

PROYECTO DE ORGANIZACIÓN DEL CONTROL DE TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN ESPAÑA

IMPORTANCIA CUANTITATIVA DEL PROBLEMA

Las indicaciones del tratamiento anticoagulante oral (TAO) se están ampliando en los últimos años. La homologación de los resultados de laboratorio, con la introducción la razón normalizada internacional (INR), a nivel mundial ha permitido realizar amplios estudios clínicos en los que se ha puesto de manifiesto la utilidad del TAO en el tratamiento de diferentes patologías. Estos estudios han demostrado también que su eficacia se mantiene a niveles de anticoagulación más moderados que los empleados anteriormente, con una clara reducción del riesgo hemorrágico. Ello ha conducido a una más amplia utilización y a que deje de considerarse la edad avanzada como contraindicación para su prescripción, en un momento en que es notorio el envejecimiento de la población.

En los países industrializados, la población en TAO alcanza cifras superiores al 5 por cada mil habitantes, lo que correspondería a unos 1.000 pacientes por cada 200.000 habitantes, que es el área de atención de un hospital medio o a unos 150.000 a 200.000 pacientes tratados por toda España.

CARACTERÍSTICAS ESPECIALES DE CONTROL

El tratamiento anticoagulante oral presenta unas características especiales que hacen necesario un cuidadoso control de su dosificación y una continua vigilancia clínica. Estas características se pueden resumir como:

- * Dosis diaria muy variable a nivel individual
- * Escasa separación entre dosis insuficiente y excesiva
- * Interferencias por otros fármacos
- * Interferencias por cambios en la dieta
- * Complicaciones hemorrágicas a pesar de un buen control

Si el control de la terapéutica es el adecuado, ésta puede evitar unas 30.000 recidivas anuales de trombosis venosa o tromboembolismo pulmonar y unos 8.000 embolismos cerebrales al año. Junto a la repercusión humana de estos procesos, el costo económico que supondría su atención clínica hospitalaria justifica ampliamente el gasto sanitario que dicho control origina.

Por el contrario, un control inadecuado no sólo es ineficaz en la prevención de la patología trombótica, sino que genera complicaciones hemorrágicas graves o mortales que ponen en duda su utilidad clínica.

JUSTIFICACION DEL CONTROL POR PARTE DEL HEMATOLOGO

Dentro del control del tratamiento anticoagulante oral hay que distinguir dos aspectos: el control analítico y el control clínico. El primero consiste en la realización del "tiempo de protrombina" mediante una tromboplastina de alta sensibilidad y expresando los resultados INR. Esta labor suele realizarse por técnicos de laboratorio o diplomados en enfermería, y para su supervisión están capacitados, por su formación en el sistema MIR, tanto los hematólogos como los especialistas en análisis clínicos.

El control clínico, en la fase inicial del tratamiento deberá confirmar la indicación, establecer su duración y el nivel terapéutico. Posteriores controles no se limitan a ajustar la dosis en función de la INR, sino que se deberá responder a las consultas del paciente relacionadas con la compatibilidad de otros fármacos o las precauciones a tomar antes de extracciones dentales o intervenciones quirúrgicas, así como adecuar el tratamiento a las complicaciones hemorrágicas o trombóticas que puedan aparecer. El perfil del especialista encargado de este control clínico ha de ser el siguiente: ha de ser médico por imperativo legal y con suficiente formación clínica. Ha de tener un conocimiento profundo de la hemostasia y experiencia en el tratamiento de las complicaciones hemorrágicas.

El hematólogo es considerado el especialista más adecuado para realizar este control. Su formación clínica se basa en una rotación por el área de medicina interna y de medicina intensiva durante un período mínimo de un año, con guardias en el área de urgencia durante dos años y en el área clínica hematológica dos años más. El contenido de su programa MIR contempla un conocimiento profundo de la hemostasia y del tratamiento de las hemorragias, siendo la única especialidad que incluye el control de los tratamientos anticoagulantes en su programa de formación. Por estos motivos el hematólogos ha sido, tradicionalmente, el encargado del control del tratamiento anticoagulante oral en nuestro país.

Esta situación, no obstante, ha comenzado a cambiar en algunos puntos del estado como consecuencia del aumento del número de pacientes sometidos a este tratamiento por las causas antes señaladas. Las consecuencias de este incremento han sido la masificación de la asistencia hospitalaria y, como respuesta a ella en algunos puntos del estado, la desviación del control hacia otros especialistas del área de asistencia primaria, especialmente analistas y médicos de cabecera.

Como se ha dicho antes, el médico analista está capacitado, por su formación, para la realización del control analítico del TAO, pero carece, en general, de una formación clínica que le permita la adecuada valoración de indicaciones, contraindicaciones, interferencias de otros fármacos, y decidir la intensidad y duración del tratamiento.

Tanto el médico general como los diversos especialistas responsables de las patologías tributarias de anticoagulación, poseen una correcta formación clínica pero no un conocimiento adecuado del manejo de la anticoagulación y sus complicaciones. Otro punto de gran importancia es que la dispersión de los pacientes entre los diversos médicos generales y especialistas dará lugar a una pérdida de la uniformidad de los criterios de aplicación de la terapéutica, la imposibilidad de obtener estadísticas clínicas sobre su eficacia (por ejemplo, incidencia de embolismo en portadores de un determinado modelo de prótesis valvular mecánica) y de aplicar alguno de los métodos de control de calidad clínica del tratamiento que valoran el porcentaje de tiempo que el paciente se halla dentro del margen terapéutico.

