



MARÍA GÁMEZ LECHUGA

Servicio de Farmacia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona).

ASOCIACIÓN DE ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS: RIESGO DE HEMORRAGIA

El riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular en pacientes con fibrilación auricular es alto. La fibrilación auricular (FA) se produce porque hay una contracción descoordinada de las fibras del músculo auricular con posibilidad de producir un embolismo sistémico (ictus) o alteraciones hemodinámicas (miocardiopatía dilatada o hipertrófica, infarto agudo de miocardio...). Es la taquiarritmia sostenida más frecuente y para poder plantear cuál es el tratamiento a seguir (cardioversión o control de la frecuencia ventricular media) es importante clasificarla. La cardioversión puede ser eléctrica o farmacológica, pero en ambos casos se debe instaurar un tratamiento anticoagulante oral durante 3-4 semanas.

ASOCIACIÓN DE ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS Y RIESGO DE HEMORRAGIA

Antiagregantes cumarínicos orales	<ul style="list-style-type: none"> • Acenocumarol • Warfarina
Antiagregantes plaquetarios orales	<ul style="list-style-type: none"> • Ácido acetilsalicílico • Clopidogrel • Ticlopidina
Cardioversión de la fibrilación auricular	<ul style="list-style-type: none"> • Farmacológica: anticoagulantes cumarínicos o antiagregantes plaquetarios • Eléctrica
Beneficio-riesgo asociación de acetilsalicílico a dosis bajas con clopidogrel	<ul style="list-style-type: none"> • Descenso del riesgo de ictus • Incremento del riesgo de sufrir hemorragias
Relación dosis-respuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Variabilidad interindividual
Efecto adverso frecuente	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia en el tracto gastrointestinal

Los fármacos más utilizados son los antagonistas de la vitamina K o anticoagulantes cumarínicos como son acenocumarol y warfarina. La relación dosis-respuesta es variable entre individuos, por ello su dosificación es individual.

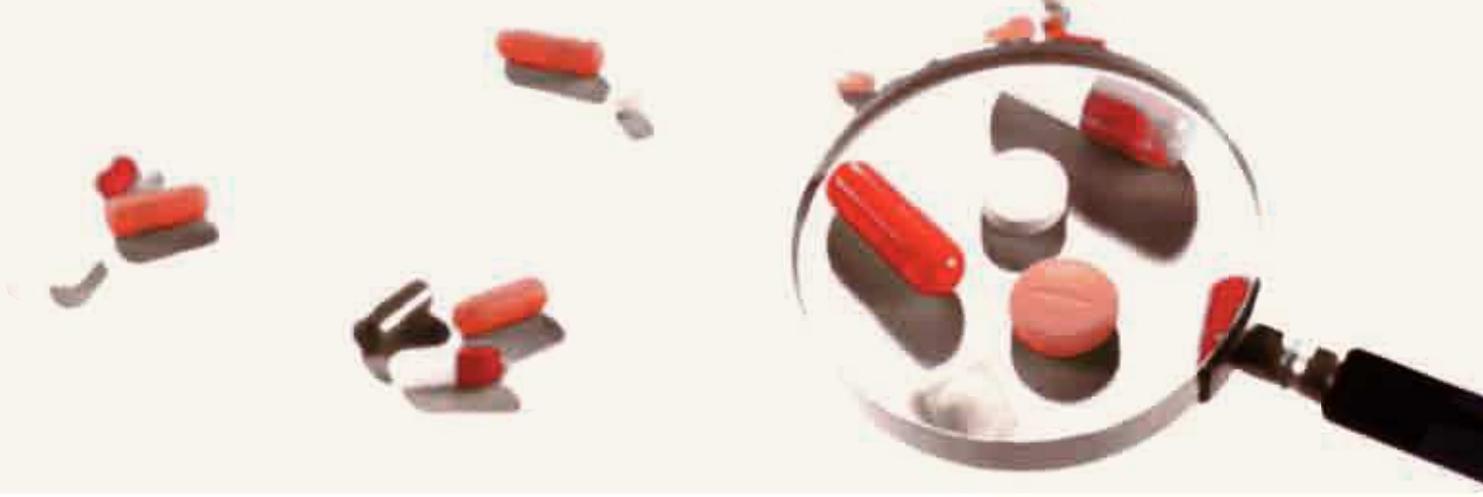
Hay pacientes con FA que no pueden ser tratados con estos anticoagulantes orales y es necesario utilizar fármacos antiagregantes plaquetarios orales (ácido acetilsalicílico, clopidogrel y ticlopidina). En muchos casos el tratamiento de elección es el ácido acetilsalicílico a dosis bajas. En ocasiones se asocian dos antiagregantes plaquetarios como son ácido acetilsalicílico a dosis bajas y clopidogrel.

