



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia

“Dr. Dacio Crespo”

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2015 – 2016

Trabajo Fin de Grado

**Cuidados de enfermería al paciente en
tratamiento con los nuevos anticoagulantes
orales de acción directa**

Revisión Bibliográfica

Alumna: Irene Texeira González

Tutora: D^a Elena Faulín Ramos

Junio, 2016

ÍNDICE

Resumen	3
Introducción y objetivos	4
Material y métodos	13
Resultados/ Discusión	20
Bibliografía.....	32
Anexos	39

RESUMEN

Introducción: El progresivo envejecimiento de la población ha propiciado que las enfermedades tromboembólicas constituyan una de las principales causas de mortalidad en los países desarrollados. Se ha demostrado que la anticoagulación constituye un pilar básico para el tratamiento y prevención de estas enfermedades. El tratamiento anticoagulante de elección en los últimos 70 años han sido los antagonistas de la vitamina K (AVK), pero sus limitaciones han hecho que en la última década se hayan desarrollado nuevos anticoagulantes orales (NACO) como alternativa. Estos fármacos presentan grandes ventajas frente a los AVK, precisando una adecuada educación para conseguir una buena adherencia al tratamiento y evitar las posibles complicaciones.

Objetivos: Mostrar la mejor evidencia científica en los cuidados de enfermería en el paciente anticoagulado con NACO, para mejorar la adherencia terapéutica y evitar las complicaciones.

Material y métodos: Se realizó una revisión bibliográfica utilizando las bases de datos DIALNET, PUBMED, LILACS y SCIELO, además de otras fuentes. La revisión abarcó desde noviembre de 2015 hasta Mayo de 2016. Se utilizaron los términos DeCS y MeSH, combinándolos mediante el operador booleano AND y aplicando los criterios de inclusión y exclusión, realizando la lectura crítica mediante las parrillas CASPe y AGREE II. Se seleccionaron 25 artículos.

Resultados/ Discusión: A partir del diagnóstico Disposición para mejorar la gestión de la salud se plantean una serie de objetivos priorizando que el paciente conozca el proceso de su enfermedad, el tratamiento y la importancia de un buen cumplimiento del mismo, estableciéndose los cuidados más indicados para mejorar la adherencia al tratamiento. La complicación potencial de sangrado se establece como principal problema de colaboración y se plantean intervenciones orientadas a que el paciente y familia conozcan los principales signos y síntomas de hemorragia y las acciones apropiadas en el caso de que se produzca.

Palabras clave: Nuevos anticoagulantes orales, adherencia terapéutica, complicaciones, cuidados de enfermería.

INTRODUCCIÓN

Durante el siglo XX, gracias a los avances en la medicina y a la mejora de las condiciones de vida, se ha producido una disminución en la mortalidad, lo que ha propiciado un crecimiento progresivo y envejecimiento de la población, caracterizado por un incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas. Como consecuencia de estos cambios, y debido a los malos hábitos de vida y a la exposición frecuente a los diferentes factores de riesgo asociados que propician su aparición, las enfermedades cardiovasculares se han convertido en la principal causa de mortalidad en los países desarrollados ⁽¹⁾. La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca crónica más frecuente, afecta a un millón de personas mayores de 40 años, según el informe 'Observación de Fibrilación Auricular y Enfermedad Coronaria en España' (OFRECE) presentado por la Agencia de investigación de la sociedad Española de Cardiología en 2014 ⁽²⁾. Su gravedad reside en que lleva asociado un riesgo de ictus y embolia sistémica cinco veces superior al de la población general ⁽³⁾. Dado que éste último es la primera causa de discapacidad en el adulto (afecta cada año a unos 130.000 españoles de los cuales 80.000 fallecen o quedan con alguna discapacidad), y la tercera causa de muerte global (pero la primera por encima de los 75 años) su prevención y tratamiento es de interés sanitario, social y económico, ya que a medida que envejezca la población, la prevalencia del ictus irá en aumento ⁽⁴⁾. Se estima que esta complicación puede darse hasta en 4,5 % de los pacientes no anticoagulados, razón suficiente para que el tratamiento anticoagulante constituya uno de los pilares básicos para su tratamiento y prevención ⁽⁵⁾.

