

ACTUACIÓN ENFERMERA EN EL SEGUIMIENTO PROTOCOLIZADO DE PACIENTES CON ANTICOAGULANTES ORALES

(1) Alberto Ramírez Sánchez, (2) Cecilia Espinosa Calderón, (3) Antonio Francisco Herrera Montenegro, (4) Margarita Sánchez Pavón, (5) Estefanía Espinosa Calderón
(1) Enfermero Interno Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro Salud Delicias. Málaga
(2) Enfermera. Clínica Diálisis Fresenius Medical Care. Málaga.
(3) Enfermero. Hospital Regional de Málaga.
(4) Enfermera. Centro Salud Delicias. Málaga.
(5) Traductora e intérprete. Documentalista y correctora.

RESUMEN

En España existen cerca de 1 millón de pacientes que toman tratamiento anticoagulante oral (TAO) de forma crónica. Este tratamiento se caracteriza por precisar una dosis diaria ajustada con un estrecho margen terapéutico, y una variabilidad notable de acción en relación a factores individuales, dieta e interacciones con otros fármacos. En un principio el seguimiento de estos pacientes se hacía desde su hospital de referencia, pero desde hace unos años se apuesta por la descentralización hacia los centros de atención primaria. La aportación de enfermería en el seguimiento de estos pacientes es fundamental.

Con este trabajo se pretende dar a conocer el protocolo de seguimiento farmacológico de pacientes con anticoagulación oral (acenocumarol o warfarina) que se utiliza en Andalucía, donde los enfermeros/as además de realizar la prueba de determinación del INR (razón normalizada internacional) en sangre capilar para ajustar dosis de tratamiento, tienen la responsabilidad de prestar unos cuidados de calidad a dichos pacientes, asumiendo intervenciones de educación sanitaria, asesoramiento y en general facilitando la integración y manejo del tratamiento en la vida cotidiana de los pacientes, resolviendo sus dificultades y mejorando su calidad de vida.

También se comenta la situación actual de estos pacientes en España, así como los retos y compromisos de la enfermería en el seguimiento de estos pacientes.

Palabras clave: Enfermería, anticoagulantes, ACO, INR

ABSTRACT

In Spain there are around 1 million patients on oral anticoagulant treatment chronically. This treatment is characterized by the necessity of a daily adjusted dose with a narrow therapeutic margin, and a remarkable variability of action in relation to individual factors, diet and interactions with other drugs. At the beginning, the monitoring of these patients was made from their referential hospital, but since from years ago, there is a support for the decentralization to the primary care centers. The contribution of nurse in this monitoring of the patients is essential.

The main goal of this work is making known the protocol of pharmacological monitoring of patients on oral anticoagulants (acenocoumarol and warfarin) which are used in Andalusia, where the nurses realize the blood tests of determination of INR (international normalized ratio) in capillary blood to adjust the dose of treatment and, besides that, they have the responsibility of giving attention of quality to these patients, assuming interventions of health education, consulting and in general facilitating the integrations and the monitoring of the treatment in the usual life of the patients, solving their difficulties and improving their lives' quality.

The situation of this patients in Spain is also considered, as well as the challenges and commitments of nurses in the monitoring of these patients.

