

Fibrilación auricular y anticoagulación oral.

Mejora del programa de seguimiento enfermero



Grado en Enfermería 2010-2014

Universidad Pública de Navarra

1ª Convocatoria de defensa

Autora:D^a.Leire Llorens Urmeneta

Director:Dr. D. Gregorio Tiberio López

RESUMEN

En la actualidad los anticoagulantes orales se emplean en la prevención del ictus y otros eventos tromboembólicos, siendo la indicación más frecuente la fibrilación auricular. Tanto esta patología como su tratamiento condicionan los hábitos de las personas afectadas y pueden generar miedos e inseguridades. Por ello, la educación para la salud cobra una gran importancia en el conocimiento de los pacientes sobre su patología, su adecuado manejo y el tratamiento. Este aspecto se desarrolla en los Centros de Salud y es responsabilidad de los profesionales de enfermería. El objetivo es que los pacientes sean protagonistas de su autocuidado, aumentando su autonomía y mejorando su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE

Fibrilación auricular, anticoagulación oral, enfermería, educación para la salud.

ABSTRACT

Oral anticoagulants are currently used for the prevention of stroke and other thromboembolic events. The most frequent indication is atrial fibrillation. This disease, as well as taking oral anticoagulants make changes in patients' habits and can cause fears and insecurities. Therefore, health education is very important in patients' knowledge about their disease, its treatment and management. Nowadays this area is developed in Primary Healthcare Centers and is the responsibility of nurses. The main aim is patients to be protagonists of their self-care, increasing their autonomy and improving their quality of life.

KEY WORDS

Atrial fibrillation, oral anticoagulation, nursing, health education.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| 1. ESTADO ACTUAL: LA FIBRILACIÓN AURICULAR | 1 |
| DESCRIPCIÓN | 2 |
| EPIDEMIOLOGÍA Y DATOS DEMOGRÁFICOS..... | 3 |
| FACTORES DE RIESGO..... | 4 |
| DIAGNÓSTICO | 4 |
| SIGNOS Y SÍNTOMAS | 5 |
| TRATAMIENTO | 5 |
| a) Anticoagulantes y antiagregantes orales | 5 |
| b) El acenocumarol | 6 |
| c) Los nuevos anticoagulantes orales..... | 9 |
| d) Comparación de los antagonistas de la vitamina K y los nuevos anticoagulantes orales | 11 |
| ESTILOS DE VIDA EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR Y ANTICOAGULACIÓN ORAL | 12 |
| MORBIMORTALIDAD..... | 14 |
| CALIDAD DE VIDA | 15 |
| SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES Y EDUCACIÓN SANITARIA | 15 |
| AUTOCONTROL DE LA ANTICOAGULACIÓN ORAL..... | 16 |
| 2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS | 18 |
| 3. METODOLOGÍA..... | 19 |
| 4. RESULTADOS | 20 |
| 5. DISCUSIÓN | 24 |
| 6. PLAN DE MEJORA | 25 |
| 7. CONCLUSIONES | 30 |
| 8. BIBLIOGRAFÍA..... | 31 |
| 9. ANEXOS..... | 36 |

1. ESTADO ACTUAL: LA FIBRILACIÓN AURICULAR

Las enfermedades cardiovasculares están consideradas una de las patologías que más afectan a la sociedad actual, siendo la edad uno de los factores directamente relacionados con ellas. Si tenemos en cuenta la evolución demográfica en España, que presenta una pirámide poblacional envejecida, la previsión a corto y medio plazo apunta a que el grupo etario correspondiente a los adultos mayores será el más numeroso, por lo que el número de personas afectadas por esta problemática se incrementará notablemente.¹

Esta investigación se centra en una de las enfermedades cardiovasculares más prevalente: la fibrilación auricular. Se trata de la arritmia cardíaca más frecuente, que genera mayor número de consultas a los Servicios de Urgencias e ingresos hospitalarios. El ictus es su principal complicación. En los pacientes con alto riesgo de embolización, la terapia anticoagulante ha demostrado gran eficacia.

En España están actualmente comercializados los anticoagulantes orales clásicos, antagonistas de la vitamina K, entre los que se encuentran el acenocumarol (Sintrom®) y la warfarina (Aldocumar®), y tres nuevos anticoagulantes orales: dabigatrán etexilato (Pradaxa®), apixabán (Eliquis®) y rivaroxabán (Xarelto®). No obstante, el acenocumarol es el que se indica con mayor frecuencia.

En la fibrilación auricular los anticoagulantes deben emplearse a dosis adecuadas para mantener el valor del Ratio Normalizado Internacional (INR) entre 2 y 3, siendo éste el rango de eficacia anticoagulante óptima. Valores por debajo de 2 supondrían un mayor riesgo de sufrir eventos tromboembólicos, mientras que valores superiores a 3 comportarían un mayor riesgo de sangrado. Con la finalidad de obtener efectos farmacológicos beneficiosos y más seguros, los pacientes en tratamiento con acenocumarol requieren un continuo y frecuente seguimiento por parte del personal sanitario, ya que en su eficacia influyen numerosos factores y fácilmente puede generar una descompensación en los pacientes, afectando a su salud y calidad de vida.

Estos pacientes requieren un exhaustivo tratamiento farmacológico y no farmacológico, lo que supone un gran cambio en sus costumbres, rutinas y estilo de vida.

Descripción

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca sostenida más frecuente. Consiste en una desorganización completa de la activación eléctrica auricular, con pérdida de la función de marcapasos por el nodo sinusal.

Actualmente, se clasifica en cinco tipos basados en la presentación y la duración de la arritmia².

- Fibrilación auricular diagnosticada por primera vez, independientemente de la duración de la arritmia o de la presencia y la gravedad de los síntomas.
- FA paroxística, intermitente o autolimitada. Los paroxismos pueden continuar hasta siete días, aunque normalmente se autolimitan dentro de las primeras 48 horas.
- FA persistente, cuando un episodio dura más de 7 días o se requiere terminarlo por cardioversión.
- FA persistente de larga duración, es la que ha durado un año o más desde el momento en que se adopta una estrategia de control del ritmo.
- FA permanente.

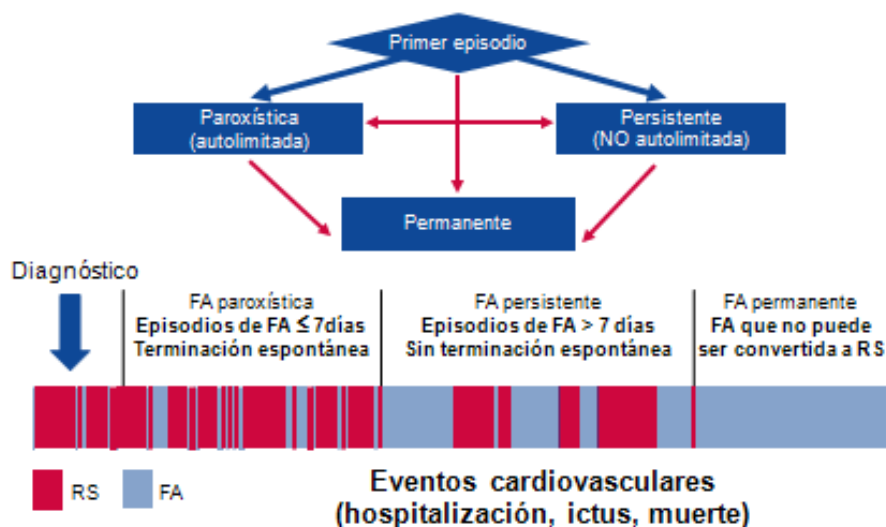


Figura 1. Clasificación de la fibrilación auricular.

Fuente: Fuster et al. (2006).

Por lo general, la fibrilación auricular progresa desde episodios ocasionales y de corta duración hacia ataques más frecuentes y prolongados, por lo que tiende a formas persistentes o permanentes. Sólo el 2-3% de pacientes permanecen en fibrilación auricular paroxística durante varias décadas².

Epidemiología y datos demográficos

La fibrilación auricular es la arritmia sostenida más frecuente y también, por ello, la arritmia más diagnosticada clínicamente, tanto en pacientes ambulatorios como hospitalizados.²

En el estudio Framingham se estimó una prevalencia de fibrilación auricular del 0,4-1% en la población general y que aumentaba progresivamente con la edad, llegando a afectar a un 8% en las personas mayores de 80 años. Estos autores señalan que su prevalencia global se va a doblar, como mínimo, en los próximos 50 años a medida que la población envejezca.³

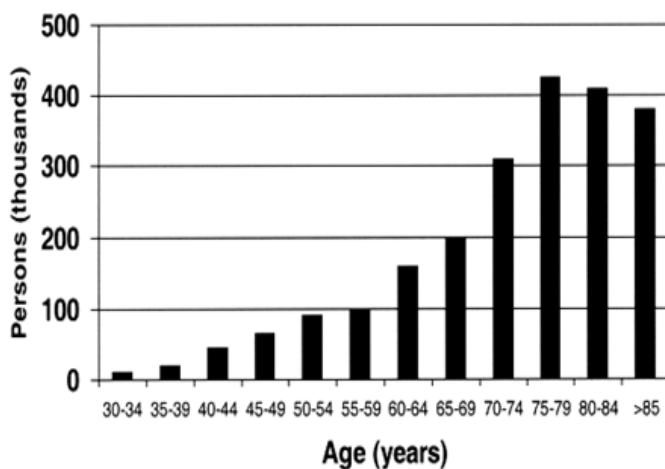


Figura 2 Prevalencia de la fibrilación auricular en relación a la edad.

Fuente: Fuster et al. (2006).

La prevalencia es todavía mayor en los pacientes más ancianos, como se muestra en el estudio ESFINGE⁴, en el cual se evalúa a 3.319 pacientes españoles con una edad media de 82 años. Los resultados se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 1. Características de los pacientes afectados por fibrilación auricular.