El origen de los anticoagulantes orales se remonta a principios del siglo XX, cuando los habitantes de las llanuras de Canadá y del Norte de Estados Unidos empezaron a plantar de manera extensiva trébol dulce. Al poco de cultivarlo, el ganado empezó a morir de hemorragias incontrolables. En 1922, un veterinario canadiense llamado Frank Schofield observó que el ganado estaba comiendo una mezcla que incluía trébol dulce y también observó que estas hemorragias solo se producían cuando la planta se encontraba fermentada. Hicieron falta numerosas investigaciones, pero finalmente, en 1939, lograron encontrar la sustancia causante de la enfermedad del trébol dulce y le

pusieron el nombre de dicumarina. Tras numerosos ensayos en la clínica Mayo, esta sustancia fue patentada para su uso comercial en 1941 con el nombre de dicumarol. Siguieron trabajando en el desarrollo de anticoagulantes que fueran más potentes que la dicumarina con la idea de ser usados como veneno contra roedores y en 1948 se obtuvo la warfarina. La warfarina se registró para uso comercial como raticida por primera vez en los Estados Unidos, y a finales de ese mismo año y debido a que en 1951 un soldado norteamericano intentara suicidarse sin éxito con esta droga, comenzaron los estudios para establecer su utilidad como anticoagulante terapéutico. La warfarina es el anticoagulante oral más utilizado en los países anglosajones. Es un derivado de la vitamina K que ejerce su efecto anticoagulante de forma indirecta, actuando sobre los factores de la coagulación dependientes de vitamina K (II, VII, IX y X), inhibiendo fundamentalmente la vía extrínseca y vía común de la coagulación. Dentro de los derivados de la vitamina K también se encuentra el acenocumarol, que es el más comercializado en España ⁽⁶⁾. Estos anticoagulantes orales antivitaminas K (AVK) han sido el tratamiento anticoagulante oral de elección en España en los últimos 70 años y están indicados en la prevención primaria y secundaria a corto y largo plazo de eventos tromboticos en pacientes con tromboembolismo venoso, fibrilación auricular, válvulas cardíacas protésicas, enfermedad arterial coronaria y en individuos con alto riesgo quirúrgico ⁽⁷⁾.

Pese a su eficacia, estos fármacos distan mucho de ser un anticoagulante ideal, ya que presentan muchas limitaciones. La mayor complicación es el riesgo de sangrado. Antes de iniciar un tratamiento anticoagulante debemos establecer el riesgo que presenta el paciente de padecer un accidente cerebrovascular (ACV) y ver así si requiere o no tratamiento. Para valorar ese riesgo la Sociedad Española de Cardiología recomienda aplicar la escala **CHA₂DS₂-VASC** (Anexo 1). Los pacientes con una puntuación ≥ 2 presentan un riesgo alto de sufrir un ACV, por lo que deben recibir tratamiento anticoagulante, salvo que haya alguna contraindicación. Los pacientes con 1 punto presentan un riesgo moderado, por lo que podría considerarse la antiagregación o la anticoagulación. Por último, los pacientes con puntuación 0 presentan un riesgo bajo, por lo que no se precisa anticoagulación ⁽⁸⁾.

Se ha de valorar siempre el riesgo individual de hemorragia del paciente frente al beneficio de la terapia, para ello la guía europea de FA propone la utilización de la escala **HAS-BLED** (Anexo 2). Esta escala permite calcular el riesgo de sangrado en pacientes con fibrilación auricular que reciben anticoagulación oral, partiendo de los factores de riesgo asociados con la probabilidad de sangrado. El resultado de 1 a 9 puntos nos determina el tipo de riesgo de sangrado. 0 (riesgo bajo), 1-2 (riesgo intermedio) y mayor de 3 (riesgo alto de sangrado), que indica que no está contraindicada la anticoagulación pero se necesitan controles más frecuentes ⁽⁸⁾.

