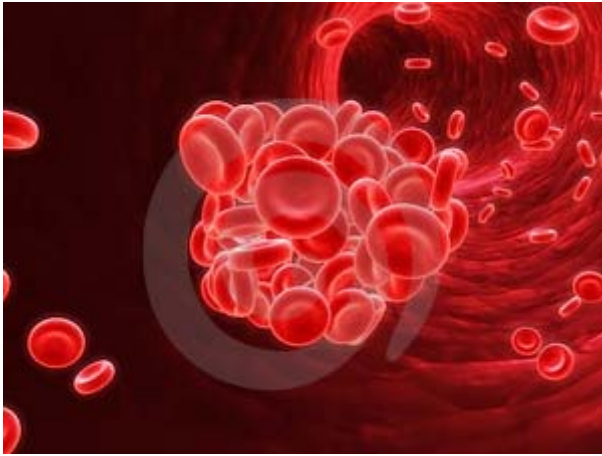


## ¿Logrará el Dabigatran desplazar a los Antivitamínicos K en la anticoagulación oral?



La anticoagulación, sea oral o por vía parenteral, es uno de los temas que más nos preocupan a médicos y pacientes. Cada año el tromboembolismo venoso afecta a 2-3 personas de cada 1000 y da lugar a serias secuelas o incluso mortalidad, si no se actúa rápido y bien.

Si no estáis "*sinromizados*" o "*aldocumarizados*" conocéis a alguien que sí lo está. El Sintrom es **Acenocumarol** y el Aldocumar es Warfarina, anticoagulante orales que ejercen su acción inhibiendo una serie de factores en la sangre encargados de llevar adelante el proceso de coagulación. Esos factores dependen de la **vitamina K**, que facilita su fabricación por parte del hígado. Tardan en hacer efecto y cuando se deja de tomar, precisan 72-96 horas para desaparecer por completo su actividad, siendo su antídoto la misma vitamina K.

Los anticoagulantes orales tienen una serie de inconvenientes e incomodidades que hacen pesado el tratamiento: **controles continuos** (¿a alguien le suena el Coagucheck y el **INR**?; El tomar cada pastilla a su hora a rajatabla?) para comprobar que la dosis que se está tomando es la justa para evitar trombos y tromboembolismos y no sufrir hemorragias que son complicadas de manejar y frenar; **numerosas interacciones** con fármacos y alimentos que hace complicado ajustar la dosis de cada paciente; menos dos tercios de los pacientes consiguen tener un buen control de su nivel de coagulabilidad de la sangre y muchos se desesperan y no llevan bien el tratamiento.

En Agosto de 2009 **apareció en NEJM un artículo** en el que se hablaba del Dabigatrán comparándolo con la Warfarina. El Dabigatrán, a diferencia de la Warfarina, actúa inhibiendo la **trombina**, una enzima encargada de dar estabilidad al coágulo formado en la sangre. Si esa enzima falla, toda la estructura se vuelve completamente inestable y se

desmorona. Anteriormente, en 2008, se empezó a hablar del **Rivaroxaban**, inhibidor de un factor de la coagulación llamado **factor X**, la cual facilita la formación del coágulo. Curiosamente se habla más del Dabigatran que del Rivaroxaban, Cuestión de mercadotecnia?

Se está promocionando mucho el Dabigatrán y toda la publicidad va encaminada a que el paciente le pregunte al médico " *cuándo le va a dar ese tratamiento nuevo que dicen que es mejor que el Sintrom*". Parece que tiene como ventajas que no necesita monitorización, de modo que se acabaron las visitas continuas al hospital o Centro de Salud para ver cómo anda el INR y ajustar el tratamiento, que reduce el riesgo de isquemia y de sangrado y es más fácil de dosificar; sin embargo, hay poca experiencia de uso y no se sabe si pasará lo mismo que con el **Ximelagatran** que fue retirado por su hepatotoxicidad, no tiene antídoto por el momento y el precio de la caja de 60 cápsulas es de unos 158 euros.

¿Mi postura frente a este nuevo anticoagulante oral?: Prudencia. Aún no se han realizado suficientes estudios y éstos han sido limitados.

*Por último citar un artículo publicado en Medicina clínica (M.BoschFerrer,P.Laluzza Broto/Med Clin(Barc).2010;134(6):279-281), en la sección de preguntas y respuestas en farmacología, en el que se nos advierte de lo siguiente: "Los pacientes incluidos en los ensayos son poco representativos de la práctica clínica, ya que se incluyó a pocos pacientes mayores de 75 años o con insuficiencia renal, lo que hace difícil la extrapolación de los resultados a las condiciones reales."* Si en unos años los dos anticoagulantes de los que he hablado demuestran ser eficaces y tener menos efectos secundarios o ser éstos más llevaderos, habremos dado un importante paso en el control de la coagulación de pacientes con riesgo tromboembólico.

*PD: El Dabigatran está aprobado y el Rivaroxaban no, pero aún así sigue persistiendo mi duda, ¿por qué se habla más de uno que de otro*