Keywords: Nursing, anticoagulants, INR, ACO



Introducción: marco legal

En la atención al paciente cada vez son mayores los espacios competenciales compartidos y el funcionamiento del trabajo en equipo entre profesionales. La ley 44/2003, de 21 de Noviembre, establece que le corresponde a los Diplomados Universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, el mantenimiento y recuperación de la salud, así como la prevención de enfermedades y discapacidades (1). Hay comunidades autónomas, como Andalucía, que en esta línea y con el objetivo fundamental de la seguridad y beneficio del paciente han definido las actuaciones específicas de las enfermeras en el ámbito de la prestación farmacéutica. El decreto 307/2009, de 21 julio recoge que las enfermeras y enfermeros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en el ejercicio de su actuación profesional, podrán cooperar con los profesionales de la medicina y de la odontología en programas de seguimiento protocolizado de determinados tratamientos farmacológicos (2). Los valores que inspiran este nuevo decreto son la mejora de la accesibilidad de los usuarios, la normalización de la cooperación multidisciplinar y la sostenibilidad de nuestro Sistema Sanitario Público a través de un uso eficiente de los recursos disponibles. Se han desarrollado distintos protocolos de seguimiento farmacológico: personas en tratamiento con metformina, personas con riesgo vascular en tratamiento con hipolipemiantes y/o antihipertensivos, pacientes con sedación paliativa, así como el seguimiento de pacientes con anticoagulación oral (acenocumarol o warfarina) que es el que nos ocupa en este trabajo, utilizando como referencia la 2ª edición de la guía que ofrece el Servicio Andaluz de Salud (3).

Tratamiento con Anticoagulantes Orales (TAO)

El uso terapéutico de los anticoagulantes orales (ACO) se inició hace más de cincuenta años. Su uso es fundamentalmente de carácter preventivo, buscando alargar el tiempo de coagulación, hasta un intervalo eficaz y seguro (rango terapéutico), en el que se evite la aparición de trombos sin provocar riesgo de hemorragia. Los ACO antagonizan en el hígado la acción de la vitamina K y bloquean la síntesis de varios factores de la coagulación (3).

Las presentaciones farmacéuticas más utilizada en España de antagonistas de la vitamina K (AVK) son acenocumarol (Sintrom® de 1 y 4 mg) y warfarina (Aldocumar® de 1, 3, 5 y 10 mg). Las dosis de acenocumarol y warfarina no son iguales; 1 mg de acenocumarol equivale a 2,5 mg de warfarina. La diferencia principal entre ambos estriba en que el acenocumarol tiene una vida media más corta, por lo que en caso de hemorragia, sus efectos pueden revertirse con mayor rapidez. Presentan buena absorción por vía oral, se unen a proteínas plasmáticas en más de un 97%, se metabolizan en el hígado y se excretan como metabolitos inactivos por la orina. Atraviesan la placenta y la barrera hematoencefálica, y pueden pasar a la leche materna.

En los últimos años se han desarrollado nuevos medicamentos anticoagulantes, tales como el dabigatrán etexilato (Pradaxa®), inhibidor directo de la trombina, y los inhibidores directos del FXa como el rivaroxabán (Xarelto®) y el apixabán (Eliquis®). El ritmo de introducción de estos nuevos anticoagulantes orales de acción directa en España sigue siendo muy bajo, apenas llega al 14%, a pesar de contar con una buena evidencia científica y de no necesitar una monitorización tan continuada como en el caso de los antagonistas de la vitamina K (AVK) (4).

La complicación más importante de los ACO es la hemorragia. Entre los factores de riesgo más importante está tener un INR alto, ser mayor de 75 años, primeros meses de tratamiento (hasta los 6-12 meses) o historia previa de hemorragia.

Solo existe contradicción absoluta para el uso concomitante de medicamentos que favorecen la producción de hemorragia o que aumentan el riesgo de trombosis. Pero en general se considera que cualquier fármaco puede interactuar con los ACO y con el control de INR.

Algunos de ellos aumentan el efecto anticoagulante (amiodarona, ticlopidina, clofibrato, fenofibrato, cotrimoxazol, sulfamidas, tetraciclinas y metronidazol); y, otros lo disminuyen



(colestiramina, barbitúricos, fenitoína, rifampicina, griseofulvina).

Por este motivo, cualquier cambio (tanto retirada como introducción de un fármaco) se intentará hacer coincidir en los 5-7 días previos al siguiente control.