ORGANIZACION DEL CONTROL DE TAO

Para corregir estos problemas y evitar su aparición en otros puntos del país es preciso afrontar la organización y optimización de este control, para lo que es imprescindible la participación de las autoridades sanitarias.

Las posibles actuaciones se pueden dividir en tres categorías: las orientadas a aproximar la asistencia al usuario, las destinadas a disminuir la actual masificación, y las que contribuirían a mejorar la calidad de la asistencia médica.

Dentro de las primeras creemos necesario establecer un mapa asistencial del tratamiento anticoagulante en cada comunidad autónoma en la que se incluyan todos los centros hospitalarios, desde el nivel tres hasta hospitales comarcales, dotando de médico hematólogo, proporcionalmente con la demanda asistencial existente, a aquellos centros que todavía no disponen de él. Esta necesidad, recordemos, es complementaria con la de disponer de un médico hematólogo responsable de todo bando o depósito de sangre, como indica la actual legislación. La ampliación de la red asistencial a los hospitales comarcales está orientada a evitar los desplazamientos de los pacientes de estas comarcas a otros centros, generalmente ubicados en grandes poblaciones.

Por otra parte, es necesaria una adecuación de las plantillas de aquellos servicios de hematología que rechazan la realización del control del TAO por falta de posibilidades asistenciales, y dar un soporte económico específico para esta actividad y proporcional a su carga numérica, de modo que su aceptación por el servicio de hematología no represente un deterioro de su capacidad presupuestaria para la asistencia en otras áreas de la especialidad. Con ello queremos decir que exista un presupuesto individualizado para este capítulo, no quedando englobado en el presupuesto general del servicio de hematología.

Otro aspecto preocupante de la actual situación, es la creciente masificación de la asistencia a nivel de los grandes núcleos urbanos, en los hospitales grandes y medianos, los cuales habitualmente no disponen de la infraestructura necesaria para atender cien o más pacientes cada día. La solución más razonable sería el desplazamiento del médico hematólogo desde los hospitales a los Centros de Asistencia Primaria (CAP), que son para el paciente el punto más cercano a su domicilio, de una forma similar a lo que ya se realiza en otras especialidades en todo el país. El hematólogo actuaría como especialista en el control de la terapéutica anticoagulante, pero la infraestructura de salas de espera, áreas de extracción y, en ocasiones de los laboratorios existentes, podría aprovecharse en su totalidad. Esta aproximación del servicio al paciente, en un medio ya preparado para la asistencia ambulatoria, junto con la posibilidad de informatización de los procedimientos, creemos que posibilitaría la solución de una situación que progresivamente se hace más insostenible, especialmente para el paciente.

En relación con la mejora intrínseca de la calidad de asistencia médica, creemos que ha de pasar por un proceso de protocolización, estableciéndose criterios unificados sobre indicaciones del tratamiento, niveles de anticoagulación, metodología analítica y expresión de los resultados, selección y asociación de fármacos, y pautas de actuación en situaciones especiales, como complicaciones hemorrágicas o

tromboembólicas, sobredosificación, extracciones dentales, intervenciones quirúrgicas y embarazo, entre otras.

Las guías de actuación médica, así como un conjunto de consejos a los usuarios, quedarían reflejadas en documentos unificados para todo el estado o propios de cada comunidad autónoma.

PROPUESTA A LAS ADMINISTRACIONES SANITARIAS

Los objetivos expuestos hasta ahora requieren el reconocimiento por parte de las autoridades sanitarias de la magnitud del problema y de la posibilidad de una solución, económicamente asumible, que preserve la calidad asistencial, que se basaría en estos puntos fundamentales:

1. Creación de planes asistenciales, por parte de las autoridades sanitarias de las diversas áreas del estado y con el asesoramiento de especialistas en el tema, para el control del tratamiento anticoagulante oral dentro de la red pública, que establezcan un conjunto de normas a cumplir, entre ellas la responsabilidad del tratamiento anticoagulante oral por parte del médico hematólogo.
2. Compromiso de desarrollo de una red de centros para el control del tratamiento anticoagulante oral, dotando de hematólogo a los hospitales comarcales que todavía no dispongan de éste. Adecuación de plantillas cuando ello sea necesario y, sobre todo, individualización presupuestaria de esta actividad, proporcional a la carga de trabajo, de modo que el servicio de hematología la perciba como un medio para mejorar su rentabilidad y no como una sobrecarga que le impide desarrollar otros aspectos de la especialidad.
3. Aproximación de la asistencia al usuario y eliminación de los actuales problemas de masificación, especialmente en las grandes poblaciones pero no exclusivamente en ellas, trasladando el control del tratamiento anticoagulante oral de los hospitales que no dispongan de la adecuada infraestructura, a los CAP, a donde el hematólogo del hospital se trasladaría para realizar dicho control. En cualquier caso la aplicación de este punto estará supeditada a las particulares circunstancias de cada centro, ubicación del CAP más cercano y distribución de la población del área.
4. Establecimiento de unos protocolos clínicos, a nivel estatal o comunitario, para el manejo de la anticoagulación, de sus indicaciones, niveles terapéuticos y complicaciones, y que incluirían un manual de recomendaciones para el usuario. El objetivo de este proceso de protocolización es garantizar una misma calidad asistencial para toda la población.
5. Esta calidad asistencial podría quedar reconocida por medio de una certificación de acreditación de carácter voluntario, expedida por la AEHH de forma similar a la que realiza para los Bancos de Sangre, que avalaría el cumplimiento de las normas establecidas.

Autores:

Rafael Alonso
Fernando Martínez Brotons
Gemma Iruin