ESTUDIO ESFINGE

- **Prevalencia:** 922 pacientes estaban afectados de FA, lo que representa una prevalencia de esta arritmia del 31,3%.
- **Sexo:** el 57% de los pacientes diagnosticados por fibrilación auricular eran mujeres.
- **Presentación:** el 88,7% ya presentaban una fibrilación auricular antes del ingreso, que fue persistente de larga duración o permanente en el 89,1% de los casos y como primer episodio (paroxística o persistente) en el 6,2% de los pacientes.

- Causa: se registró una causa secundaria clara de fibrilación auricular únicamente en el 4,1% de los casos. La insuficiencia cardiaca congestiva fue el motivo más frecuente de ingreso.
- Factores de riesgo cardiovascular: el 80,3% presentaban hipertensión arterial, 36,4% dislipidemia, 38,2% diabetes y el 5% eran fumadores activos.
- Enfermedades asociadas: destacaban la insuficiencia renal (38,1%) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (38,2%); por otra parte, el 20,4% refería antecedentes de accidente cerebrovascular.
- Tratamiento: el 67,4% recibió tratamiento antiarrítmico para la fibrilación auricular. Aunque el 86,1% había recibido algún tratamiento para la prevención tromboembólica, solo el 54,1% tomaban anticoagulación oral. El 6,9% presentó reacciones adversas relacionadas con los fármacos antiarrítmicos.

Fuente: Estudio Esfinge.

Elaboración propia

De la misma manera que la prevalencia, la incidencia de la fibrilación auricular también aumenta con la edad (de 0,5/1.000 personas-año en menores de 50 años hasta 9,7/1.000 personas-año en mayores de 70 años), así como con la presencia de patología cardiovascular, como la hipertensión arterial y los antecedentes recientes de un evento cardíaco isquémico.⁵

Factores de riesgo

Entre los factores etiológicos asociados a la aparición de fibrilación auricular, Fuster et al⁶ señalan los siguientes: anomalías electrofisiológicas (aumento del automatismo auricular y anomalías en la conducción), aumento de la presión auricular (valvulopatía mitral, enfermedad miocárdica, embolismo pulmonar), isquemia auricular (enfermedad arterial coronaria), patología inflamatoria o infiltrativa auricular (pericarditis, miocarditis, amiloidosis, cambios fibróticos auriculares asociados a la edad), tóxicos (alcohol, cafeína), patología endocrinológica (hipertiroidismo), cambios en el tono del sistema nervioso autónomo (incremento de la actividad del sistema nervioso simpático o parasimpático), postoperatorio (cirugía cardiaca, pulmonar o esofágica), cardiopatía congénita, neurogénica (hemorragia subaracnoidea, ictus isquémico), idiopática (fibrilación auricular aislada) y antecedentes de fibrilación auricular familiar.

Diagnóstico

La fibrilación auricular se diagnostica fundamentalmente a través del electrocardiograma. En éste se observan características eléctricas como la ausencia de ondas P sinusales, presencia de ondas F, QRS estrecho y respuesta ventricular “irregularmente irregular” a frecuencia variable.

A modo de pruebas complementarias, se puede realizar una exploración física (pulso arterial rápido e irregular) y una analítica sanguínea (hemograma, glucemia basal, colesterol total, HDL colesterol, triglicéridos, creatinina, iones y/o pruebas de función tiroidea) con el fin de determinar posibles causas.²

Signos y síntomas

La sintomatología suele ser variable, dependiendo de varios factores, como el estado previo del corazón, la frecuencia ventricular, y el cese de la actividad contráctil de la aurícula.

La manifestación más frecuente es la disnea, la fatiga y la somnolencia, aunque también puede presentarse con mareo, síntomas psíquicos, palpitaciones rápidas e irregulares y/o dolor precordial. Sin embargo, cabe mencionar que la fibrilación auricular paroxística en sujetos sanos puede cursar de forma asintomática.⁷

Tratamiento

La fibrilación auricular requiere una valoración integral del paciente. Por lo tanto, su tratamiento (farmacológico y no farmacológico) se debe orientar a cubrir las necesidades detectadas, lo cual implica modificaciones su estilo de vida.

Los fármacos indicados se dirigen a tratar dos aspectos: el primero es el control de la función cardiaca. Para ello el tratamiento debe centrarse en el mantenimiento del ritmo sinusal, mediante la cardioversión eléctrica o farmacológica, o bien en el control de la frecuencia cardiaca, administrando fármacos que regulen la respuesta ventricular. De este modo, se previene la inestabilidad hemodinámica, palpitaciones, insuficiencia cardiaca, angina de pecho, intolerancia al esfuerzo, sensación de desmayo, etc.

En segundo lugar, se trata de realizar una profilaxis de fenómenos tromboembólicos (ictus, accidente cerebrovascular, etc.) ya sea mediante la anticoagulación o la antiagregación oral.

a) Anticoagulantes y antiagregantes orales

En los pacientes con fibrilación auricular disminuye su calidad de vida y aumenta el riesgo de ictus (la probabilidad de padecerlo es cinco veces mayor), de embolismo sistémico e insuficiencia cardíaca, lo que supone una mayor mortalidad. Asimismo, los ictus suelen ser más graves, incapacitantes, con mayor tendencia a recurrir y presentan peor pronóstico vital.⁸

El tratamiento antitrombótico reduce el riesgo de sufrir ictus y embolismos, ya sea por medio de anticoagulantes o antiagregantes orales. Los anticoagulantes orales antivitaminas K generan una reducción del riesgo de presentar un ictus en un 64%, y un 26% de la mortalidad total.⁹

A diferencia de los antiagregantes, los anticoagulantes orales no solo reducen en mayor medida la probabilidad de padecer un ictus, sino que también producen un menor riesgo de hemorragia. No obstante, se recomienda que el tipo de tratamiento sea individualizado².

En la siguiente imagen, se muestran las escalas CHA₂DS₂VASc y de riesgo hemorrágico, frecuentemente empleadas por los profesionales médicos para la indicación del tratamiento antitrombótico adecuado.

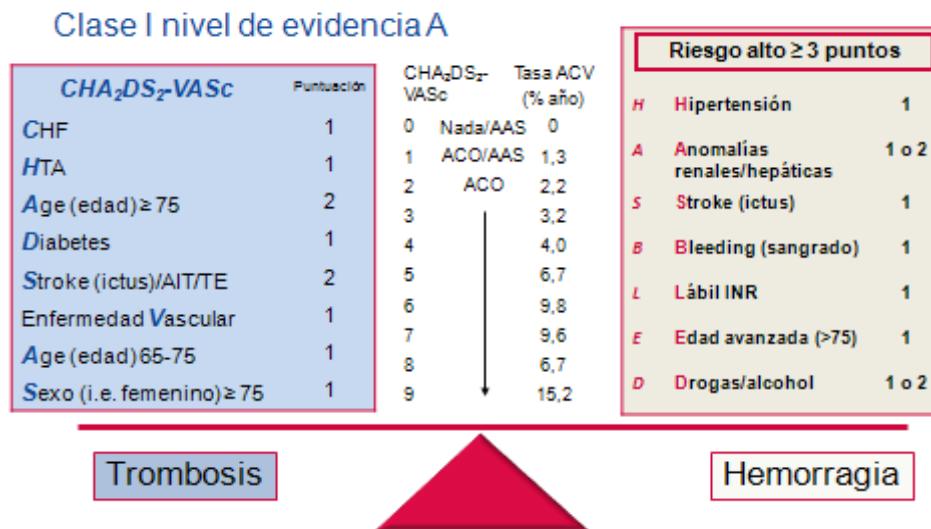


Figura 3. Escalas de predicción del riesgo tromboembólico y de hemorragia en personas con fibrilación auricular no valvular.

Fuente: Camm A.J., et al. European Heart Journal. (2010)

b) El acenocumarol

En cuanto a los anticoagulantes orales, los más empleados actualmente son los fármacos antagonistas de la vitamina-k, entre los que se encuentran el acenocumarol y la warfarina. En el caso de España el acenocumarol es el anticoagulante oral más empleado, y como se puede apreciar en la siguiente gráfica elaborada por el Sistema Nacional de Salud, su utilización ha crecido exponencialmente desde el año 1992.

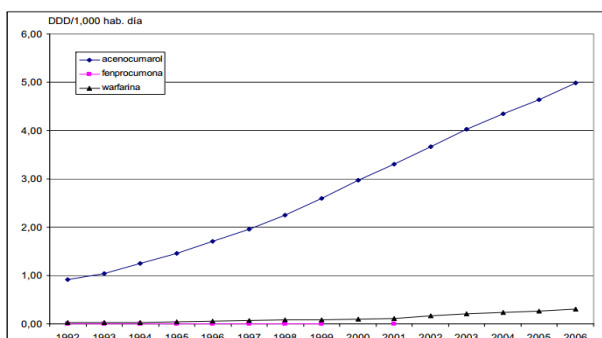


Figura 4. Evolución de la utilización de anticoagulantes orales en España desde 1992 hasta 2006. Datos expresados en DDD/1000 habitantes y día.

El mecanismo de acción del acenocumarol impide la formación en el hígado de los factores activos de la coagulación II, VII, IX y X y de la proteína C, mediante la inhibición de la gamma carboxilación de las proteínas precursoras mediada por la vitamina K.

En cuanto a sus características farmacocinéticas, se absorbe por vía oral, tiene un pico máximo de acción a las 3 horas y una semivida plasmática de 8-11 horas. La mayor parte del acenocumarol se distribuye en el plasma, presentando una unión a proteínas del 98,7%. Pasa a la leche materna en cantidades muy pequeñas y también atraviesa la barrera placentaria. Su biotransformación es hepática, transformándose en metabolitos sin actividad anticoagulante y su eliminación se produce principalmente por vía renal (60%), aunque también en un 24% a través de las heces.

La dosis diaria se debe administrar en una única toma, a la misma hora del día y separada lo máximo posible de las comidas. La dosis habitual inicial es de 1-3mg/día, y la de mantenimiento se individualiza en función del Ratio Normalizado Internacional (INR), que es el cociente entre el tiempo de tromboplastina del plasma del paciente y el tiempo de tromboplastina normal elevado al Índice de Sensibilidad Internacional (ISI=1). Cuando aumenta el tiempo de protrombina del paciente aumenta el valor del INR.