En cuanto a las interacciones no farmacológicas, destacamos que potencian el efecto anticoagulante de los ACO el consumo agudo de alcohol, la disfunción hepática (disminuye la síntesis de factores de coagulación y el aclaramiento de los ACO), los estados hipermetabólicos (fiebre, hipertiroidismo, etc.), el ambiente cálido y la disminución de la ingesta de vitamina K en la dieta.

En cambio, disminuye el efecto anticoagulante el consumo crónico de alcohol, el hipotiroidismo, el frío, o un exceso de vitamina K en la dieta.

Seguimiento Protocolizado en pacientes con ACO

El programa de descentralización existente en la mayoría de las comunidades autónomas pretende que el paciente estable sea controlado en el centro de salud. De esta manera, una vez que el paciente ha comenzado el tratamiento y ha sido controlado por el hematólogo del hospital de referencia, se deriva al centro de salud para continuar sus controles de forma periódica. El hecho de que el paciente pueda ser controlado desde su centro de salud ofrece una serie de ventajas, como: mayor accesibilidad, rapidez y comodidad, atención integral, personalización, es controlado por el mismo profesional que trata el resto de su patología y posibilidad de seguimiento a domicilio en pacientes con problemas de movilidad.

Enfermería incorpora un plan de cuidados y guía el seguimiento de aquellos pacientes con ACO (acenocumarol y warfarina), tras estabilización de la dosis de mantenimiento y tras la indicación y derivación médica para la incorporación del paciente al seguimiento individualizado, colaborando en la adaptación de la dosis farmacológica en función de protocolos y del tratamiento de anticoagulantes.

Este control se realiza mediante la obtención de una gota de sangre capilar, con el que se determina el resultado del INR (international normalized ratio; razón normalizada internacional, para evitar diferencias entre laboratorios), que es un cociente entre el tiempo de protrombina (TP) del plasma problema (en este caso, del paciente anticoagulado) y el TP de un control (no anticoagulado).

En personas no anticoaguladas el INR es cercano o igual a 1. El INR ideal para cada paciente anticoagulado puede variar, como pauta orientativa estándar, el INR se debe estar entre 2-3 en fibrilación auricular, tromboembolismo pulmonar, accidente cerebrovascular isquémico, infarto agudo de miocardio y valvulopatías embolígenas. Entre 2,5-3,5 en portadores de prótesis valvulares mecánicas y en tromboembolismo pulmonar en pacientes con síndrome antifosfolípido (3).

Si el INR es inferior al rango terapéutico, el efecto anticoagulante es insuficiente; y, a la inversa, si es muy superior, existe riesgo aumentado de hemorragia.

Una vez obtenido el valor INR y con la ayuda de un programa informático (en nuestro caso, taonet®) y las tablas de ajuste de dosis (ver imagen 1) que proporciona el protocolo se calcula la dosis del fármaco y se genera una hoja de control de medicación para el paciente hasta el próximo control.

Los ajustes de dosis se basarán en la DTS (dosis total semanal) distribuida lo más homogéneamente posible a lo largo de los siete días. Es importante valorar los controles anteriores del paciente y ver si se encontraba en rango terapéutico. Tras un cambio de dosis, hasta 2-3 días después no se puede apreciar el efecto sobre el INR. Como norma general, si un día no toma el anticoagulante, el INR se reducirá aproximadamente en un 50% en los dos días siguientes.

Derivar al médico responsable en caso de que INR no esté en rango tras dos cambios de dosis total semanal (DTS) o en caso de INR mayor 5, o $\text{INR} \leq 1.5$ para un rango terapéutico de INR entre 2-3, o un $\text{INR} \leq 2$ en caso de un rango terapéutico de INR entre 2.5 – 3.5 (ver imagen 2) (3).