Destaca también su estrecho margen terapéutico, por lo que es necesaria la realización de controles periódicos que informen sobre el grado de anticoagulación del paciente para poder administrar dosis eficaces con la mínima incidencia de sangrado. Inicialmente la prueba de laboratorio que se utilizaba como control era el Tiempo de Protrombina (TP), que se obtiene añadiendo tromboplastina a la muestra de sangre del paciente, y consiste en ver el tiempo que tarda en formarse el coágulo. El problema de esta prueba, es que a menudo, daba resultados diferentes para un mismo paciente dependiendo de sensibilidad de la tromboplastina que utilizara el laboratorio, por eso desde el año 1983 se ha estandarizado en forma de INR (International Normalized Ratio) o Cociente normalizado internacional.

$$\text{INR} = \left[\frac{\text{PT patient}}{\text{PT reference Plasma}} \right]^{\text{ISI}}$$

El INR es el cociente entre el TP del paciente en tratamiento con anticoagulante y el TP de una persona que no toma anticoagulantes, elevado a ISI (índice de sensibilidad internacional de las diferentes tromboplastinas utilizadas como reactivo). La diferencia se basa en que el INR tiene en cuenta la sensibilidad de los reactivos usados, para que los resultados sean equivalentes entre los distintos laboratorios. Los rangos terapéuticos recomendados se cifran en el mantenimiento de un INR entre 2 y 3, excepto en los pacientes con prótesis valvulares mecánicas, en los que se recomiendan rangos de INR entre 2.5 y 3.5, o un INR entre 3 y 4 en la profilaxis secundaria del tromboembolismo venoso en el síndrome antifosfolípídico. Un INR por encima de estas cifras indica un riesgo alto de hemorragia, mientras que un INR bajo indica que existe la probabilidad de que se produzca un coágulo. Esta monitorización continua, además de ser un

inconveniente para los pacientes, limitando su calidad de vida, supone un importante coste para el sistema sanitario ⁽⁹⁾.

Presenta además un inicio lento de acción, el efecto terapéutico no se produce hasta que no hay una reducción de los factores II y X (aproximadamente unas 40-60 horas después de iniciar el tratamiento), lo que supone una gran desventaja si se necesita una rápida anticoagulación. La rapidez con que se alcanza el efecto deseado no depende de la dosis, por lo que sería inútil elevar las dosis del anticoagulante.

Otros inconvenientes son sus múltiples interacciones con alimentos y con otros fármacos. Hay gran cantidad de fármacos que pueden interferir con los AVK, bien potenciando su efecto, o disminuyéndolo (Anexo 3). Con respecto a la dieta hay que tener cuidado con los alimentos ricos en vitamina K (verduras, aguacate, té verde, etc.) porque pueden inhibir el efecto anticoagulante, aunque para eso se necesitan grandes cantidades, por lo que no deben prohibirse estos alimentos ricos en vitamina, sino que el paciente los tome con moderación.

Igualmente hay que tener en cuenta la variabilidad interindividual e intraindividual en la respuesta a una dosis concreta, que se podría deber a la variabilidad genética por los polimorfismos en los genes que codifican las enzimas vitamina k reductasa y el citocromo P450 ^(10, 11).

Todas estas limitaciones afectan a la calidad de vida del paciente, muchos de ellos no alcanzan un buen control terapéutico (de los 800.000 pacientes anticoagulados con AVK en España, se estima que 1/3 no se encuentra dentro del rango terapéutico con la medicación clásica) y están expuestos a un mayor riesgo de complicaciones hemorrágicas. Por esto motivo se hace necesario encontrar una alternativa a estos fármacos anti-vitamina K, que suplan estas limitaciones, e intenten ajustarse al perfil del anticoagulante ideal. Estos fármacos son los nuevos anticoagulantes orales de acción directa (NACO). Presentan grandes ventajas con respecto a los antagonistas de la vitamina K, la evidencia científica asegura que son, al menos, tan eficaces y seguros como éstos en la prevención del ictus y otros embolismos relacionados con la fibrilación auricular no valvular ⁽¹²⁾. La acción de estos nuevos fármacos se dirige específicamente a inhibir de forma directa un solo factor de la cascada de coagulación, a diferencia de los

