



Boletín Atención Farmacéutica Comunitaria

Habría que ir al fondo de la cuestión en Atención Farmacéutica

1 y 2

Habría que ir al fondo de la cuestión en Atención Farmacéutica. Dr. Antonio Iñesta García.

En la lista de distribución de atención farmacéutica se ha expuesto un caso que parece interesante comentar. (List-Subscribe: <<http://listas.uninet.edu/mailman/listinfo/af>>). Se trata de (no es textual) «un varón de 68 años que sufrió una isquemia cerebral; anteriormente venía utilizando una ticlopidina de marca como antiagregante, pero en los últimos tres meses el especialista le había cambiado el tratamiento a clopidogrel de marca. Hoy ha llegado el paciente con una receta del médico de cabecera en la que le prescribía ticlopidina, y según comenta el paciente, le ha dicho que es el genérico del clopidogrel de marca. En el informe del especialista no consta modificación del tratamiento, que sigue siendo clopidogrel de marca. Parece que o bien el médico de cabecera ha cambiado el tratamiento indicado por el especialista, o lo más probable, que no se diera cuenta y le prescribiera el tratamiento antiguo». Plantea la forma de comunicarse con el médico para preguntarle la duda.

No se indica qué tipo de isquemia cerebral ha sufrido el enfermo, qué comorbilidades acompañan a la isquemia cerebral, ni qué medicamentos adicionales está tomando el paciente, es decir, claramente existe insuficiencia de datos para poder buscar evidencias con precisión.

A través de otras comunicaciones posteriores a la lista de distribución, se dan más o menos posibles soluciones y en una de las últimas, de forma muy acertada, se indica: «Comunicarse con el médico de cabecera del paciente y exponerle con sinceridad y rigor el problema detectado» e «Interesa saber dos cosas:

- Que el médico es consciente del cambio terapéutico que ha realizado (con las consecuencias que implica para la salud del paciente).

- Que se reafirma en la prescripción, y por tanto, autoriza a que se dispense el nuevo medicamento».

Un ictus o ataque cerebral se produce cuando un coágulo sanguíneo bloquea un vaso o arteria sanguínea o cuando un vaso sanguíneo se rompe, interrumpiendo el flujo sanguíneo a un área del cerebro. Cuando un ictus se produce, mata las células cerebrales en el área inmedata.

La isquemia se produce debido al bloqueo de arterias y corte del flujo sanguíneo, y puede producirse de dos formas: ictus embólico e ictus trombótico. En el ictus embólico, un coágulo formado en alguna parte, usualmente el corazón, viaja por la corriente sanguínea al cerebro. Una vez allí el coágulo al final alcanza un vaso lo suficientemente pequeño para bloquear el paso.

En el ictus trombótico, el coágulo se genera en las grandes arterias, y es producido por una combinación de

aterosclerosis de larga duración, seguida de una rápida formación del coágulo sanguíneo.

El ictus es la causa principal de incapacidad y dependencia del adulto en la sociedad occidental. Como causa principal de déficit neurológico en todo el mundo, el ictus se asocia a enormes costes para la sociedad y para los individuos y familias de los que sufren su impacto. La prevención primaria y también la secundaria son extremadamente importantes para minimizar las complicaciones de esta enfermedad.

Después de accidente vascular cerebral isquémico sin cardiopatía embolígena, el ácido acetilsalicílico es el tratamiento de referencia. Se puede utilizar una posología de 75 mg a 350 mg por día. A esta dosis su efectividad preventiva está demostrada y provoca menos efectos adversos que una posología más elevada (dosis de 75-150 mg/día parecen ser tan efectivos como dosis más altas para tratamientos de larga duración). Cuando el ácido acetilsalicílico está contraindicado o es mal tolerado, se puede aconsejar utilizar clopidogrel, mejor que ticlopidina (que expone a un riesgo de agranulocitosis).

En prevención secundaria, después de accidente vascular cerebral o de infarto de miocardio, los resultados no han mostrado diferencias estadísticamente significativas entre clopidogrel y ácido acetilsalicílico. La diarrea y las erupciones cutáneas han sido más frecuentes con clopidogrel, sin embargo parece que ha habido más hemorragias digestivas (más a menudo menores) y náuseas con ácido acetilsalicílico que con clopidogrel.