Ante un paciente que no esté en rango terapéutico, se deberá interrogar en busca de una causa externa y valorar si ésta va a persistir o no en el tiempo: cumplimiento terapéutico, cambios en dieta (sobre todo que aumenten la vitamina K), fármacos, infecciones o procesos intercurrentes, alcohol (la ingesta aguda potencia el efecto



anticoagulante y de forma crónica, lo disminuye), la automedicación, el uso de suplementos nutricionales y plantas medicinales, así como cambios en la vida diaria.

En general, las modificaciones de dosificación que se hacen en los pacientes que están fuera de rango se evalúan a los 7-10 días. Cuando se decida introducir o suspender un medicamento en el régimen terapéutico del paciente y este pueda interactuar con el acenocumarol o warfarina se ajustará el siguiente control de aproximadamente 4-6 días, después de esta incorporación o suspensión, para así poder valorar la posible repercusión en el INR (3).

Aspectos a tener en cuenta en la determinación del INR en sangre capilar

En consulta dispondremos de un coagulómetro portátil, tiras reactivas, lancetas y algodón. El coagulómetro debe estar colocado de forma horizontal sobre una superficie plana, sin vibraciones, alejado de campos magnéticos y evitando temperaturas extremas. No es necesario que el paciente se encuentre en ayunas.

Procedimiento:

- El paciente se lavará las manos con agua caliente
- Encender el monitor y comprobar la coincidencia del código con las tiras que vamos a utilizar
- Se abrirá la tira y se introducirá siguiendo la dirección de las flechas con la parte impresa hacia arriba
- En aproximadamente 45 segundos, cuando aparezca la imagen de la gota de sangre parpadeando en la pantalla, se pinchará la parte inferior de la yema del dedo con la lanceta sin utilizar alcohol para limpiar el dedo.
- Se tomará el dedo del paciente entre nuestros dedos índice y pulgar y se aplicará la gota que cuelga del dedo sobre la zona específica de la tira de análisis. La sangre se absorbe por capilaridad.
- Si la gota de sangre que hemos puesto no es suficiente, no se debe agregar más sangre, sino desechar la tira y volver a iniciar la prueba pinchando

Perfil sociosanitario del paciente anticoagulado en España

Con los datos de la Federación Española de Asociaciones de Anticoagulados (FEASAN) (5) y el informe de 2014 de La red “la salud del paciente, por delante” (4) que es un grupo multidisciplinar de expertos sobre el tratamiento de anticoagulantes, vamos a resumir la situación de la anticoagulación en España.

En España se cifra entre 800.000 y 1.000.000 el número de pacientes anticoagulados. La prevalencia de estos pacientes se aproxima al 1,2% de la población y algunos estudios ya sitúan la prevalencia de la fibrilación auricular (patología más frecuente en el tratamiento anticoagulante) en el 2% (5).

El perfil mayoritario del paciente, sin grandes diferencias según sexo, corresponde al de una persona de 71 años, con estudios primarios, que vive en pareja, está jubilado y no tiene reconocido ningún grado de dependencia.

El 32,2% de los pacientes va acompañado a realizar el control con los costes asociados que ello le conlleva. Se estima el coste informal por paciente para cada control en 7,57€ y el doble, en el caso que vayan acompañados. Se estima que uno de cada tres de estos pacientes anticoagulados con la medicación clásica (acenocumarol o warfarina) no alcanza un buen control terapéutico y está expuesto a un mayor riesgo de ictus u otros embolismos y de hemorragias graves.

El 9,3% de los pacientes, a veces, olvida tomar la medicación y un 15,7% necesita que otra persona se lo recuerde. La satisfacción del paciente con el tratamiento es muy elevada. La gran mayoría de los pacientes anticoagulados toma Acenocumarol (Sintrom®), cercano al 90%. El 7,5% de los pacientes declara haber tenido una complicación relacionada con el tratamiento en los últimos seis meses, siendo la hemorragia la más frecuente. La mayoría de los pacientes anticoagulados realizan los controles periódicos que el tratamiento exige en los centros de salud, el 93,6% de la muestra. El 4,8% de los pacientes recibe el control de tratamiento en su domicilio y sólo uno de los participantes en el estudio declara que se autocontrola (el paciente es el responsable del control de su tratamiento anticoagulante con un coagulómetro portátil).