En el caso de la fibrilación auricular, el margen terapéutico óptimo se sitúa entre valores de INR de 2,0 y 3,0. Dentro de este margen la mayoría de los pacientes no presentan riesgo de hemorragia ni de trombosis.

Las determinaciones del INR deben realizarse antes de comenzar el tratamiento y una vez iniciado diariamente hasta que se estabilice la coagulación entre los límites terapéuticos. Más adelante pueden prolongarse los intervalos entre los controles, en función de la estabilidad de los resultados INR.

En cuanto a sus principales contraindicaciones, se encuentran la hipersensibilidad al principio activo, el embarazo, la falta de cooperación del paciente, enfermedades hemorrágicas, lesiones orgánicas susceptibles de sangrado, enfermedad hepática o renal graves y actividad fibrinolítica aumentada.

Asimismo, el acenocumarol es un principio activo con un margen de efecto terapéutico estrecho que puede verse alterado por numerosas interacciones farmacológicas y no farmacológicas.

Tabla 2. Interacciones farmacológicas del acenocumarol

| EFECTOS SOBRE EL ACENOCUMAROL | |
|---|---|
| Efecto potenciado por: | Efecto disminuido por: |
| <ul style="list-style-type: none"> • Sustancias que modifican la hemostasis: heparina, ácido acetilsalicílico y derivados, fenilbutazona o derivados pirazolónicos y otros antiinflamatorios no esteroideos. • Antibióticos: eritromicina, tetraciclina, neomicina, cloranfenicol, amoxicilina, cefalosporinas (2ª y 3ª generación), fluoroquinolonas. • Antidepresivos: citalopram, fluoxetina, sertralina • Estatinas: fluvastatina, atorvastatina, simvastatina. • Fibratos: ácido clofíbrico. • Antiarrítmicos: quinidina, amiodarona. • Bebidas alcohólicas • Ácido etacrínico • Glucagón • Cimetidina • Alopurinol • Esteroides anabólicos • Andrógenos • Disulfiram • Hormonas tiroideas • Zumo de grosella. | <ul style="list-style-type: none"> • Antineoplásicos: azatioprina, 6-mercaptopurina. • Aminoglutetimida • Anticonvulsivantes: barbitúricos, carbamazepina. • Colestiramina • Griseofulvina • Anticonceptivos orales • Rifampicina • Diuréticos tiazídicos • Antirretrovirales: ritonavir, nelfinavir. • <i>Hypericum perforatum</i> (hierba de san juan). |
| EFECTOS SOBRE OTROS FÁRMACOS | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Hidantoína: elevación de la concentración sérica • Sulfonilureas: aumento del efecto hipoglucemiante. | |

Fuente: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

Elaboración propia.

Las reacciones adversas más importantes del acenocumarol son las hemorragias que se pueden producir en distintos tejidos y la necrosis de la piel.

En caso de sobredosificación, si se producen hemorragias leves se deben emplear las medidas usuales, como el ejercicio de presión sobre la misma. Si la hemorragia es más significativa, el antídoto a emplear es la vitamina K (fitomenadiona). En situación de emergencia por hemorragia grave, la manera de estabilizar los factores de coagulación es administrando sangre entera fresca, con concentrado del complejo protrombínico.¹⁰

c) Los nuevos anticoagulantes orales

Debido a la complejidad que supone el empleo de los antagonistas de la vitamina K en la práctica clínica habitual, se ha desarrollado una amplia actividad investigadora en busca de nuevos anticoagulantes orales que, previniendo eficazmente las complicaciones tromboembólicas de la fibrilación auricular, superen las limitaciones del acenocumarol y warfarina.

Estos fármacos son el dabigatrán, rivaroxabán, apixabán, betrixabán y edoxabán, de los cuales actualmente en España se han comercializado los tres primeros.

Tabla 3. Características farmacocinéticas de los nuevos anticoagulantes orales.

| | DABIGATRÁN | RIVAROXABÁN | APIXABÁN | BETRIXABÁN |
|----------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Mecanismo de acción | Inhibidor de la trombina | Inhibidor del Factor Xa | Inhibidor del factor Xa | Inhibidor del factor Xa |
| Profármaco | Sí | No | No | No |
| Vida media | 12-14h | 7-11h | 12h | 19-24h |
| Excreción renal | 80% | 33% | 25% | 15% |

Fuente: Usman MH, et al. (2008) y Piccini JP, et al. (2010).

Elaboración propia.

Sus principales contraindicaciones son la hipersensibilidad al principio activo, el tratamiento concomitante con otros anticoagulantes, las enfermedades hemorrágicas, la presencia de lesiones orgánicas susceptibles de sangrado, la actividad fibrinolítica aumentada, la hepatopatía asociada a coagulopatía, la insuficiencia renal, el embarazo y la lactancia.¹¹

Las interacciones de los nuevos anticoagulantes se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 4. Interacciones farmacológicas de los nuevos anticoagulantes orales.

| | DABIGATRÁN | RIBAROXABÁN | APIXABÁN |
|---|------------|-------------|----------|
| Disminución del efecto ACO: | | | |
| Rifampicina | x | x | x |
| Hierba de San Juan | x | x | x |
| Carbamacepina | x | x | x |
| Fenitoína | x | x | x |
| Aumento del efecto ACO: | | | |
| Antimicóticos azólicos (ketokonazol, itraconazol, etc.) | x | x | x |
| Inhibidores de proteasas del VIH (ritonavir) | x | x | x |
| Eritromicina, claritromicina | | x | |
| Verapamilo | x | | |
| Dronedarona | x | x | |
| AINES | x | x | x |
| Otros anticoagulantes | x | x | x |
| Ácido acetilsalicílico o clopidogrel | x | x | x |

Fuente: Mateo, J. Nuevos anticoagulantes orales y su papel en la práctica clínica (2013).

Elaboración propia.

La principal reacción adversa, al igual que los antagonistas de la vitamina K es el sangrado, pero los nuevos anticoagulantes orales también pueden ocasionar dolor abdominal, diarrea, dispepsia, náuseas y función hepática anómala.¹¹

Existe evidencia científica de que los nuevos anticoagulantes orales suponen una alternativa, al menos igual de eficaz y más segura que los antagonistas de la vitamina K (AVK), en la prevención del ictus en los pacientes con fibrilación auricular.

Respecto a los AVK, los nuevos ACO están asociados a un mejor perfil de seguridad, sobre todo en cuanto a la reducción de las hemorragias intracraneales en pacientes con fibrilación auricular no valvular.¹²

Sin embargo, debe considerarse que los nuevos ACO también presentan limitaciones e incertidumbres.

d) Comparación de los antagonistas de la vitamina K y los nuevos anticoagulantes orales

Los antagonistas de la vitamina K (AVK) tienen un rango terapéutico estrecho, por lo que es necesario realizar controles del INR con frecuencia. En las personas anticoaguladas normalmente los valores de INR deben mantenerse en un rango entre 2 y 3, excepto para algunos procesos que necesiten un mayor nivel de anticoagulación, en los cuales los valores oscilarían entre 2,5-3,5. Valores superiores aumentan el riesgo de sangrado, y valores por debajo del límite mínimo aumentan la susceptibilidad a sufrir tromboembolismos.

El INR está sometido con frecuencia a una gran variabilidad, ya que este parámetro es resultado de la respuesta individual al fármaco, además de otros factores como los estilos de vida, las interacciones farmacológicas, alimentarias, etc. Por este motivo la dosis de los AVK se debe adaptar para obtener niveles de coagulación sanguínea dentro de un rango seguro para el paciente. Ante una sobredosificación o una respuesta anticoagulante excesiva, los AVK cuentan con un antídoto, la fitomenadiona o vitamina K.

El comienzo de acción y la vida media de los AVK son más largos, por lo que ante la previsión de procedimientos quirúrgicos es necesario consultar al médico con antelación para suspender el tratamiento y continuarlo con heparina.

En cuanto a los nuevos anticoagulantes, cabe mencionar que su respuesta es más predecible debido a una menor variabilidad individual y menor producción de interacciones. La dosis es fija, por lo que es menos probable que se produzcan tanto olvidos como equivocaciones con la dosis diaria. Asimismo, no es necesario realizar controles, lo cual según el punto de vista desde el que se valore puede ser un beneficio o no. Para el paciente sea posiblemente una ventaja, al no depender del Centro de Salud para realizar los controles de INR, pero por otro lado dificulta al personal sanitario valorar aspectos como la adherencia al tratamiento.

Uno de los mayores inconvenientes de los nuevos anticoagulantes es que en la actualidad se desconoce la existencia de antídotos, aunque en un estudio reciente hay datos preclínicos de que el concentrado de factores del complejo protrombínico podría

ser de utilidad para corregir las alteraciones biológicas de la hemostasia generadas por rivaroxabán y apixabán¹³.

El precio también es una limitación a considerar, ya que el coste por envase estándar de los nuevos anticoagulantes multiplica por 40 el de un envase equivalente de los anticoagulantes orales clásicos.¹⁴

Estilos de vida en la fibrilación auricular y anticoagulación oral

Al igual que en otras enfermedades cardiovasculares, el un importante aspecto a abordar deben ser las medidas preventivas incidiendo en el cambio del estilo de vida, con el fin de garantizar el control de sus principales factores de riesgo. Es importante calcular el riesgo vascular global para poder realizar una adecuada intervención de enfermería individualizada.

Así pues, la prevención debe centrarse en dos puntos¹⁵:

1. Actuación sobre patologías que aumentan el riesgo de padecer ICTUS o ACV, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus o la dislipemia.
2. Realizar una educación orientada al conocimiento de la enfermedad y de su tratamiento, la necesidad de adhesión al tratamiento anticoagulante, la importancia del autocuidado y las modificaciones en el estilo de vida.

En éste último, los principales aspectos a abordar son:

- **Tabaco:**

El tabaco es muy rico en vitamina K, por lo que puede interaccionar con el tratamiento anticoagulante disminuyendo su efecto, y en suma aumentar el riesgo de ictus, especialmente el aterotrombótico. Por tanto, no se debe recomendar la exposición al tabaco, tanto activa como pasiva.¹⁵

- **Alcohol:**

El consumo abundante de alcohol aumenta considerablemente el riesgo de ictus isquémico y hemorrágico. Por tanto, se debe recomendar una toma limitada a pequeñas dosis, y evitar bebidas de elevada graduación alcohólica¹⁵.