El ácido acetilsalicílico tiene la ventaja de una larga experiencia en las condiciones reales de uso, mientras que los riesgos de efectos indeseables graves de clopidogrel han sido imposibles de apreciar sólidamente, exceptuando el ensayo CAPRIE. En 2000 se comunicaron y publicaron una serie de 11 casos de púrpura trombocitopénica trombopénica producidos por clopidogrel, que contrapesaron en efectividad preventiva la ligera superioridad de clopidogrel sobre ácido acetilsalicílico en los casos de arteriopatía de los miembros inferiores. Además, los datos sobre las interacciones medicamentosas de clopidogrel son todavía limitados o imprecisos. Después de accidente vascular cerebral, la recomendación de utilizar ácido acetilsalicílico en primera elección sigue siendo válida. Cuando no puede utilizarse ácido acetilsalicílico, en caso de trastornos gástricos, parece preferible utilizar clopidogrel antes que ticlopidina, que expone a efectos indeseables graves más numerosos.

Dos ensayos clínicos norteamericanos avalaron la indicación de ticlopidina en prevención secundaria después de accidente vascular cerebral, como alternativa al ácido

acetilsalicílico, a pesar del riesgo de agranulocitosis o aplasia medular.

Una revisión sistemática de todos los ensayos de agentes antiplaquetarios por la Antithrombotic Trialists' Collaboration mostró que, en pacientes de alto riesgo, no había virtualmente diferencias entre la combinación dipiridamol-ácido acetilsalicílico y ácido acetilsalicílico solo. Una revisión Cochrane buscó valorar los efectos de dipiridamol con más detalle. Se incluyeron 26 ensayos, con un total de 19.842 pacientes, entre los que ocurrieron durante el seguimiento 1.399 muertes vasculares y 3.085 accidentes vasculares fatales y no fatales. La conclusión de los revisores fue: «Esta revisión encontró que, para los pacientes que presentaron enfermedad vascular arterial, no había evidencia de que dipiridamol, en presencia o ausencia de otro medicamento antiplaquetario (principalmente ácido acetilsalicílico), redujera el riesgo de muerte vascular, aunque puede reducir el riesgo de otros accidentes vasculares. Sin embargo, esta ventaja fue encontrada solamente en un único ensayo grande y sólo en los pacientes que presentaban isquemia cerebral. No había evidencia de que dipiridamol solo fuera más eficaz que ácido acetilsalicílico. Se justifican otros ensayos que comparen los efectos de la combinación dipiridamol-ácido acetilsalicílico, con los del ácido acetilsalicílico solo».

Después de ictus, el riesgo del infarto del miocardio (MI) aumenta en un factor 2-3, en comparación con la línea de base. De hecho, después de los primeros 30 días, es más probable que los supervivientes de ictus mueran por un accidente cardíaco que por uno cerebrovascular. En pacientes con ictus aterotrombótico, la prevención de manifestaciones subsecuentes de la enfermedad subyacente es, por tanto, una meta terapéutica importante. Se ha demostrado que hay distintas opciones para reducir el riesgo de ictus. Controlar agresivamente los factores de riesgo de ictus tales como hipertensión, diabetes y tabaquismo debe proporcionar una ventaja significativa en la reducción de riesgo de ictus; sin embargo, es difícil darse cuenta de la capacidad máxima de estas aproximaciones en la práctica clínica rutinaria. Varios tipos de medicamentos pueden reducir el riesgo de ictus y de otros accidentes vasculares, incluyendo agentes antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina y estatinas. Hay varios agentes antiagregantes aprobados para reducir el riesgo de ictus recurrente, aunque solamente ácido acetilsalicílico y clopidogrel están aprobados para la reducción de ictus y de infarto de miocardio en tales pacientes.