AVK que actúan sobre múltiples factores indirectamente. El ximelagatran, inhibidor directo de la trombina, fue el primer anticoagulante oral disponible, pero fue retirado del mercado por su alta hepatotoxicidad ⁽¹³⁾. En la actualidad, los nuevos fármacos anticoagulantes disponibles en el mercado son el Rivaroxabán y Apixabán, que actúan sobre el factor Xa, y el Dabigatrán, que actúa sobre el factor IIa o trombina, enzimas claves en la vía final de la coagulación, como se muestra en la figura 1.

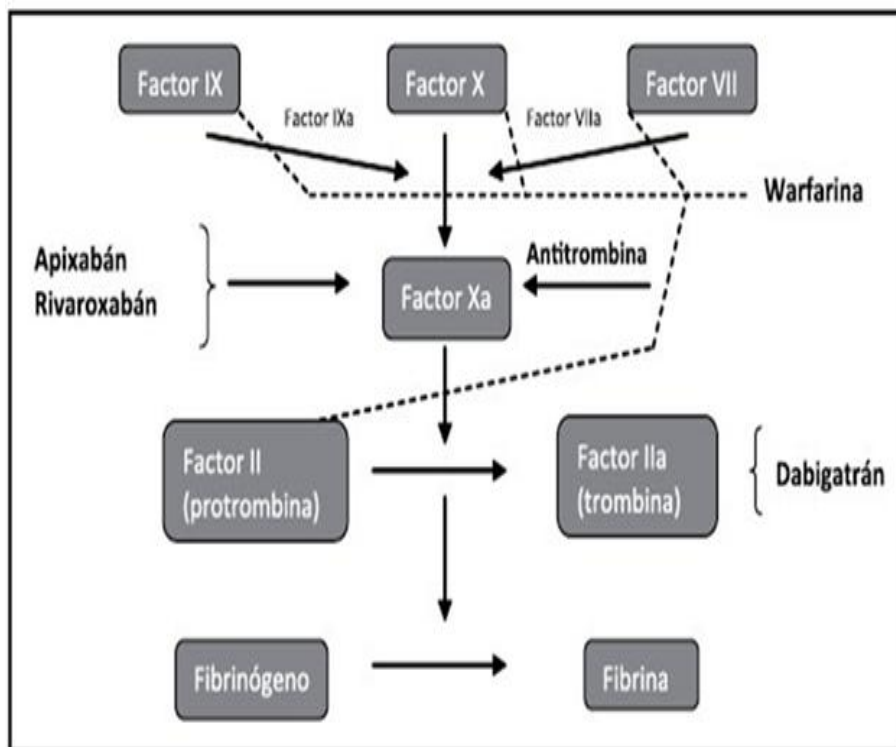


Figura 1. Sitios de acción de los anticoagulantes orales ⁽¹⁴⁾.

Debido a su acción directa, estos NACO presentan numerosas ventajas frente a los AVK. Tienen un inicio rápido de acción y vida más corta, lo que podría suponer una ventaja a la hora de una sobredosificación o de una intervención urgente. Poseen una farmacocinética predecible, por lo que no necesitan ajuste de dosis. Apenas tienen interacciones con alimentos y otros fármacos, por lo que supone una mejora en la calidad de vida de los pacientes, sobre todo de ancianos y polimedificados ⁽¹⁵⁾. Además,

presentan menor riesgo de sangrado, reduciendo la tasa de hemorragia intracraneal (HIC) en un 53 %, que es la causa más importante del descenso de uso de dicumánicos ⁽¹⁶⁾.