En lo referente a la información sobre la anticoagulación, el 35,8% de los pacientes declara que tiene poca información o que le gustaría tener más. El 16,3% necesita más información para poder gestionar **mejor su**



enfermedad y al 10,8% le gustaría participar más en las decisiones acerca del tratamiento.

Perspectiva desde enfermería

En 2014, el Consejo General de Enfermería presentó un estudio donde se recogía la perspectiva de las enfermeras/os que trabajan con pacientes que están recibiendo tratamiento orales clásicos (6). Entre las conclusiones se obtuvieron que:

- Desde el punto de vista de la enfermera, se considera que es un tratamiento de difícil seguimiento por las visitas en los controles, dificultades para partir la pastilla, el cuidado de la alimentación y el cumplimiento de los horarios en la toma de los medicamentos.
- Las principales consultas que realizan los pacientes están dirigidas a cómo integrar el tratamiento en sus circunstancias vitales y en su día a día. Consulta acerca de: cómo actuar en caso de olvido de la dosis y qué pueden o no tomar en relación a los alimentos y otros medicamentos.
- El control de INR se percibe como un acto rutinario, que los pacientes han incorporado en sus hábitos diarios. Dentro de ese hábito, el aspecto que consideran les genera mayor intranquilidad es el hecho de estar en rango.
- Las enfermeras otorgan una gran importancia a su papel en la educación general del tratamiento y en el asesoramiento nutricional.
- La mayoría de las enfermeras (81,3%) cuando se encuentran un paciente mal controlado consultan su caso con el Médico de Atención Primaria.
- En cuanto a los nuevos tratamientos anticoagulantes orales (NACO), hay un moderado conocimiento y baja experiencia en su uso. Cerca del 43% de los enfermeros consultados no conocen los NACO.

Retos

Es un reto revertir la situación actual que indica que uno de cada tres pacientes no está bien anticoagulado con su tratamiento clásico (AVK).

Es fundamental la detección de pacientes con mal control de INR. El método para cuantificar el grado de efectividad de los AVK en el tiempo es el denominado Tiempo en Rango Terapéutico (TRT). El TRT indica el porcentaje de tiempo que el paciente está dentro de rango de INR 2-3, en un periodo de tiempo determinado, lo que permite conocer si los AVK son una buena alternativa terapéutica para el paciente. Se considerará que el control de INR es inadecuado cuando el porcentaje de tiempo en rango terapéutico sea inferior al 65%, en un periodo de valoración de al menos los últimos seis meses.

Una vez detectado el mal control del paciente anticoagulado, se debe establecer la actuación en base a un paciente prioritario, definido como aquel en el que se espera una mayor magnitud de beneficios con los anticoagulantes de acción directa frente al tratamiento con los clásicos (acenocumarol y warfarina).

Se necesita mejorar el acceso a los nuevos tratamientos anticoagulantes orales, cuya media de penetración en España está muy por debajo de la media europea. Además, ponen de manifiesto las grandes diferencias que existen entre CCAA (que pueden variar desde un 5% a un 30%) (4).

También en los últimos años, y sobre todo en países como Alemania y Holanda, se ha hecho realidad la posibilidad de que el propio paciente controle su TAO de forma similar a como hacen los pacientes diabéticos. En España la posibilidad de autocontrol del TAO ha ido recorriendo un corto camino y en la actualidad unos pocos miles de pacientes disfrutan de este modelo. El autocontrol, basado en que el propio paciente realiza su control con un coagulómetro portátil y es capaz de autoajustarse la dosis siguiendo unos algoritmos sencillos ha demostrado, de forma incontestable, superioridad frente a todos los demás sistemas de gestión del TAO. Además, proporciona al paciente una mejoría sustancial de su calidad de vida (7).