- **Dieta:**

Los hábitos dietéticos tienen una relación ampliamente demostrada con el riesgo cerebrovascular. La limitación en la ingesta de sal y grasas, junto con un consumo habitual de pescado, legumbres, fibra, frutas y vegetales se asocia a una menor mortalidad vascular y a una reducción marcada en el riesgo de enfermedad cerebrovascular¹⁵. Se debe recomendar una dieta equilibrada y cardiosaludable, e incidir en que no se realicen modificaciones drásticas en la alimentación, especialmente en la toma de alimentos con alto contenido de vitamina K, con el objetivo de reducir las interacciones con dicho fármaco.

Tabla 5. Relación de alimentos con elevado contenido de vitamina K.

| ALIMENTO | CONTENIDO ELEVADO DE VITAMINA K (>40mcg/100g) |
|-----------------------|---|
| Verduras y hortalizas | Remolacha |
| | Repollo |
| | Espárrago |
| | Lechuga romana |
| | Brócoli |
| | Endibia |
| | Cebollino |
| | Perejil |
| | Nabo verde |
| | Espinacas |
| | Col rizada |
| Col lombarda | |
| Coles de Bruselas | |
| Aceites | Aceite de colza |
| | Aceite de oliva |
| | Margarina |
| Frutos secos | Ciruelas pasas |
| | Piñones |
| Frutas | Kiwi |
| | Pasas |
| | Higos |

Fuente: Olveira Fuster, G., Vallejo Lima, R.

Elaboración propia.

Asimismo, se debe tener especial cuidado en la toma de productos de herboristería y suplementos alimenticios, que a pesar de considerarse inocuos no lo son, existen estudios que confirman interacciones entre dichos productos y los anticoagulantes orales.

En un estudio realizado en Italia¹⁶, se analizaron los casos de sospecha de reacciones adversas a productos de herboristería producidos en el periodo correspondiente a los años 2002-2009. Se identificaron 12 casos de posibles interacciones (en 7 de ellos se produjo una reducción del INR y en 5 un incremento) con 8 productos de herboristería distintos.

Asimismo, otro estudio realizado en Estados Unidos¹⁷ afirma que los pacientes que están en tratamiento con anticoagulantes orales tienen riesgo de interacciones con suplementos alimenticios, debido a que aproximadamente un 30% de los pacientes se automedica con productos naturales o de herboristería de manera habitual.

Todavía se desconocen muchos aspectos relacionados con el mecanismo de acción y farmacocinética de dichos productos, pero a pesar de ello, los profesionales sanitarios deben informar sobre la importancia de no automedicarse y de que en caso de consumir productos naturales o suplementos alimenticios lo consulten previamente.¹⁶

- **Ejercicio físico:**

Existe consenso en que la realización de ejercicio físico es un hábito saludable. Eleva el HDL-colesterol, reduce el LDL-colesterol y triglicéridos, desciende la presión arterial, favorece la homeostasis de la insulina, ayuda a reducir y mantener el peso, promueve el bienestar psicológico y ayuda en el abandono del hábito tabáquico. Asimismo, los individuos físicamente activos presentan un menor riesgo de cardiopatía isquémica e ictus¹⁵.

A esto hay que añadir que también ayuda a estabilizar los efectos de los anticoagulantes orales. En un estudio realizado con 1276 pacientes se comprobó que aquellas personas que eran físicamente activas (realizaban un mínimo de 30 minutos de ejercicio físico 3 veces por semana) tenían mayores requerimientos de dosis del fármaco anticoagulante, pero el control de la anticoagulación era mejor y presentaron un menor riesgo de hemorragia que las personas sedentarias.¹⁸

Por tanto, en los pacientes anticoagulados se recomienda la realización de ejercicio físico moderado y regular, y solamente se deben evitar aquellas actividades más violentas o que supongan contacto físico, por un mayor riesgo de traumatismos y en consecuencia de eventos hemorrágicos.^{15,19}

Morbimortalidad

En las personas que padecen fibrilación auricular se incrementa el riesgo de infarto cerebral, la gravedad del mismo es mayor y provoca una mayor mortalidad.⁸

Asimismo, se puede producir una disfunción ventricular izquierda, lo que supone que las personas sufran síntomas de bajo gasto cardiaco, el desarrollo de una insuficiencia cardiaca congestiva y de miocardiopatía asociada a la taquiarritmia.

Todo esto conlleva un incremento en el número de hospitalizaciones, lo cual repercute en la calidad de vida de los pacientes².

En cuanto a la mortalidad en pacientes con fibrilación auricular, se duplica con respecto a las personas que no la padecen. Las Curvas de Kaplan-Meier sobre la

mortalidad atribuida a la fibrilación auricular (FA) basándose en los resultados del estudio Framingham en pacientes de entre 55 y 74 años, muestran que a los diez años cerca del 70% de los pacientes fallecen, mientras que en aquellas personas no afectadas por la enfermedad fallece aproximadamente un 20%.⁸

Calidad de vida

Existen muchos condicionantes que van a influir en el deterioro de la calidad de vida de los pacientes afectados de fibrilación auricular. Entre los que tienen una mayor relevancia están, el detrimento en la tolerancia al ejercicio y la imposibilidad de desarrollar actividades que hasta entonces podían realizar.

Por otro lado, incluso cuando los pacientes recuperan el ritmo sinusal no están exentos de entrar de nuevo en fibrilación auricular, condicionando de manera repetitiva una situación de estancamiento en su actividad habitual.

Es por ello que esta situación genera un alto nivel de ansiedad e incluso depresión. Se ha descrito cómo hasta un tercio de los pacientes con FA presentan esta situación afectiva, y tanto la ansiedad como la depresión han demostrado ser fuertes factores predisponentes del detrimento de la calidad de vida.²

Seguimiento de los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales y educación sanitaria

En un principio, el control del tratamiento con anticoagulantes orales se realizaba desde los servicios de Hematología. Dado el aumento del número de individuos con patología tromboembólica con la consiguiente sobrecarga de muchos servicios hospitalarios, desde el año 2000 se ha descentralizado dicho control, pasando a ser competencia de los equipos de Atención Primaria.²⁰

Distintos estudios, como el publicado el año 2011 en la revista Pulso²¹ sobre el seguimiento de la anticoagulación oral en Atención Primaria, respaldan la educación sanitaria como herramienta de relevancia para el desarrollo de una actitud de autocuidados integrando un estilo de vida adecuado a su situación y evitando de esta manera tanto complicaciones del tratamiento anticoagulante oral como de la propia enfermedad por la que éste ha sido indicado.

En la actualidad, la labor de enfermería en el seguimiento de pacientes en tratamiento con anticoagulación oral consiste en:

- Identificación y captación de pacientes ya anticoagulados para su seguimiento.
- Determinación del INR.
- Valoración de incidencias.
- Valoración del grado de conocimiento que tiene el paciente respecto al tratamiento, adaptación y adhesión al mismo.
- Realización de educación sanitaria para conseguir un óptimo control y prevenir las complicaciones.

En 1983 la Organización Mundial de la Salud define la educación para la salud como cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en que la gente desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando la necesite.²²

La educación para la salud es un componente esencial en el adecuado manejo de los pacientes anticoagulados. Sin embargo, es un aspecto frecuentemente descuidado en la práctica clínica, debido a una combinación de falta de tiempo por parte del personal sanitario y de sentimientos abrumadores por parte de los pacientes.²³

En relación a este aspecto, en 2004 se realizó un estudio con un total de 323 pacientes mayores de 80 años en tratamiento con anticoagulantes orales. En el análisis multivariado, la percepción de una educación insuficiente sobre el tratamiento anticoagulante por parte del paciente o cuidador (Odds Ratio=8,83), la polifarmacia (OR=6,14) y los valores del INR por encima del rango terapéutico (OR=1,08) fueron los factores predictivos de complicaciones hemorrágicas. Por tanto, la mejora y fomento de la educación sobre anticoagulación oral puede reducir aún más las complicaciones hemorrágicas.²⁴

En otro estudio observacional realizado en tres Centros de Atención Primaria en Inglaterra, se aplicó un programa educativo en el que se combinaba la educación sanitaria, el apoyo informático para facilitar la toma de decisiones y la retroalimentación y revisiones con el paciente. En éste, se estima que de llevarse a cabo a nivel nacional a lo largo de 3 años, se podría reducir en aproximadamente 1600 el número de accidentes cerebrovasculares.²⁵

Sin embargo, se ha comprobado en Atención Primaria que gran parte de los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales desconocen el manejo de su enfermedad. Estudios recientes demuestran que el conocimiento del tratamiento anticoagulante oral por parte del paciente está relacionado directamente con la motivación para el cumplimiento terapéutico²⁶. Aquellas personas que disponen de conocimientos son más autosuficientes e integran mejor las modificaciones necesarias en sus estilos de vida, asegurando de esta manera una mejor calidad de vida y salud.

Autocontrol de la anticoagulación oral

El autocontrol consiste en la capacitación del paciente para que realice la determinación del INR en su coagulómetro y ajuste su dosis adaptándola a sus necesidades. Asimismo, incluye la adquisición de conocimientos para advertir síntomas adversos y reaccionar ante cualquier problema en su tratamiento.²⁷

Según Camino Guiu, M.J., et al²⁷, las razones para la implantación de un sistema de autocontrol son las siguientes:

- La permanencia de más tiempo en el rango terapéutico de INR.
- La disminución de la morbilidad y mortalidad.
- Mayor conocimiento de la enfermedad por parte del paciente.
- Incremento de la adherencia al tratamiento.
- Aumento de la satisfacción del paciente.
- Disminución de los costes sanitarios.

La misma autora enumera una serie de criterios de inclusión para el autocontrol de la anticoagulación oral, entre los que se encuentran:

- Edad superior a 18 años o menores con un cuidador responsable.
- Capacidad física y mental conservada.
- Compromiso de cumplir con los requerimientos del autocontrol
- Indicación del tratamiento a largo plazo y tener al menos 3 meses de experiencia con él.
- Pacientes inestables que requieran frecuentes determinaciones analíticas.
- Pacientes con dificultades de accesibilidad geográfica al Centro de Salud.
- El autocontrol debe implicar una mejora en la calidad de vida del paciente.

