, NAVARRO R, FRÍAS X, RUIZ R, REJAS J, FERNÁNDEZ J. Utilización de ácido acetilsalicílico en la prevención cardiovascular de los pacientes con diabetes mellitus en atención primaria. XXV Congreso la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Santiago, nov. 2005: poster nº 56.
  26. CANO A, PARREÑO E, TOURNÉ M, ALFONSO C, GARCÍA B. Intervención para mejorar la prevención primaria con antiagregantes en Diabetes 2 en Atención Primaria. XXV Congreso la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Santiago, nov. 2005: poster nº 228.

27. DIOGÈNE E, AGUSTÍ A. (carta) *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 236-239. (Publicación electrónica web-artic75.003).
28. GONZÁLEZ-CLEMENTE JM, BARAHONA MJ, GIMÉNEZ-PÉREZ G Y DÍDAC M. (carta) *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 236-239. (Publicación electrónica web-94.466).
29. ARRIZABALAGA JR, AIZPURUA I, ALBIZURI M, ALFONSO I, ARMENDÁRIZ M, BENGOA A y col. Antiagregación en Atención Primaria. Respondiendo a preguntas. *Infac* 2004; 12: 29-34.
30. TREWBY PN, REDDY AV, TREWBY CS, ASHTON VJ, BRENNAN G, INGLIS J. Are preventive drugs preventive enough? A study of patients' expectation of Bedit from preventive drugs. *Clin Med* 2002; 2: 527-533.
31. BUENO H. Infratilización del ácido acetilsalicílico en la prevención cardiovascular del paciente con diabetes mellitus (editorial). *Med Clin* 2004; 122: 101-103.
32. PATRONO C, BACHMANN F, BAIGENT C, BODE C, DE CATERINA R, CHARBONNIER B et al. (Grupo de trabajo sobre el uso de agentes antiplaquetarios en pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica de la Sociedad Europea de Cardiología). Documento de Consenso de Expertos sobre el uso de agentes antiplaquetarios. *Rev Esp Cardiol* 2004 ; 57: 963-980.
33. SACKETT DL, ROSENBERG WMC, MUIR JA, HAYNES RB, RICHARDSON WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BJM* 1996; 312: 71-72.