Recientemente se ha publicado el resultado de un estudio en el que se realiza el seguimiento de pacientes en tratamiento con acetilsalicílico a dosis bajas asociado o no con clopidogrel. Este estudio concluye que se producen más hemorragias mayores en el grupo en tratamiento con los dos antiagregantes plaquetarios. Las hemorragias más frecuentes son las producidas en el tracto gastrointestinal.

Los pacientes con FA que no pueden ser tratados con anticoagulantes cumarínicos y que son tratados con dos antiagregantes antiplaquetarios reducen el riesgo de ictus pero hay un aumento del riesgo de sufrir hemorragias mayores. Si durante el tratamiento aparecen síntomas clínicos que sugieran hemorragia debe acudir a su médico y será él quién valore realizar las pruebas necesarias.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

CGCOF. Catálogo de Especialidades Farmacéuticas. Barcelona: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2008.
 Micromedex inc. Englewood: Micromedex Healthcare Series. 2008.
 New England Journal of Medicine. 2009;marzo.
www.sefh.es/sefhboletin/vernociaboletin



EFALIZUMAB:

BALANCE BENEFICIO/RIESGO DESFAVORABLE

Efalizumab es un anticuerpo monoclonal autorizado para el tratamiento de la psoriasis en placas, crónica, moderada o grave en pacientes adultos en los que ha fracasado la respuesta o son intolerantes a otros tratamientos como ciclosporina, metotrexato y PUVA.

En una nota de 19 de febrero la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) comunicaba a los profesionales sanitarios la suspensión de comercialización de efalizumab, señalando que se habían notificado tres casos confirmados (dos de ellos mortales) y uno probable de leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) en pacientes que utilizaban efalizumab.

EFALIZUMAB: RETIRADO POR
BALANCE BENEFICIO/RIESGO NEGATIVO

Indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de psoriasis en pacientes adultos refractarios a ciclosporina, metotrexato y PUVA
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Guillain-Barré • Síndrome de Miller-Fisher • Encefalitis • Encefalopatía • Meningitis • Sepsis • Infecciones oportunistas en pacientes inmunodeprimidos
Motivo de la retirada de efalizumab	<ul style="list-style-type: none"> • Desfavorable beneficio-riesgo • Notificación de 3 casos mortales y 1 caso de LMP • Existencia de alternativas terapéuticas
Recomendaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Si está en tratamiento acuda a su médico • Suspender el tratamiento • Valorar otros tratamientos farmacológicos • Monitorizar síntomas neurológicos e infecciones

La LMP es una enfermedad progresiva del sistema nervioso central causada por la activación del virus John Cunningham (JC) en pacientes inmunodeprimidos, que provoca una discapacidad grave e incluso la muerte.

Basándose en la información actual, así como en un desfavorable balance beneficio-riesgo se ha decidido retirar efalizumab. La psoriasis es una enfermedad crónica no mortal pero incómoda por los problemas estéticos.

El beneficio que puede producir efalizumab en pacientes con psoriasis es moderado y actualmente se dispone de alternativas terapéuticas. Al fármaco se le atribuyen efectos adversos como síndrome de Guillain-Barré, síndrome de Miller-Fisher, encefalitis, encefalopatía, meningitis, sepsis e infecciones oportunistas en pacientes inmunodeprimidos.

El desenlace de LMP es mortal, por tanto, no es justificable seguir el tratamiento. Además, no hay evidencia clínica de que en pacientes refractarios a tratamientos con inhibidores del factor alfa de necrosis tumoral sea eficaz efalizumab.

La AEMPS recomienda a los profesionales sanitarios:

- No iniciar nuevos tratamientos farmacológicos con efalizumab.
- Revisar los tratamientos activos, suspenderlos y valorar otra alternativa terapéutica.
- Monitorizar al paciente después de suspender el tratamiento con efalizumab. Se debe monitorizar la aparición de síntomas neurológicos e infecciones. Se aconseja hacer un seguimiento máximo de 12 semanas.
- Los pacientes en tratamiento deben consultar con su médico.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Catálogo de Especialidades Farmacéuticas. Barcelona: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2008.
Comunicado de la Agencia Española del Medicamento. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: febrero 2009.