En una revisión sistemática, García-Alamino et al²⁸, concluyeron que el autocontrol por parte de los pacientes puede mejorar la calidad del tratamiento anticoagulante oral comparado con la monitorización ordinaria. Los pacientes permanecen más tiempo en rango terapéutico, cuyo resultado es la disminución de eventos tromboembólicos y mortalidad, así como una mejora de la calidad de vida.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1 Hipótesis

En la práctica habitual se percibe que las personas que reciben tratamiento anticoagulante tienen insuficiente información sobre su patología, el tratamiento y sus consecuencias, y por ello muestran una menor adherencia. Es en este punto donde inciden en importante medida las actuaciones por parte del personal de enfermería, que es el responsable de llevar a cabo la educación sanitaria en torno a la enfermedad, tratamiento, autocuidados y otras medidas que deba tomar el paciente.

Por ello, este trabajo tiene como finalidad lograr una educación sanitaria completa en los pacientes en tratamiento con anticoagulación oral, que supondrá un aumento en la calidad del servicio, así como de la satisfacción por parte de pacientes y profesionales, y para ello se propone un plan de mejora.

2.2 Objetivo principal

Mejorar el seguimiento de la anticoagulación oral para conseguir reducir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

2.3 Objetivos específicos

- Profundizar en el conocimiento de la enfermedad (fibrilación auricular), la anticoagulación oral y sus cuidados.
- Conocer las características de la población en tratamiento con anticoagulantes orales atendida en el Centro de Salud de Iturrama (Pamplona).
- Proponer un plan de mejora de seguimiento y control en los Centros de Salud.

3. METODOLOGÍA

Las bases de datos consultadas para la revisión bibliográfica han sido Scopus, Dialnet, Medline y Elsevier.

Se ha realizado un estudio descriptivo y transversal, que comprende el periodo enero 2013-abril 2014 en el Centro de Salud de Iturrama.

Previo consentimiento de los profesionales sanitarios responsables, el estudio se inicia con la obtención de datos de un total de 80 pacientes desde el programa informático "Atenea", empleando los siguientes criterios de inclusión: en tratamiento con anticoagulantes orales.

Las variables obtenidas por este medio son las siguientes:

- Sexo
- Edad
- Patología por la que se indica anticoagulación oral
- TRT
- % Consultas de control en la que el INR estaba dentro del rango
- INR máximo y mínimo
- Eventos hemorrágicos y/o trombóticos

Por otro lado, se ha entrevistado a las enfermeras responsables de su seguimiento para conocer si son los propios pacientes los que gestionan su medicación o es otra persona la que lo maneja.

Posteriormente, mediante el programa informático Microsoft Excel se ha realizado un trabajo estadístico con los datos obtenidos, con la finalidad de conocer las características de la población anticoagulada en el Centro de Salud de Iturrama.

A lo largo del trabajo se ha respetado la protección de datos personales de los pacientes de los que se han obtenido los datos para la realización del estudio.

En último lugar, se ha diseñado un plan de mejora de los actuales programas de seguimiento de las personas en tratamiento con anticoagulantes orales en Atención Primaria, basado en la bibliografía revisada y adaptado a las características de la población.

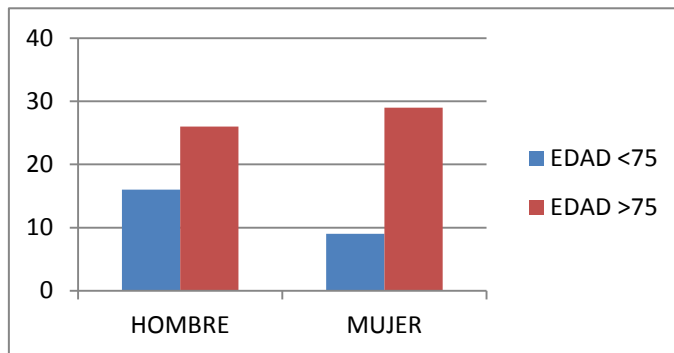
4. RESULTADOS

El número total de pacientes atendidos por las dos áreas de atención de enfermería es de 2551 pacientes, de los cuales el 3,71% (n=81) están en tratamiento con anticoagulantes orales.

4.1 Edad y género

No hay un género que predomine en la población analizada, aunque el masculino es ligeramente superior en número, siendo un 53% (n=43) del total. La edad de la población analizada oscila entre los 37 y los 94 años, con una media de 78,74 años. El 82,25% (n=65) tiene una edad superior a los 75 años. En el gráfico se compara la distribución de la edad de las personas anticoaguladas en función del sexo: el 61,9% (n=27) pertenece al grupo de mayor edad (>75 años), mientras que en el género femenino, este número aumenta a un 76,3% (n=29). Estos datos señalan a que las mujeres anticoaguladas son de mayor edad que los hombres ($\chi^2 = 1.32$ $p = 0.25$).

Gráfico 1. Sexo y edad

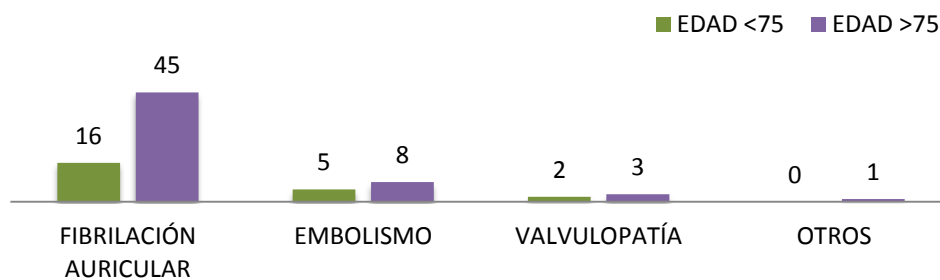


Elaboración propia.

4.2 Patologías

La indicación más frecuente es la fibrilación auricular (76,25%, n=61), pero también están presentes otras patologías, como: procesos tromboembólicos (16,25%, n=13), valvulopatías (6,25%, n=5) y otros (1,25, n=1).

Gráfico 2. Relación de indicaciones de ACO y edad



Elaboración propia.

Un 73,7% de personas afectadas por fibrilación auricular tienen más de 75 años (n=45), mientras que en las patologías tromboembólicas y valvulopatías esta cifra se reduce a un 61,5% (n=8) y un 60% (n=3) respectivamente. No obstante en todos los casos ha predominado el grupo de mayores de 75 años.

Tabla 6. Relación entre las indicaciones de ACO y sexo.

| | FA | EMBOLISMO | VALVULOPATÍA | OTROS |
|-----------|----|-----------|--------------|-------|
| Masculino | 32 | 9 | 1 | 1 |
| Femenino | 29 | 4 | 4 | 0 |
| TOTAL | 61 | 13 | 5 | 1 |

Elaboración propia.

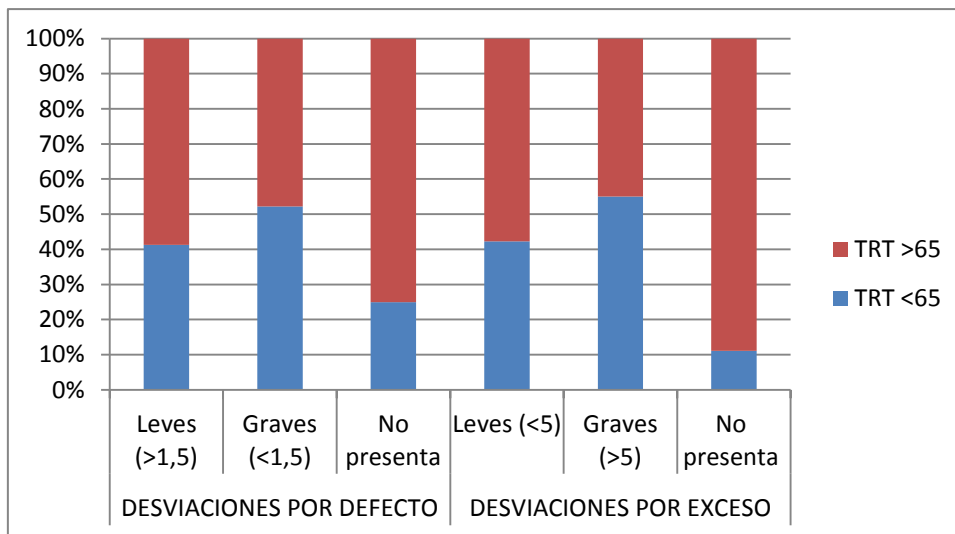
Como se aprecia en la tabla, la prevalencia de la fibrilación auricular ha sido muy similar en hombres y mujeres, mientras que el embolismo se ha producido en un 55% más en hombres (n=9) y la valvulopatía en un 75% (n=4) más en mujeres.

4.3 Control INR

El 58,5% (n=47) de la población obtuvo un TRT superior al 65%, lo que implica que la efectividad del tratamiento en este grupo es adecuada en este momento.

El siguiente gráfico, muestra la relación del grado de las desviaciones máximas y mínimas del INR a lo largo del año 2013-2014. Es destacable que a pesar de que el TRT es un indicador a corto plazo (tiene en cuenta los últimos 8 controles de INR realizados), y que en suma no contempla el alcance de las desviaciones del rango normal, en este gráfico se puede observar una tendencia de que las personas con un TRT superior a 65 presentan menos desviaciones del INR tanto por exceso como por defecto, y son menos graves que en aquellas personas con un TRT <65 ($\chi^2 = 0$, p = 0.96).

