# ¿DE QUÉ HABLAMOS?

Dra. Orlandina Prinzo

Dra. Rosalía Otero

# Importancia del seguimiento del paciente anticoagulado, entre otras razones están:

- El estrecho margen terapéutico del fármaco.
- Sus frecuentes interacciones (medicamentos, alimentos, hierbas con fines medicinales)
- El aumento del porcentaje de pacientes anticoagulados relacionados con el aumento de la edad.
- El alto porcentaje de complicaciones (25 %).

# DIRECTIVAS

- SEGUIMIENTO ESTRECHO E INDIVIDUALIZADO (CLÍNICO, PARACLÍ-
- NICO Y FARMACOLÓGICO).
- EDUCACION A:
- PACIENTES
- FAMILIARES
- CUIDADORES
- USO DE ELEMENTO DE IDENTIFICACION PERMANENTE DE QUE ES UN
- PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES.
- PREVENCION DE ACCIDENTES (cualquier clase de traumatismo, caídas).
- CORRECCIÓN DE LAS BARRERAS ARQUITECTONICAS.

# Inicio del tratamiento

- Generalmente se inicia en el hospital, en casos no urgentes se puede iniciar en atención primaria, comenzando con 1-2 mg (acenocumarol) o 2,5-5 mg (warfarina) una vez al día
- Durante la 1ª semana del alta control para valorar alteración del INR por cambios de la dieta, etc.
- Durante 1-2 semanas se realizaran controles 2-3 veces por semana, hasta conseguir un INR terapéutico

# Antes de iniciar el tratamiento recordar

- Desarrollan su acción máxima en 2-3 días
- Al suspender estos fármacos su efecto se mantiene 2 días (acenocumarol) y 2-5 días (warfarina)
- Contraindicados en: hemorragia activa, diátesis hemorrágica, hemorragia intracraneal, aneurisma disecante, aneurisma intracraneal, hipertensión arterial severa no controlada, alergia al medicamento

# Seguimiento ambulatorio

- El centro hospitalario valorará que pacientes serán transferidos al control ambulatorio de acuerdo a la duración del tratamiento, el riesgo de complicaciones trombóticas ó hemorrágicas y el riesgo tromboembólico de la patología
- Es fundamental crear una estructura de conexión entre el centro hospitalario y su área de influencia de AP

# Seguimiento

- Alcanzada la dosis terapéutica se harán controles de INR cada 4-6 semanas

Realizar cuidadoso control de dosificación dado que:

- Dosis diaria muy variable a nivel individual
- Interferencia con otros fármacos
- Interferencia con la alimentación
- Posibilidad de complicaciones hemorrágicas ó trombóticas a pesar de un control correcto

# Seguimiento ambulatorio

- Los pacientes con tratamiento anticoagulante oral pueden ser controlados en las consultas de atención primaria
- Con claras ventajas como son: mayor accesibilidad, educación sanitaria y atención integral.
- Es fundamental la coordinación entre el equipo de atención primaria y el laboratorio de hematología de referencia.
- Con un coagulómetro digital ó tomar la muestra y trasladarla al centro hospitalario.
- En algunos países se realiza autocontrol por el paciente o por familiar

# Ajuste de dosis

- Los ajustes de dosis deben basarse en la dosis total semanal, realizando un control después de 2-3 días (normalmente a los 7-10 días), dicho control se realizará antes de la toma de la dosis de ese día, para poder modificarla ya, si fuera necesario.
- En la práctica los ajustes deben ser realizados con mucha prudencia, modificando la dosis solo algún día de la semana.
- Cuando se introduzca un nuevo fármaco adelantar el control o introducirlo 4-7 días antes del próximo control.

# Ajuste de dosis

| INR | Conducta | Control |
|---|---|---|
| 1,1-1,4 | ↑ DTS 10-20 % | 1 semana |
| 1,5-1,9 | ↑ DTS 5-10 % | 2 semanas |
| 3,1-3,9 | ↓ DTS 5-10 % | 2 semanas |
| 4-6/8 | no tomar 1 día ↓ DTS 10-20 % | 1 semana |
| 6/8-10 | vitamina K oral 1-3 mg, si en 24 hs INR >6 se puede repetir | |
| | Plasma fresco ( dado el inicio de vitamina K de 12 horas). | |
| >10 | remitir a hospital | |

# Actuación en hemorragias

En general no requieren adelantar control y suspender una dosis:

- Hemorragia conjuntival, epixtasis leve, gingivorragia nocturna, metrorragia, sangre roja, en heces, equímosis aisladas, esputos sanguinolentos.

Control en emergencia o suspender una dosis:

- Epixtasis recidivante, gingivorragia recidivante, equimosis grandes espontáneas, esputos hemoptoicos, hematuria.

Derivación a emergencia hospitalaria:

- Cefalea aguda intensa, pérdida brusca de visión, síncope, alteraciones en el habla, parálisis de miembros
- Dolor brusco o edema de extremidades, disnea brusca, dolor torácico, hemorragias incoercible.