Los profesionales de Enfermería, deben de tener una importante función en el seguimiento de estos pacientes y en relación a la coordinación entre el equipo multidisciplinar. Los enfermeros/as son clave en la gestión de la asistencia de los pacientes anticoagulados, al ser estos profesionales sanitarios los que instruyen a los pacientes y sus familiares para que aprendan a gestionar su propia enfermedad. Es necesario realizar acciones que per-



mitan empoderar y educar al paciente para decidir acerca de su tratamiento y gestionar mejor su enfermedad. Entre los compromisos desde la enfermería se encuentran (4):

- Identificación de los pacientes prioritarios entre aquellos que reciben tratamientos anticoagulantes clásicos. Asegurar que el control de la anticoagulación está por encima del 65% del tiempo en rango terapéutico durante los últimos seis meses para asegurar un buen control; si está por debajo, derivar el paciente al médico de referencia para poder reevaluar su tratamiento anticoagulante.
- Realizar una valoración integral, para definir Planes de Cuidados que permitan un seguimiento adecuado de estos pacientes.
- Realizar Educación para la Salud, fomentando las capacidades del paciente en sus autocuidados, dirigida tanto al mismo como a sus familiares, sobre el tratamiento que reciben y los cuidados que deben tener en torno al mismo. Así, se debe trabajar en potenciar la autonomía del paciente en la gestión de su enfermedad. Las acciones de educación sanitaria empoderan al paciente, lo convierten en un elemento activo, en un agente corresponsable de su propia enfermedad.
- Garantizar la continuidad de cuidados entre los distintos ámbitos sanitarios.

Consulta enfermería, plan estandarizado de cuidados

El profesional de enfermería no se limitará únicamente al control del nivel de coagulación del paciente, si no que establecerá un plan terapéutico personalizado e integral, donde se realizará una valoración de las capacidades de afrontamiento, conocimiento y destreza en el manejo de su enfermedad. Es muy interesante obtener esta información con todos los pacientes, pero particularmente aún más con aquellos con un INR alterado.

En la consulta de seguimiento del paciente anticoagulado, hay aspectos interesantes que deben ser valorados siempre por enfermería, como:

Percepción/ control de salud: preguntaremos al paciente sobre el tratamiento que está siguiendo, centrándonos particularmente en si se ha producido algún cambio desde el último control, ya sea que se haya añadido o suprimido algún fármaco. Con respecto al anticoagulante verificaremos el fármaco que toma y su presentación, así como si se han producido olvidos. Valoraremos la presencia de signos o síntomas de hemorragia.

Nutrición: resulta trascendente conocer si ha existido algún cambio brusco en la alimentación, básicamente un exceso o disminución repentino de alimentos ricos en vitamina K. También es interesante recoger si hay consumo de alcohol.

Cognitivo/perceptual: nos aseguraremos que comprende e interpreta adecuadamente la hoja de dosificación. Se debe valorar la existencia de problemas visuales que puedan conllevar dificultad para seguir el tratamiento o dificultad para partir la pastilla. Valoraremos su nivel de conocimientos respecto a las medidas que debe observar para un adecuado control del INR.

A continuación se propone los principales Diagnósticos Enfermeros, Criterios de Resultados (NOC) e Intervenciones Enfermera (NIC) más comunes en el seguimiento del paciente anticoagulado, basadas en la utilización de la taxonomía enfermera (8, 9,10).

Diagnósticos Enfermería:

- 00078 Gestión ineficaz de la propia salud
- 00126 Conocimientos deficientes
- 00161 Disposición para mejorar los conocimientos

NOC:

- 1609 Conducta terapéutica; enfermedad o lesión.
- 1813 Conocimiento: régimen terapéutico.
- 0409 Coagulación sanguínea.

