

Preferencias de los pacientes con fibrilación auricular no valvular sobre los anticoagulantes orales

González-Rojas¹ N, Gimenez E¹, Lizán L²
¹Boehringer Ingelheim España, S.A., ²Outcomes10

ANTECEDENTES

- La opinión del paciente está adquiriendo mayor relevancia en el desarrollo de políticas de salud. Hasta un 40% de pacientes no empezaría con antagonistas de la vitamina K por influir en su actividad diaria, su dieta y medicación concomitante, y por la necesidad de controles periódicos¹. Además, las preferencias de los pacientes pueden repercutir en la adherencia a un tratamiento².

OBJETIVO

- El objetivo del presente estudio es describir el perfil y analizar las preferencias y la Disponibilidad Máxima a Pagar (DMAP) de los pacientes con Fibrilación Auricular No Valvular (FANV) por anticoagulantes orales (AO).

MÉTODOS

- Se realizó un estudio de preferencias mediante el método de análisis de conjunto.

Se definieron los atributos y niveles tras revisión de la literatura y 2 grupos focales con profesionales y pacientes.

Mediante un diseño factorial ortogonal se obtuvieron escenarios hipotéticos, que los pacientes debían ordenar en función de su preferencia en entrevistas estructuradas en centros de atención primaria y hospitales.

A partir de un análisis de regresión se estimaron las preferencias por cada atributo, expresadas porcentualmente. Así, una preferencia se interpreta como el peso de un atributo en comparación con los otros atributos. Se realizó un análisis de conglomerados para observar si había diferentes segmentos en función de sus preferencias.

Se estudió la DMAP expresada por los pacientes por un nuevo AO con mayor eficacia, de dosificación fija, mayor seguridad, que no requiera controles periódicos ni vigilar la dieta u otros medicamentos.

RESULTADOS

- Se obtuvieron 5 atributos con 2 niveles cada uno (Tabla 1)

Tabla 1. Escenarios y atributos definidos con los profesionales y pacientes

Atributos	Niveles
Control de la coagulación	El médico no necesita controlar su coagulación (no deberá ir al centro de salud ni al hospital a controlarse) El médico sí necesita controlar su coagulación (deberá ir al centro de salud o al hospital 10 a 15 veces al año a controlarse)
Eficacia	Con este fármaco, de cada 1000 pacientes tratados en 1 año, 11 pueden sufrir una embolia Con este fármaco, de cada 1000 pacientes tratados en 1 año, 17 pueden sufrir una embolia
Dosificación	Toma una dosis fija al día (1 comprimido por la mañana y 1 comprimido por la noche) igual todos los días Toma una dosis variable (distinto número de pastillas) que puede ser diferente cada día
Seguridad	El fármaco puede ocasionar 3 Hemorragias Intracraneales (HIC) por cada 1000 pacientes en un año El fármaco puede ocasionar 7 Hemorragias Intracraneales (HIC) por cada 1000 pacientes en un año
Dieta y otros medicamentos	No requiere vigilar su dieta u otros medicamentos que vaya a tomar Requiere vigilar su dieta u otros medicamentos que vaya a tomar

- A partir de combinaciones de los niveles de los distintos atributos se definieron 8 escenarios hipotéticos que se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2. Escenarios definidos mediante el diseño factorial ortogonal

Número escenario	Requieren control	Eficacia (Embolias/Año)	Dosificación	Seguridad	Dieta /medicamentos
1	Sí	17	Dosis fija	3 HIC	Requiere vigilar
2	No	17	Dosis variable	3 HIC	Requiere vigilar
3	No	11	Dosis fija	3 HIC	No requiere
4	No	11	Dosis variable	7 HIC	Requiere vigilar
5	No	17	Dosis fija	7 HIC	No requiere
6	Sí	11	Dosis variable	3 HIC	No requiere
7	Sí	17	Dosis variable	7 HIC	No requiere
8	Sí	11	Dosis fija	7 HIC	Requiere vigilar

- Se incluyeron 295 pacientes, 53% hombres, con edad media de 71,8 años. El tiempo medio desde el diagnóstico fueron 63,3 meses y la media de controles de la coagulación anuales en los pacientes con más de un año de tratamiento fue de 13,0.

- Al analizar las preferencias (p), los atributos más valorados fueron: eficacia (p=30%) y dosificación fija (p=25%).

- Se identificaron 3 segmentos de pacientes diferenciados en función de sus preferencias:

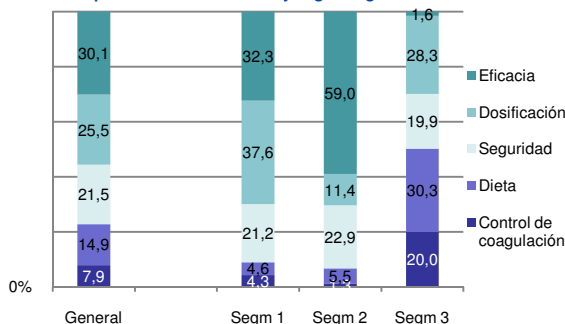
•**Segmento 1 (N=70; 23,7%).** Priorizan dosificación fija (p=38%) y mayor eficacia (p=32,2%). El 60% eran hospitalarios y el 91,4% habían sufrido alguna comorbilidad, tenían una media de edad de 71,9 años y una media de meses desde diagnóstico de 46,8.

•**Segmento 2 (N=89; 30,2%).** Priorizan mayor eficacia (p=59%). El 82% eran hospitalarios y el 92,1% habían sufrido alguna comorbilidad, tenían una media de edad de 73 años y media de meses desde diagnóstico de 82.

•**Segmento 3 (N=136; 46,1%).** Priorizan no requerir vigilar la dieta (p=30%) y dosificación fija (p=28%). El 60% eran hospitalarios y el 81,6% habían sufrido alguna comorbilidad, tenían una media de edad de 71 años y media de meses desde diagnóstico de 59.

Se observaron diferencias significativas entre segmentos en el porcentaje de pacientes hospitalarios, de pacientes con comorbilidades y el número de meses desde diagnóstico. Las preferencias se presentan en la figura 1.

Figura 1. Preferencia por los atributos "Total" y según segmentos



- El 90,1% de los pacientes mostraron DAP por un nuevo AO con dosificación fija, más eficaz, más seguro, sin controles periódicos y sin necesidad de vigilar la dieta u otras medicaciones. De ellos, un 60% pagarían 75 o más euros. Aunque el segmento 3 mostró una DMAP mayor, no se observaron diferencias significativas entre grupos.

CONCLUSIONES

La eficacia es el atributo del tratamiento AO más valorado por los pacientes con FANV, seguido por la dosificación fija y la seguridad del tratamiento. Sólo uno de los segmentos de pacientes presenta una gran preferencia a no necesitar vigilar la dieta u otros medicamentos y a no asistir a controles periódicos de su coagulación.

Nuevas alternativas de AO que se ajusten a las preferencias de los pacientes deberían ser tenidas en cuenta al instaurar o modificar el tratamiento AO en pacientes con FANV.

Referencias:

- Protheroe J, Fahey T, Montgomery AA, Peters TJ. The impact of patients' preferences on the treatment of atrial fibrillation: observational study of patient-based decision analysis. *BMJ* 2000; 320: 1380-4.
- Howitt A, Armstrong D. Implementing evidence based medicine in general practice: audit. And qualitative study of antithrombotic treatment for atrial fibrillation. *BMJ* 1999; 318: 1324-1327.