Por tanto, se podría decir que con los datos disponibles, es necesario dirigirse al médico para plantear las dudas que se han citado, pero sería más adecuado que se indicaran las evidencias existentes sobre tratamiento de elección en la prevención secundaria de isquemia cerebral sin cardiopatía embolígena.

Referencias

- De SC, Algra A, Van Gijn J. Dipyridamole for preventing stroke and other vascular events in patients with vascular disease (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1):CD001820.
- Majid A, Delanty N, Kantor J. Antiplatelet agents for secondary prevention of ischemic stroke. *Ann Pharmacother* 2001;35(10):1241-7.
- Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction and stroke in high risk patients. *BMJ* 2002;324(7329):71-86.
- Neill KK, Luer MS. Ischemic stroke prevention: an update on antiplatelet therapy. *Neurol Res* 2002;24(4):381-8.
- Hankey GJ, Sudlow CLM, Dunbabin DW. Thienopyridines or aspirin to prevent stroke and other serious vascular events in patients at high risk of vascular disease? A systematic review of the evidence from randomized trials. *Stroke* 2000;31(7):1779-84.
- Patrono C. Aspirin: new cardiovascular uses for an old drug. *Am J Med* 2001;110:s62-5.
- Patrono C, Collier B, Dalen JE, FitzGerald GA, Fuster V, Gent M, et al. Platelet-active drugs: the relationships among dose, effectiveness and side effects. *Chest* 2001; 119: 39s-63s.

Cursos

Atención farmacéutica en farmacia comunitaria. Tendrá lugar en Madrid en la Escuela Nacional de Sanidad en dos ediciones: del 6 al 9 de mayo, y del 20 al 23 de octubre, con 30 horas lectivas (3 créditos). Informa: Escuela Nacional de Sanidad. Tel.: 913 87 78 01 y 65. Fax: 913 87 78 64. Correo electrónico: secretaria.cursos@isciii.es <http://www.isciii.es/ens-atenfar/apartado cursos>.

Gestión del conocimiento y tecnologías aplicadas en ciencias de la salud. Tendrá lugar en Madrid en dos ediciones: del 2 al 4 de abril, y del 3 al 5 de noviembre, con 20 horas lectivas. Informa: Escuela Nacional de Sanidad. Tel.: 913 87 78 01 y 65. Fax: 913 87 78 64. Correo electrónico: secretaria.cursos@isciii.es <http://www.isciii.es/ens-atenfar/apartado cursos>.

BOLETÍN ATENCIÓN FARMACÉUTICA COMUNITARIA es una publicación derivada de una línea de investigación dirigida por el Dr. Antonio Ingesta, de la ENS - ISCIII, destinada a los farmacéuticos que han seguido cursos de formación continuada en Atención Farmacéutica, para apoyar sus actividades y ponerles al día sobre aspectos útiles en su actividad. Este Boletín es una copia adaptada del que se publica en el web <http://www.isciii.es/ens-atenfar/>

Director: Dr. Antonio Iñesta. Escuela Nacional de Sanidad. Sinesio Delgado, 8. 28029 Madrid. Correo electrónico: aines-ta@isciii.es

Consejo de redacción: Prof. M.^a José Faus, Universidad de Granada, España; Prof. Q.F. Catalina Domecq, Santiago, Chile; Prof. Fela Viso, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México; Q.F. María Isabel Suiffet, Montevideo, Uruguay; Q.F. Denise Funchal, Sao Paulo, Brasil; Dr. José Carlos Montilla, Vocal del COF de Madrid; Dña. Ana Domínguez, Escuela Nacional de Sanidad; Dra. M.^a Ángeles de Marino, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León; Dra. Ana Plaza, Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Farmacéuticos comunitarios: Flor Álvarez de Toledo, Oviedo; José I. Centenera, Guadalajara; Carmen Granados, Jaén; Ana Isabel López-Casero, Campo de Criptana (Ciudad Real); Dr. Julio Andrés, Valdepeñas (Ciudad Real); Fernando Peña, Sevilla; Nuria Rodrigo, Guadalajara; Concha Vicedo, Cullera (Valencia).

Consultas e información: Dr. Julio Andrés. Correo electrónico: julioandres@redfarma.org