NIC:

5510: Educación Sanitaria
5240: Asesoramiento
5520 Facilitar el aprendizaje
5602 Enseñanza; proceso enfermedad
5616 Enseñanza medicamentos prescritos

Problemas de colaboración (PC):

Terapia anticoagulante. Complicación potencial: hemorragia.
Insuficiencia vascular periférica.
Hipertensión arterial (HTA)

Es responsabilidad del enfermero la educación sanitaria al paciente anticoagulado, reforzar conductas saludables y resolver cualquier duda. Debe hacer partícipe al paciente de su tratamiento y del cuidado de su enfermedad, de forma que esto redunde en un beneficio para su salud. Algunas de las medidas más importantes sobre las que debemos hacer hincapié son:

Medicación:

Los anticoagulantes orales, acenocumarol y warfarina, como norma general, deberán de tomarse en una única toma siempre a la misma hora cada día y alejado al máximo de las comidas. Para facilitar las modificaciones de dosis tras los controles del INR, se recomienda que preferente estos fármacos se administren entre las 17.00 y 19.00 horas. Si toma el medicamento por la mañana, se recomienda retrasar la toma hasta conocer el resultado del INR si es el día del control. Si olvida una dosis debe tomarla en el mismo día, aunque sea a otra hora distinta de la habitual, pero nunca duplicar la dosis del día siguiente (3, 12). Esta incidencia deberá comentarla el paciente con su enfermera responsable del seguimiento. Están prohibidas las inyecciones intramusculares, aunque si están permitidas las subcutáneas y las intravenosas (11).

Dieta:

Lo ideal es seguir una dieta equilibrada, sin cambios bruscos, lo que permitirá una ingesta de vitamina K similar cada semana. Nuestro consejo es que mantengan su dieta habitual pero que no hagan grandes variaciones, sobre todo con alimentos ricos en vitamina K: espinacas, col, coliflor, perejil, acelgas, hígado de cerdo, ternera o cordero, aceite de soja, té verde, cerveza, entre otros (11,12, 13).

Higiene:

- Cuidados de la piel: ducha diaria, inspeccionando la aparición de hematomas. Se recomienda la hidratación de la piel, para que esta sea más flexible y no se rompa fácilmente.
- Para la higiene dental, usar un cepillo dental de cerdas suaves y cabeza pequeña.
- Afeitarse con maquinilla eléctrica, en lugar de máquina con hoja.

Actividad física: puede seguir haciendo su actividad habitual, incluso laboral. Sí es importante evitar la actividad física de riesgo y deportes de contacto o en los que el golpe y la caída sea lo habitual, así como las actividades que requieran grandes esfuerzos. Actividades físicas recomendables pueden ser caminar, nadar o hacer bicicleta suave (12).

Otros (11, 13):

- Si existe sospecha de embarazo, comunicarlo inmediatamente al médico o enfermero, ya que los anticoagulantes pueden dar lugar a malformaciones en el feto.
- La lactancia no está contraindicada durante el tratamiento anticoagulante. Sin embargo, se aconseja realizar profilaxis al lactante con 1 mg de vitamina K oral a la semana.