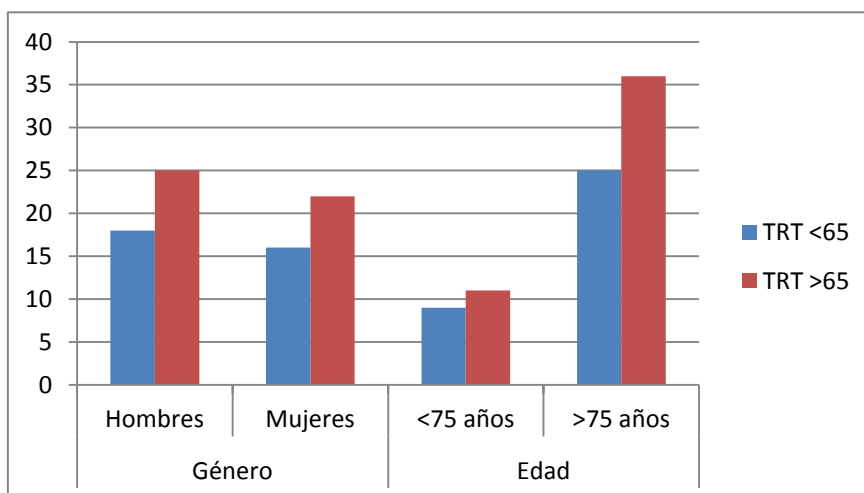
Gráfico 3. Desviaciones del INR en relación al TRT.



Elaboración propia.

En el siguiente gráfico se representa la distribución de las variables género (hombres, mujeres), y edad (<75 y >75 años) en función del TRT.

Gráfico 4. Relación del TRT, sexo y edad.



Elaboración propia.

Como se puede apreciar, no hay diferencias relevantes en el TRT de hombres y mujeres; sin embargo, sí lo hay en función de la edad ($\chi^2 = 0$, $p = 0.98$): un 59% de los mayores de 75 años ($n=36$) tiene un TRT superior a 65, frente a un 55% ($n=11$) de los menores de 75 años.

Por otro lado, en cuanto a la gestión de la medicación, hay un total de 58 personas que se responsabilizan de preparar y tomar sus fármacos, lo que supone el 60% de los

pacientes. El TRT en este grupo ha sido superior al 65% en el 62% (n=36) de los casos, lo que implica que hay un adecuado control.

Sin embargo, dentro de este grupo también hay 6 personas con inicio de demencia, por lo que actualmente tienen un mayor riesgo de presentar dificultades en el manejo de su patología y tratamiento.

| AUTOGESTIÓN DE LA MEDICACIÓN (n=58) | |
|-------------------------------------|----|
| TRT <65 | 22 |
| TRT >65 | 36 |

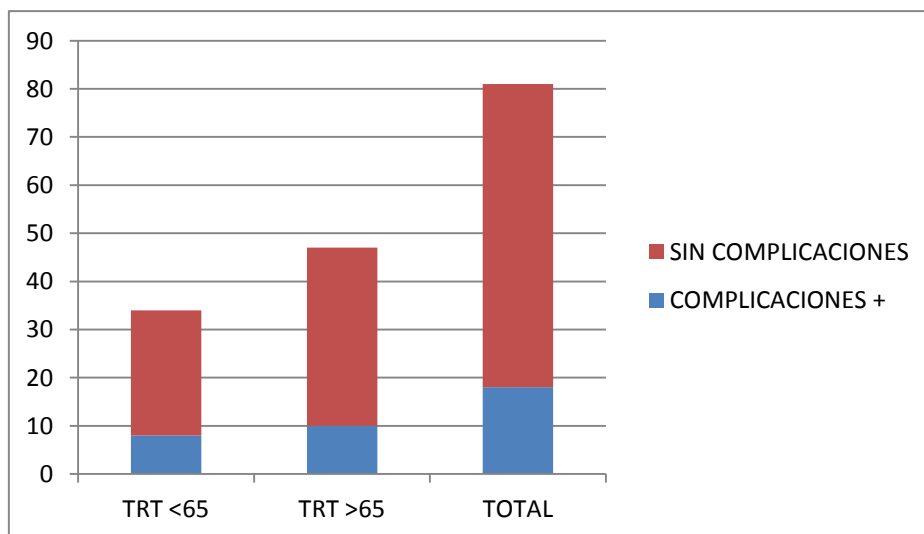
En relación con los olvidos, el 23,75% (n=19) tuvo alguno el último año.

4.4 Complicaciones

En cuanto a las complicaciones asociadas a la toma de anticoagulantes orales, el 22,5% (n=18) presentó algún evento hemorrágico desde el año 2013. Las más frecuentes fueron epistaxis 33,3% (n=7), hemorragia conjuntival 33,3% (n=6), hematuria 16,17% (n=3), rectorragia 11,1% (n=2) y hemoptisis 5% (n=1). No se encontró en la historia clínica ningún evento tromboembólico asociado a la toma de anticoagulantes, por lo que se descartó su inclusión dentro de las complicaciones en esta recogida de datos.

En el siguiente gráfico se representa la existencia de complicaciones en relación con el tiempo en rango terapéutico. El grupo con un TRT superior a 65 presenta un menor número de complicaciones, aunque sin significación estadística ($\chi^2 = 0.06$ p = 0.81).

Gráfico 5. Relación de TRT y complicaciones del tratamiento anticoagulante.



Elaboración propia.

5. DISCUSIÓN

Un 3,71% de un total de 2551 adultos está en tratamiento con anticoagulantes orales. La mayoría de autores señalan la cifra de prevalencia, que no sería comparable con este resultado debido a que no se ha obtenido una muestra poblacional con todos los grupos de edad, sino sólo con adultos.

En torno al género, hay cierta divergencia de resultados. En este caso, el grupo masculino ha sido ligeramente superior en número, siendo un 53% del total. Algunos estudios obtuvieron resultados similares, entre un 50-58%^{29,31}; otros en cambio señalaron un grupo femenino mayoritario (54,9% del total)²¹.

La edad media calculada en este estudio es de 78,74 años. No ha sido un valor fácil de evaluar debido a que la mayor parte de la literatura encontrada hacía referencia a la edad media en la fibrilación auricular, en vez de a la población en tratamiento con anticoagulantes orales. No obstante, las fuentes consultadas refieren una edad media inferior de 67³¹, 71²⁹, y 74³² años.

Todos los estudios revisados coinciden en que la mayoría de pacientes son mayores de 75 años²⁹⁻³⁴, de la misma manera que se ha comprobado en este caso.

En los resultados se obtiene que en el grupo de edad <75 años hay más hombres, mientras que entre los mayores de 75 años son las mujeres las que predominan. El estudio realizado por la Federación Española de Pacientes Anticoagulados²⁹ muestra el mismo resultado. Asimismo, otro estudio realizado en un Centro de Salud de Navarra determinó que los mayores de 75 años tienen un mejor control del INR²¹.

Las principales patologías para las que se indica la anticoagulación han sido la fibrilación auricular, las valvulopatías y la tromboembolia pulmonar o trombosis venosa profunda. Los resultados obtenidos son similares a otros estudios²⁹⁻³², con un claro predominio de la fibrilación auricular, aunque en un caso los porcentajes de valvulopatías y tromboembolismos ascendían a un 22,9% y 16% respectivamente²⁹.

En cuanto a los olvidos, un estudio realizado en pacientes anticoagulados en distintas comunidades españolas concluyó que el 9,3% olvida a veces tomar la medicación.

El 7,5% de los pacientes declaró haber tenido una complicación relacionada con el tratamiento en los últimos seis meses, siendo la hemorragia la más frecuente en las mujeres (9,1%) que en los hombres (3,4%). Un 3% de las mujeres sufrió una trombosis y tan solo el 0,5% de los hombres.²⁹

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. En el 94,5% de los casos, es el médico o profesional de enfermería quien informa al paciente.²⁹

En último lugar, en relación con la hipótesis del presente trabajo, la literatura respalda la realidad de una educación insuficiente, así como la demanda formativa por parte de los usuarios en tratamiento con anticoagulantes.

En el estudio realizado por la Federación Española de Pacientes Anticoagulados²⁹, el 16% pedía más información para gestionar su enfermedad, el 43% sobre su enfermedad, el 6,2% consideraba que tenía muy poca información, y el 29,6% declaró desear tener más información.²⁵

6. PLAN DE MEJORA

El siguiente plan de mejora, del seguimiento de los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales, tiene como objetivo principal: aumentar el conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad, alcanzar la autosuficiencia y favorecer su satisfacción en relación con la asistencia recibida.

Se va a desarrollar en torno a tres ejes:

- 1.- Taller educativo a los pacientes anticoagulados.
- 2.- Programa piloto de autocontrol del tratamiento anticoagulante.
- 3.- Tríptico informativo.

6.1 Taller educativo a los pacientes anticoagulados

Teniendo en cuenta la bibliografía revisada, actualmente existe una falta de información en los pacientes sobre el manejo de su enfermedad y del tratamiento anticoagulante.

Un ejemplo es el estudio llevado a cabo en el Centro de Salud La Laguna-Cortadura (Cádiz), se llevó a cabo un estudio en el que se evaluó la eficacia de las intervenciones grupales en los pacientes anticoagulados. Los resultados mostraron que existía una necesidad formativa y que los talleres de educación para la salud mejoraron significativamente el nivel de conocimientos de los pacientes acerca de su enfermedad ante la toma de dicha medicación.³⁰

Por lo tanto, considero apropiado proponer la elaboración e impartición de talleres en los Centros de Salud, donde acudan los pacientes y, a ser posible, sus cuidadores y/o familiares que estén a su cuidado.

Objetivo principal:

Capacitar a las personas que estén en tratamiento con anticoagulantes orales y/o a los responsables de sus cuidados para la adecuada integración en la vida diaria de unos

hábitos que mejoren su calidad de vida y reduzcan las dudas e incertidumbres a las que se enfrentan a diario.

Objetivos específicos:

- Aumentar el conocimiento sobre su enfermedad.
- Mejorar su conocimiento acerca de los anticoagulantes orales: saber cuál es su objetivo, la forma de administración, las principales interacciones, sus complicaciones, etc.
- Conocer los aspectos básicos de un estilo de vida saludable en relación a la toma de anticoagulantes orales.
- Tener en cuenta las recomendaciones que se dan ante situaciones especiales: como irse de viaje o intervenciones quirúrgicas.
- Aprender a actuar ante signos hemorrágicos o tromboembólicos.
- Favorecer la integración en un grupo que comparte el mismo problema.
- Fomentar la comunicación interpersonal y las relaciones sociales.
- Adquirir una actitud activa y responsable respecto al cuidado y al autocuidado.