Sin embargo, los NACO también poseen ciertas limitaciones. La principal es que carecen de un antídoto específico establecido. Su vida media corta y su farmacocinética predecible pueden hacer innecesario revertir su efecto, pero existen situaciones, como una hemorragia o cirugía de urgencia, en la que puede ser imprescindible. A pesar de no tener antídoto específico, diversos estudios señalan que la hemodiálisis permite eliminar una fracción importante del fármaco en el caso de Dabigatrán, y que el concentrado de complejo protombínico y el factor VII activado recombinante pueden revertir el efecto de los inhibidores del Xa. Podría decirse que en esta situación los AVK tienen ventaja con respecto a los NACO, ya que los efectos de los AVK pueden revertirse con vitamina K, pero es un tema de debate, ya que el efecto de esta vitamina en casos de sobredosificación no es inmediato, por lo tanto ambos tienen desventajas en este sentido. No necesitan monitorización frecuente de los factores biológicos, por lo que el control de la adherencia del paciente es muy difícil. Esta falta de seguimiento puede aumentar las complicaciones tromboembólicas ya que la vida media de eliminación para los nuevos anticoagulantes oscila entre 9 y 12 horas, más corta que la de otros fármacos utilizados en la profilaxis de eventos trombóticos. Su elevado coste también delimita su uso, ya que el envase estándar de los NACO multiplica por 40 el de un envase equivalente de los ACO clásicos ⁽¹⁷⁾.

En numerosas situaciones clínicas es aconsejable seguir con los anticoagulantes tradicionales, por ejemplo los pacientes en tratamiento con AVK que mantengan un INR estable o pacientes con fibrilación auricular con afectación valvular. Las situaciones en las que los NACO podrían considerarse una opción terapéutica son las siguientes:

- Pacientes con hipersensibilidad conocida o con contraindicación específica al uso acenocumarol o warfarina.
- Pacientes con antecedentes de hemorragia intracraneal (HIC).
- Pacientes con ictus isquémico que presenten criterios clínicos y de neuroimagen de alto riesgo de HIC.

- Pacientes en tratamiento con AVK que sufren episodios tromboembólicos arteriales graves a pesar de un buen control de INR.
- Pacientes que han iniciado tratamiento con AVK en los que no es posible mantener un control de INR dentro de rango (2-3) a pesar de un buen cumplimiento terapéutico.
- Imposibilidad de acceso al control de INR convencional ⁽¹⁸⁾.

Actualmente en España, los NACO:

Dabigatrán, Rivaroxabán y Apixaban están comercializados en la prevención primaria de tromboembolismo venoso en pacientes adultos tras cirugía de reemplazo de cadera o rodilla.

Dabigatrán y Rivaroxabán están autorizados para la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular ⁽¹⁹⁾.

Con el objetivo de regular su utilización en el ámbito sanitario español, la agencia Española del Medicamento (AEMPS), ha elaborado unos “criterios generales para el uso de nuevos anticoagulantes orales en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular” (Anexo 4). A pesar de estas recomendaciones de utilización de las nuevas opciones terapéuticas, el ritmo de introducción de los NACO en España es claramente inferior al observado en la mayoría del resto de países europeos. En nuestro país apenas llega al 9%, mientras que en otras naciones como Francia o Alemania superan el 22%. Esto se debe a limitaciones económicas, administrativas, profesionales y las específicas de los gobiernos de cada Comunidad Autónoma. Actualmente, la prescripción está restringida en algunos niveles asistenciales y disciplinas médicas y no hay homogeneidad en la definición de los criterios de uso de inicio de tratamiento con NACO en las diferentes comunidades autónomas. Esta falta de homogeneidad favorece que se continúen usando los tratamientos clásicos incluso en los pacientes que más podrían beneficiarse del cambio. Actualmente, en Castilla y León, sí se contemplan las indicaciones para el tratamiento con NACO, incluidas en el Informe de Posicionamiento Terapéutico del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, pero es una de las 8 comunidades autónomas que tiene limitada de alguna u otra manera su prescripción ⁽²⁰⁾. Dadas las ventajas que

presentan estos nuevos NACO su instauración será rápida y es posible que sustituyan a los AVK en diversas situaciones, según el cardiólogo Raúl Altman, miembro del Consejo de Aterosclerosis y Trombosis de la Sociedad Argentina de Cardiología, -“Los nuevos NACO se van a usar en al menos un 50% de los pacientes con fibrilación auricular”⁽²¹⁾.

