

CAMBIO POR INEFICACIA DE TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO



Mireia Aguado Furió, Maria del Val Borrás Bermejo, Ana Denia Tomás, Guillermo Notario García, Joaquín Juan Ortega, Juan Moratal Martorell

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente, afectando al 2% de la población¹, con mayor riesgo de ictus. Hasta hace poco el único tratamiento eran los antagonistas de la vitamina k (AVK). Actualmente han surgido nuevos anticoagulantes orales que parecen aportar menos complicaciones².

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 66 años, diabética e hipertensa en tratamiento con metformina 850mg/12h y telmisartán 40mg/día, FA en tratamiento con Sintrom® desde 2007 e ictus de repetición. Acude a consulta por clínica de bronquitis aguda. Exploración física: auscultación cardiopulmonar arrítmica con roncus dispersos en ambos hemitórax. En el momento de la prescripción, la paciente entrega el control de INR, observándose que siempre ha estado fuera de rango (INR 3-5). Ante INR fuera de rango y antecedentes de la paciente, se decide valorar el riesgo embolígeno (Escala CHADS-VASc con 6 puntos) y el hemorrágico (Escala HAS-BLED con 4 puntos). Según el informe del comité de expertos², esta paciente presenta un alto riesgo de hemorragia, además de tener un INR siempre fuera de rango, por lo que, de acuerdo con el cardiólogo, se decide cambio de Sintrom® a nuevo anticoagulante oral (ACO), Dabigatrán 150mg/12h.

Escala CHA ₂ DS ₂ VASc		
Factor de riesgo	Definición	Puntos asignados
C (insuficiencia cardiaca)	ICC y/o FEVI < 40%	1
H (Hipertensión)	PA > 140/90 o tratamiento antihipertensivo	1
A (Age)	Edad ≥ 75 años	2
D (Diabetes)	G > 126 mg/dl o tratamiento antidiabético	1
S (Stroke)	Ictus/AIT o embolismo previo	2
V (enfermedad vascular)	IAM previo, enfermedad arterial periférica	1
A (Age)	Edad ≥ 65 años	1
S (Sexo)	Mujer	1

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La Agencia Española del Medicamento solicita a un comité de expertos un informe sobre criterios, indicación y elección de los nuevos ACO frente a los clásicos. Entre los cuales, se incluyen antecedente de hemorragia intracraneal, pacientes con HAS-BLED >2, hemorragia con AVK, imposibilidad de controles de INR e INR fuera de rango. Entre las funciones del Médico de Atención Primaria (MAP) está el control de los fármacos del paciente. Aunque el control de Sintrom® pertenece a Hematología, la acción del MAP ha evitado complicaciones futuras al realizar un cambio en el tratamiento, ya que los nuevos ACO representan un beneficio en comparación con los AVK reduciendo hemorragias intracraneales³.

RESUMEN DE LAS ÚLTIMAS VISITAS

Fecha	INR	Fármaco oral	Dosis
29/11/2013	3,4	Sintrom 4 mg	12,6mg
25/11/2013	4,8	Sintrom 4 mg	13mg
12/11/2013	5,7	Sintrom 4 mg	14mg
25/10/2013	3,3	Sintrom 4 mg	15mg
15/10/2013	5,3	Sintrom 4 mg	15mg

Score HAS-BLED	
Hipertensión (PAS > 160 mmHg)	1
Anormal función Renal o Hepática	1 (ó 2)
Stroke (antecedentes de ictus, AIT o ES)	1
Bleeding (antecedentes de hemorragia)	1
Labile INR (< 60% en rango terapéutico)	1
Elderly (edad > 65 a)	1
Drugs (fármacos) o Alcohol	1 (ó 2)

BIBLIOGRAFÍA

- ¹Camm AJ, Kirchhof P, et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the management of Atrial Fibrillation of the ESC. Eur Heart J. 2010; 31: 2369-429.
- ²Informe de posicionamiento terapéutico UT/V2/18122012. Agencia Española del Medicamento y productos sanitarios. Ministerio de Sanidad.
- ³Conolly SJ, Ezekowitz MD et al. Dabigatran versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. N Engl J Med. 2011; 365: 981-92.