Para la obtención de dichos objetivos, se desarrollará el siguiente contenido educativo:

- ¿Por qué debo tomar Sintrom?
- ¿Qué es el tratamiento anticoagulante?
- ¿En qué cambia mi día a día?
- ¿Qué hago si voy de viaje?
- ¿Me puedo someter a cirugía u otros procedimientos?
- Las hemorragias y tromboembolismos.

Población diana:

Personas en tratamiento con anticoagulantes orales y/o sus cuidadores.

Metodología:

Los talleres se impartirán en el Centro de Salud y serán de carácter grupal (máximo 15 personas). Consistirán en dos sesiones de una hora de duración. En cada una de las cuales se trabajarán los siguientes temas:

1ª Sesión

- ¿Por qué debo tomar Sintrom?
- ¿Qué es el tratamiento anticoagulante?
- ¿En qué cambia mi día a día?

2ª Sesión

- ¿Qué hago si voy de viaje?
- ¿Me puedo someter a cirugía u otros procedimientos?
- Las hemorragias y tromboembolismos.

Las sesiones se llevarán a cabo mediante una exposición con apoyo de power point y otros materiales multimedia, como fotos o videos relacionados con los temas a tratar.

Asimismo, se constituirá un espacio abierto en el que las personas puedan compartir e intercambiar sentimientos, experiencias o dudas en relación con el tratamiento anticoagulante, lo cual también puede aumentar la motivación y formar parte del proceso de aprendizaje. El hecho de compartir experiencias con personas que actualmente viven unas circunstancias similares fomenta además un clima de confianza y de afrontamiento.

Al finalizar las sesiones se proporcionará a los asistentes un tríptico con el resumen de los temas tratados, con la finalidad de disponer en el domicilio un apoyo para la consulta de dudas.

6.2 Programa piloto de autocontrol del tratamiento anticoagulante.

En la actualidad tanto en distintas comunidades españolas como en países extranjeros se han integrado programas de autocontrol de los pacientes anticoagulados a la práctica clínica habitual.

En general los resultados han sido satisfactorios, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

En un Centro de Salud de la Comunidad de Madrid se llevó a cabo en el año 2010 un estudio piloto de autocontrol en 40 pacientes³³, de los cuales 20 pacientes fueron asignados a un grupo experimental que debía realizar el autocontrol domiciliario del TAO, y otros 20 formaron parte de un grupo de control, que continuó con los controles habituales en su Centro de Salud.

Al grupo experimental se le capacitó mediante talleres educativos para realizar los controles en su domicilio. Seis meses después se realizó una comparación de los resultados en cada grupo de pacientes. Los valores de TRT fueron aceptables en ambos grupos: el grupo de control obtuvo un 63.8% frente al 61,2% del grupo experimental.

En términos de calidad de vida los resultados fueron significativamente mejores en el grupo que llevó a cabo el autocontrol.

Sería interesante plantear la implantación de un programa piloto de autocontrol en Navarra con una muestra de pacientes que cumplan una serie de requisitos a los que se les formaría para llevar a cabo el autocontrol en su domicilio.

Población diana: pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales que cumplan los siguientes requisitos:

- Autonomía física y psíquica.
- Buena capacidad de aprendizaje.
- Más de un año en tratamiento con anticoagulantes orales y con carácter crónico.
- Voluntad de formar parte del programa.

Objetivos

El principal objetivo es capacitar a las personas en tratamiento para que realicen el control de la anticoagulación oral en sus domicilios.

Objetivos secundarios

- Conocer el funcionamiento de Coaguchek y la adecuada conservación de las tiras reactivas.
- Realizar la técnica para la determinación del INR.
- Saber interpretar los resultados y adecuar la dosis de anticoagulante en función de los mismos.
- Ser protagonista de los autocuidados.
- Aumentar la calidad de vida.

Contenido educativo

- ¿Qué es el autocontrol?
- El programa piloto de autocontrol
- ¿Cómo funciona Coaguchek?
- ¿Cómo realizo el control en mi casa?
- La adecuación de la dosis
- Manejo práctico del autocontrol

Metodología

En primer lugar, se realizará la selección de 20 personas en el Centro de Salud con los siguientes criterios de inclusión:

- Autonomía física
- Autonomía psíquica
- Buena capacidad de aprendizaje.

Se les explicará las bases del proyecto, y en el caso de que la persona acepte formar parte del mismo se le entregará una hoja de consentimiento informado.

Posteriormente, se realizarán tres sesiones teórico-prácticas en el Centro de Salud, a las que acudirán todos los participantes en el programa:

1ª Sesión:

- ¿Qué es el autocontrol?
- El programa piloto de autocontrol

2ª Sesión:

- ¿Cómo funciona Coaguchek?
- La adecuación de la dosis

3ª Sesión:

- Manejo práctico del autocontrol

Las dos primeras sesiones se destinarán a explicar las bases del programa, a cómo realizar el autocontrol en el domicilio y a la resolución de dudas.

En la última sesión se repartirá el material para llevar a cabo el autocontrol y se procederá a poner en práctica la determinación del INR.

Los pacientes llevarán a cabo el autocontrol durante 6 meses. Anotarán los resultados de las determinaciones de INR, los ajustes de dosis, así como incidencias. Tendrán la posibilidad de resolver las dudas vía telefónica con los profesionales de su Centro de Salud en ese periodo. Al cabo del semestre se les citará para realizar una evaluación del programa, con la finalidad de conocer si el autocontrol ha supuesto un beneficio o no, tanto en el control del INR como en materia de calidad de vida del paciente.

Mediante este programa se conocerá la respuesta de la población al autocontrol y, en caso de ser positiva, se podría extender su aplicación a otros Centros de Salud en un futuro.

6.3 Tríptico (anexo 1)

Los trípticos son una herramienta útil para transmitir información de manera breve y clara. Se ha elaborado un tríptico que recoge resumida la información básica que un paciente anticoagulado debe conocer. Se trata de un material con el que pueden contar tanto profesionales de enfermería como de medicina como apoyo en la educación sanitaria, y pueden ser dispensados a los pacientes para que los empleen posteriormente para realizar consultas rápidas.

7. CONCLUSIONES

1.- La utilización de los anticoagulantes orales es un tema complejo en el manejo, que genera controversia y que condiciona la vida y la calidad de las personas.

2.- El perfil de la población en tratamiento con anticoagulantes en el Centro de Salud de Iturrama viene definido por una persona de sexo masculino, de una media de 79 años, que padece fibrilación auricular, se gestiona su propia medicación y mantiene un TRT superior a 65, por lo que destaca un buen control. Las principales complicaciones del tratamiento señaladas por los pacientes en el último año han sido la epistaxis y la hemorragia conjuntival.

3.- Considero necesaria la implantación de un programa de mejora para conseguir aumentar los conocimientos de los pacientes anticoagulados, y de este modo la adherencia, el control y la seguridad terapéutica. Este plan debe pivotar en los Centros de Atención Primaria.

4.- La posibilidad de ofrecer al paciente o cuidador métodos simples y baratos de autocontrol puede ayudar a que el servicio sea más eficiente y eficaz, y a su vez descongestionar las consultas.

Corolario

La enfermería dispone de una oportunidad para continuar investigando sobre el manejo de los pacientes anticoagulados, sobre la educación que se les puede ofrecer y sobre las alternativas disponibles para su abordaje en un futuro, ya que la tendencia actual indica que el número de personas anticoaguladas va a aumentar en los próximos años.

8. AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a todas las personas que han hecho posible la elaboración de este Trabajo de Fin de Grado:

En primer lugar, mi sincero reconocimiento al Dr. D. Gregorio Tiberio López, tutor de este trabajo, por toda la disposición que ha mostrado y la orientación, ayuda y ánimos a lo largo del mismo.

Asimismo, al personal del Centro de Salud de Iturrama, por darme la posibilidad de recoger y trabajar con los datos necesarios para el estudio de campo.

Por último, también quiero agradecer a mi familia por los consejos y apoyo que me han dado, no solamente en este trabajo, sino también a lo largo de los estudios de Grado.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Banegas JR, Villar F, Graciani A, Rodríguez Artalejo F. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en España. Revista Española de Cardiología. 2006; 6:3G-12G. Disponible en:
http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13113730&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=82&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v6nSupl.Ga13113730pdf001.pdf
2. Sociedad Española de Medicina Interna. Nuevos retos en fibrilación auricular. Elsevier-Doyma;2012.
3. Lloyd-Jones D, Wang TJ, Leip EP, Larson MG, Levy D, Vasan RS, et-al. Lifetime risk for development of atrial fibrillation: the Framingham Heart Study. Circulation. 2004; 110:1042-6. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15313941/>
4. López Soto A, Formiga F, Bosch X, García Alegría J. Prevalencia de la fibrilación auricular y factores relacionados en pacientes ancianos hospitalizados: estudio ESFINGE. Medicina Clínica. 2012; 138(6):231-7. Disponible en:
http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/prevalencia-fibrilacion-auricular-factores-relacionados-pacientes-ancianos-90098202-originales-2012?utm_source=Newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=
5. Krahn AD, Manfreda J, Tate RB, Mathewson FA, Cuddy TE. The natural history of atrial fibrillation: incidence, risk factors, and prognosis in the Manitoba Follow-Up Study. American Journal of Medicine. 1995;98:476-84.
6. Fuster V, et al. 2011 ACCF/AHA/HRS focused updates incorporated into the ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. Circulation. 2011; 123: 269-367. Disponible en:
http://www.cardiosource.org/~media/Files/Science%20and%20Quality/Guidelines/Pocket%20Guides/AFIB_PocketGuide.ashx
7. Hernández Moreno J, Molina Díaz R, Ricote Belinchón M. Guía de buena práctica clínica en fibrilación auricular. International Marketing & Communication, S.A.; 2005. Disponible en:
https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_fibrilacion.pdf