- El tabaco es muy rico en vitamina K y es nocivo para la salud por lo que debe evitarse
- En caso de cirugía, exodoncia, infiltraciones, o cualquier procedimiento cruento, debe ponerse en contacto con el enfermero o médico para que le indique la pauta a seguir en cada caso.
- Se puede viajar, evitando estar sentados durante mucho tiempo.
- Evitar el estreñimiento.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Boe.es. (2016). Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 280.- Documento BOE-A-2003-21340. [online] Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2003-21340#analisis [Acceso 4 Jun. 2016].
- [2] Juntadeandalucia.es. (2016). Decreto 307/2009, de 21 de julio, por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía - Servicio Andaluz de Salud. [online] Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=pr_decreto_enfermeria [Acceso 3 Jun. 2016].
- [3] Juntadeandalucia.es. (2016). Seguimiento protocolizado del tratamiento farmacológico individualizado en pacientes con anticoagulación oral (actualización 2014) - Servicio Andaluz de Salud. [online] Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_estratcuidados_2_2_2_2 [Acceso 1 Jun. 2016].
- [4] Pacientepordelante.com. (2016). red la salud del paciente por delante. [online] Disponible en: <http://www.pacientepordelante.com/actividades.htm> [Acceso 2 Jun. 2016].
- [5] Anticoagulados.info. (2016). FEASAN - Federación Española de Asociaciones de Anticoagulados. [online] Disponible en: <http://www.anticoagulados.info> [Acceso 2 Jun. 2016].
- [6] Consejo General Enfermería (2016) Estudio sobre el control, seguimiento y calidad de vida de los pacientes anticoagulados. [online] Disponible en: http://www.consejogeneralenfermeria.org/docs_revista/EncuestaNaco.pdf [Acceso 2 Jun. 2016].
- [7] Souto J.C., Rambla M. (2016) Actuaciones de enfermería y tratamiento anticoagulante oral. Monitor Medical. [online] Disponible en: http://www.monitormedical.es/files/files/20110825130921_780700.pdf [Acceso 4 Jun. 2016].
- [8] Nanda Internacional (2009). Diagnósticos Enfermero: definiciones y clasificación 2012-2014. Madrid: Elsevier.
- [9] Moorhead, S., Johnson, M. and Maas, M. (2003). Nursing outcomes classification (NOC). St. Louis, Mo.: Mosby.
- [10] Bulechek, G., Butcher, H. and Dochterman, J. (2008). Nursing Interventions Classification (NIC). St. Louis, Mo.: Mosby/Elsevier.
- [11] Juntadeandalucia.es. (2016). Guía para el paciente anticoagulado. [online] Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/Listadodeterminado.asp?idp=219> [Acceso 2 Jun. 2016].
- [12] Ingesa.msc.es. (2016). Instituto Nacional de Gestión Sanitaria - Estadística y Estudios - Documentos y Publicaciones. [online] Disponible en: http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Paciente_anticoagulado.pdf [Acceso 3 Jun. 2016].
- [13] SERGAS, C. (2016). Consellería de Sanidad - SERGAS. [online] Sergas.es. Guía práctica de bolsillo para enfermería sobre el tratamiento anticoagulante oral con fármacos antivitaminas K. Disponible en: <http://www.sergas.es/gal/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2368-ga.pdf> [Acceso 5 Jun. 2016].



ANEXOS

Imagen 1: Ajuste de ACO según INR para rango terapéutico entre 2 y 3. Fuente: Servicio Andaluz Salud.

GUÍA FARMACOLÓGICA PARA EL SEGUIMIENTO DE PERSONAS CON TRATAMIENTO DE ANTICOAGULANTES ORALES (ACOS) v.2 07/2014	
AJUSTE DE ACOS SEGÚN INR	
RANGO TERAPÉUTICO INR 2.0-3.0	
INR	Acenocumarol 1-4 mg Warfarina 1-3- 5-10 mg
≤ 1.5	Excluir del protocolo. Derivar al médico de familia
1,6-1,7	Aumentar DTS un 5-10 % control a los 7 - 10 días
1,8-3,2	Mantener DTS Si anteriores controles de INR estable → Control 4-6 semanas Si anterior control INR inestable → Control 7-10 días
3,3 - 3,9	Disminuir DTS 5-10% Control 7-10 días
4 - 4,9	Disminuir DTS 10-15% Control 7-10 días
≥ 5	Excluir del protocolo. Derivar al médico de familia
DTS - Dosis terapéutica semanal	
Plan Integral de Cuidados de Andalucía. 2014	

Imagen 2: Algoritmo de actuación colaborativa. Fuente: Servicio Andaluz Salud

