

## La anticoagulación oral para primaria

Emilio Ildefonso García Criado

Médico de Familia. Centro de Salud El Carpio ZBS Bujalance (Córdoba). Vocal Nacional de Investigación de SEMERGEN.

“Doctor, me han dado el alta después de la trombosis de la arteria de la retina y el oftalmólogo me ha puesto estas pastillas *para que no se me coagule otra vez la sangre*. Después me ha visto el reumatólogo por otra dolencia y me ha dicho que tome aspirina para reforzar las pastillas de la coagulación que no me hacen bastante efecto. Desde entonces sangro por la nariz y tengo miedo a tener una hemorragia ¿Dónde tengo que ir para que me controlen la coagulación y no me desangre: a hematología, a oftalmología o a reumatología?”.

Con esta duda tan razonable atendí en mi consulta, hace poco tiempo, a un paciente que venía trasladado de otro cupo y surgió en mí la pregunta del millón: ¿cómo se puede tener tan desinformado a un paciente con una patología tan importante como para precisar tratamiento con anticoagulantes orales (ACO)?

Desde que en 1856 Virchow enunciara la génesis de la trombosis, hasta que en los últimos 50 años se iniciara el tratamiento con ACO, el pronóstico de los pacientes con enfermedades tromboembólicas, implantación de prótesis en el sistema circulatorio o prevención de embolismos sistémicos (por fibrilación auricular, etc.), ha mejorado notablemente. Hoy día nadie duda de la necesidad y utilidad de esta terapia, no exenta de riesgo y complicaciones hemorrágicas a pesar de su buen control analítico. Pero si esto es así, también lo es el hecho de que las unidades de anticoagulación de los hospitales han sido tradicionalmente las encargadas del control de los pacientes sometidos a ACO, lo que ha supuesto para estos pacientes un ir y venir de las zonas rurales a las grandes urbes para su seguimiento analítico. Pacientes que, por otro lado, son cada vez de mayor edad, polimedicanados y con dificultades para desplazarse a dichos hospitales.

Surge, pues, la necesidad de acercar la medicina al usuario y, como no iba a ser menos, la atención primaria recoge el testigo del seguimiento de la mayoría de estos pacientes para completar algunas de sus funciones primordiales como son: la atención integral, la educación sanitaria, la accesibilidad a los servicios y ser los garantes de la eficiencia de éstos.

El incremento poblacional que en los últimos años precisa de tratamiento con ACO, junto con la estandarización de la medida del tiempo de protrombina, expresado como cociente normalizado internacional (INR) y los menores rangos terapéuticos que hoy día se recomiendan en este tipo de pacientes, hace que el centro de salud sea un lugar idóneo para dicha labor, mejorando ostensiblemente la relación riesgo/beneficio y la seguridad en el buen control del tratamiento.

SEMERGEN: 2001; 27: 283.

Pero no debemos perder de vista el prisma objetivo y claro de la mejora en la calidad asistencial, y si “*reivindicamos como nuestra una labor como la ACO*” también debemos acompañarla de una serie de requisitos, a todas luces indispensables para obtener los mejores resultados. Para ello debemos potenciar una serie de condiciones estructurales (laboratorio y/o extracciones de muestras adecuados), organizativas (consultas bien organizadas, buenos circuitos de transporte de muestras y comunicación de resultados rápidos) y de formación (interpretación correcta de resultados y manejo de dosis de ACO).

Somos conscientes de que el seguimiento de los ACO precisa de un cuidadoso control de dosificación y vigilancia clínica y analítica. Pero esta situación no es nueva, ya que la atención primaria lleva años valorando y controlando patologías de diversas especialidades que se refunden en el crisol del difícil “*ars curandis*”, y se engloban en el entorno biopsicosocial que el quehacer diario del médico de familia lleva implícito.

Asumimos y aceptamos como propia una actividad cotidiana que para un tipo específico de pacientes supone mejorar su calidad de vida y no perder el punto de referencia básico en toda atención médica, su centro de salud y su médico de familia. Para ello es fundamental e imprescindible la coordinación entre los diversos equipos de atención primaria y los laboratorios de hematología de referencia, haciendo fluido este circuito de información y asistencia.

Incluso cuando los médicos de familia no seamos los responsables finales del control de los ACO, debemos enfrentarnos al manejo de estos fármacos y asumir como nuestra la labor informativa respecto a la utilización de otros medicamentos que puedan interaccionar con ellos.

Tenemos la obligación profesional y moral de informar a nuestros pacientes y resolver dudas como la suscitada al inicio del editorial. Con ello no hacemos otra cosa que continuar proporcionando ese servicio longitudinal e integral de la asistencia primaria en otro campo más de los muchos que debemos y tenemos que reivindicar como nuestro, “*el control de la anticoagulación oral*”.

### BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Alonso Roca R, Puche López N, Barroso Muñoz C. Interacciones farmacológicas de los anticoagulantes orales. FMC 1999; 5: 333-342.  
Ansell JE. Oral anticoagulant therapy-50 year later. Arch Intern Med 1993; 153: 586-596.  
García Avello A. Indicación, manejo y limitaciones de los anticoagulantes orales. Rev Clin Esp 1994; 194: 434-441.  
García Fernández JR, Toledo Ugarte T. Fármacos fibrinolíticos. Medicina 1996; 33: 1448-1457.  
Puche López N, Alonso Roca R, Gordillo López F. El tratamiento anticoagulante oral y su manejo en atención primaria. FMC 1996; 10: 691-697.