8. Lin HJ, Wolf PA, Kelly-Hayes M, Beiser AS, Kase CS, Benjamin EJ, et al. Stroke severity in atrial fibrillation. The Framingham Study. Stroke.1996; 27:1760-4. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8841325>
9. Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. Annals of Internal Medicine. 2007; 146:857-67. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17577005>
10. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica del acenocumarol. 2011. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/58994/FT_58994.pdf
11. Mateo J. Nuevos anticoagulantes orales y su papel en la práctica clínica. Revista Española de Cardiología. 2013; 13(C):33-41. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/nuevos-anticoagulantes-orales-su-papel/articulo/90194342/>
12. John Camm A, YH Lip G, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: An update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. European Heart Journal. 2012;33:2719–47: Disponible en: http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/guidelinesdocuments/guidelines_focused_update_atrial_fib_ft.pdf
13. Eerenberg ES, Kamphuisen PW, Sijpkens MK, Meijers JC, Buller HR, Levi M. Reversal of rivaroxaban and dabigatran by prothrombin complex concentrate: a randomized, placebo-controlled, crossover study in healthy subjects. Circulation. 2011; 124:1573-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21900088>
14. Escolar Albadrejo, G., et al. Guía sobre los nuevos anticoagulantes orales. Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia/Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia. 2013. Disponible en: <http://www.sehh.es/images/stories/recursos/2013/documentos/guias/GUIA-NAO-MODIFICADA-diciembre-2012-R.pdf>
15. Guía para el tratamiento preventivo del ictus isquémico y AIT (I). Actuación sobre los factores de riesgo y estilo de vida. Neurología. 2012;27(9):560—74. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=90161923&

[pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=295&ty=121&accion=L&origen=zonalectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=295v27n09a90161923pdf001.pdf](http://www.elsevier.es/locate/S0924646011000001)

16. Paoletti A, Gallo E, Benemei S, Vietri M, Lapi F, Volpi R, et al. Interactions between natural health products and oral anticoagulants: spontaneous reports in the Italian Surveillance System of Natural Health Products. Evidence Based Complementary and Alternative Medicine. 2011; 612150. Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/ecam/2011/612150/citations/>
17. Wittkowsky AK. Dietary supplements, herbs and oral anticoagulants: the nature of the evidence. Journal of Thrombosis and Thrombolysis. 2008; 25(1):72-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17906915>
18. Shendre, A., Beasley M, Brown TM, Hill CE, Arnett D, Limdi N. Influence of Physical Activity on Warfarin Dose, Anticoagulation Response and Risk of Hemorrhagic Complications. Circulation. 2013; 128: A9549. Disponible en: http://circ.ahajournals.org/cgi/content/meeting_abstract/128/22/MeetingAbstracts/A9549
19. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Anticoagulación Oral en Atención Primaria. Guía de actuación. Actualización 2009.
20. Nuin MA, Arroyo MP, Yurss I, Granado A, Calvo C, Elia F, et al. Evaluación del programa piloto de descentralización del control del tratamiento anti-coagulante oral en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Medicina Clinica (Barcelona).2005;124:326-31.
21. Bénédict Fernández J, Egozcue Mediavilla DJ, Aguas Torres A, Arriaza Laborde E, Salvador Iñigo C. Evaluación del seguimiento de los pacientes con anticoagulación oral en Navarra. Pulso.2011; 67: 38-42.
22. Organización Mundial de la Salud. Nuevos métodos de educación sanitaria en la acción primaria de salud. Informe técnico número 690. 1983.
23. Wofford JL, Wells MD, Singh S. Best strategies for patient education about anticoagulation with warfarin: a systematic review. BMC Health Services Research 2008; 8: 40.

24. Kagansky N, Knobler H, Rimon E, Ozer Z, Levy S. Safety of anticoagulation therapy in well-informed older patients. Archives of Internal Medicine. 2004; 164(18):2044-50. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15477441>
25. Robson J, Dostal I, Mathur R, Sohanpal R, Hull S, Antoniou S, et al. Improving anticoagulation in atrial fibrillation: observational study in three primary care trusts. The British Journal of General Practice. 2014; 64(622):275-81. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24771841>
26. Martínez Rodríguez G. Tratamiento con acenocumarol: estudio de la relación entre el grado de conocimientos acerca del fármaco, el cumplimiento del tratamiento y la estabilidad de los controles INR en intervalo terapéutico. [Trabajo fin de grado] Universidad de La Coruña. Facultad de Enfermería y Podología; 2013.
27. Camino Guiu MJ, Cebollero Mata ML, Bolea Muro C, Borrel Roncalés M. Creación de una unidad de educación en el autocontrol del TAO. Revista Rol de Enfermería. 2012; 35(4):268-74.
28. Garcia-Alamino JM, Ward AM, Alonso-Coello P, Perera R, Bankhead C, Fitzmaurice D, et al. Self-monitoring and self-management of oral anticoagulation (Review). 2010. Disponible en: <http://www.hadassah-med.com/media/1998967/Selfmonitoringandselfmanagementoforalanticoagulati.pdf>
29. Federación Española de Asociaciones de Anticoagulados. Análisis del perfil sociosanitario del paciente anticoagulado en España. 2013. Disponible en: <http://www.anticoagulados.info/upload/20130619111410.pdf>
30. León Grima M, Reguera Rodríguez de Medina MC. Eficacia de las intervenciones grupales en los pacientes anticoagulados orales. Revista Paraninfo Digital. 2008; 3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p086.php>
31. López Laguna AN, De Jaén Gil S, Robledo Sánchez-Guerrero A, Barrera Linares E, Del Río Martín L, Sánchez González R. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes anticoagulados en un Centro de Atención Primaria. Semergen. 2008; 34(1):3-6. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/semergen-medicina-familia-40/prevalencia-ansiedad-depresion-pacientes-anticoagulados-un-centro-13115176-original-2008>
32. Aparicio Ruiz de Castañeda, P., et al. ¿Mejora el control de los pacientes una visita presencial? Semergen. 2010; 36(2):69-74. Disponible en:

<http://zl.elsevier.es/es/revista/semergen-40/mejora-control-los-pacientes-anticoagulados-una-visita-13148460-originales-2010>

33. De Felipe Medina R, Cáceres Cortés C, Jiménez Merino MR, Alonso Arizcun B, Luna Álvarez R. Estudio comparativo del autocontrol domiciliario frente al control convencional de pacientes anticoagulados seguidos en un Centro de Atención Primaria. Medicina General y de Familia. 2013;2(6):176-83. Disponible en: http://www.mgyf.org/revistas/V2N6/V2N6_176_183.pdf

ANEXO 1. TRÍPTICO PARA EL PACIENTE ANTICOAGULADO

¿QUÉ DEBO SABER DEL TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES?



¿POR QUÉ NECESITO TOMAR UN ANTICOAGULANTE?

Le han diagnosticado una enfermedad o proceso que provoca que su sangre se coagule más rápido, por lo que aumenta el riesgo de que se produzcan trombosis o embolias. Estas se pueden prevenir mediante la toma de anticoagulantes, como el Sintrom®.

¿POR QUÉ HAY QUE LLEVAR A CABO CONTROLES?

La respuesta de cada persona al Sintrom es diferente, por lo que hay que realizar unos controles en los que se determina el valor del INR: valores demasiado bajos del favorecen la posibilidad de tromboembolismo, y niveles demasiado altos las hemorragias. Es importante realizar los controles para ajustar la dosis del fármaco y poder mantener esos valores en un rango seguro.



- A la misma hora, y preferiblemente por la tarde, ya que los controles de INR se realizan por la mañana.
- Alejado de las comidas.
- Debe revisar la dosis que le corresponde tomar en el calendario que le proporcionarán en el Centro de Salud.

¿QUÉ HAGO SI ME EQUIVOCO CON LA DOSIS O SE ME OLVIDA TOMARLO?

Si toma más Sintrom del que le habían indicado, consúltelo con su médico en menos de 24 horas.

Si olvida una toma o toma menos Sintrom del que le habían indicado:

- Si han transcurrido menos de 3 horas de su hora habitual, puede tomar la dosis que corresponde.
- Si han pasado más horas, NO DOBLE LA DOSIS AL DÍA SIGUIENTE.

¿QUÉ HAGO SI TENGO UN SANGRADO?

Si presenta un sangrado leve, debe presionar ejercer presión hasta que cese el sangrado.

Si el sangrado no cesa y/o es abundante, acuda al hospital.

NOTIFIQUELO SIEMPRE A SU ENFERMERA O MÉDICO DE REFERENCIA.

MEDICAMENTOS

- Si tiene fiebre, dolor de cabeza o síntomas similares NO tome ASPIRINA. En su lugar puede tomar paracetamol o metamizol.
- Si va a iniciar la toma de un medicamento, consúltelo antes con su médico. NO SE AUTOMEDIQUE.

ALIMENTACIÓN

Se recomienda una dieta equilibrada y variada.

No hay alimentos prohibidos.

Hay una serie de alimentos ricos en vitamina K que pueden interferir en la eficacia del medicamento.



Puede comerlos sin problema, sólo es recomendable que no haga cambios bruscos en su toma (por ejemplo: pasar de comerlos a diario a comerlos una vez por semana).

ALCOHOL y TABACO

La toma abusiva del alcohol puede interactuar con su tratamiento anticoagulante y afectar negativamente a su salud.

No obstante puede realizar una toma moderada, como 1 vaso de vino al día.

El tabaco contiene vitamina K, por lo que interactúa con el tratamiento anticoagulante y es dañino para su salud. No se recomienda su exposición activa ni pasiva.

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y OTROS PROCEDIMIENTOS

- Siempre que vaya a un entorno hospitalario advierta que está tomando Sintrom.
- Si va a someterse a una intervención quirúrgica acuda a su Centro de Salud con antelación para que se adecúe la dosis de Sintrom.
- No se deben administrar inyecciones intramusculares.

VIAJES

Puede salir de viaje y disfrutar de sus vacaciones sin



preocupaciones. Puede acudir a su Centro de Salud antes de la partida para realizar un control y ajustar su dosificación.

No olvide llevar consigo la medicación suficiente y el calendario con las dosis diarias.

Procure llevar un régimen de vida similar al habitual durante sus vacaciones.