El consejo general de enfermería, la clínica Bayer y la Red de Expertos “La Salud del paciente, por delante”, han elaborado un estudio para evaluar los conocimientos que la enfermería tiene sobre los NACO. Este estudio ha contado con la participación de 300 profesionales, y revela que a pesar del gran desconocimiento (42,4 % de los enfermeros aseguran que no conocen estos nuevos fármacos) hay un 73% de los que sí los conocen y han trabajado con ellos, que admiten que su uso ha mejorado la calidad de vida de los pacientes⁽²²⁾.

La enfermería es la responsable de los cuidados de estos pacientes con el objetivo último de la capacitación de éste para el manejo de su régimen terapéutico en el proceso de su enfermedad. Sin lugar a dudas el mejor modelo de seguimiento del paciente con NACO debe ser aquél que sea capaz de proporcionar mayor accesibilidad, adherencia al tratamiento, aceptación por parte del paciente, adecuado control y disminución de los eventos cardiovasculares y de la mortalidad. Para un adecuado control de este régimen terapéutico deberá recibir educación sanitaria, que incluya recomendaciones de estilo de vida, medicación compatible, precauciones ante situaciones especiales. Dicha educación sanitaria recae directamente dentro de las funciones de la enfermera, tanto a nivel asistencial especializado, como a nivel de atención primaria.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Mostrar la mejor evidencia científica en los cuidados de enfermería en el paciente anticoagulado con NACO.

Objetivo específico:

Identificar mecanismos para mejorar la adherencia terapéutica y evitar las complicaciones derivadas del uso de los NACO.

Promover un mayor autoconocimiento del tratamiento en el paciente anticoagulado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Con el objetivo de encontrar la mejor evidencia científica disponible en los cuidados de enfermería en el paciente anticoagulado con NACO se realizó una revisión bibliográfica, para la cual se planteó una pregunta de investigación basada en la estructura PICO:

¿Cuáles son los cuidados de enfermería que deben darse a los pacientes adultos que reciben los nuevos anticoagulantes orales para evitar las complicaciones y aumentar la adherencia terapéutica?

P	Población de pacientes	Pacientes adultos que siguen un tratamiento con los nuevos anticoagulantes orales de acción directa
I	Intervención	Cuidados de enfermería a los pacientes en tratamiento con los NACO
C	Comparación	
O	Resultado esperado	Aumentar la adherencia terapéutica y disminuir las complicaciones de los pacientes anticoagulados.

Para ello se realizó una búsqueda en diferentes fuentes con el objetivo de recopilar toda la información necesaria sobre el tema a tratar. Las bases de datos utilizadas fueron: Pubmed, Scielo, LILACS y DIALNET.

Se consultó también La revista Española de Cardiología, así como otros artículos obtenidos a través de la búsqueda inversa efectuada en la bibliografía de los artículos encontrados. La revisión abarcó desde noviembre de 2015 hasta Mayo de 2016.

Para comenzar la búsqueda, se utilizaron los tesauros DECS y MesH combinando los términos con el operador booleano and:

DeCS	MesH
Nuevos anticoagulantes orales	New oral anticoagulants
Práctica clínica	Clinical practice
Adherencia terapéutica	Adherence therapy
Complicaciones	Complications
Cuidados de enfermería	Nursing care

En la búsqueda se establecieron unos criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Artículos a texto completo. (Full text).
- Artículos con fecha de publicación no superior a 10 años.
- Artículos en inglés y en español.
- Artículos en humanos.

Criterios de exclusión:

- Adultos anticoagulados menores de 18 años.
- Artículos de pago.

A continuación se realizaron las combinaciones de las palabras clave en las bases de datos y se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión:

•Base de datos PUBMED

Se combinaron los términos MeSH “new oral anticoagulants” y “Clinical practice”, utilizando el operador booleano AND y los filtros free full text, idioma español e inglés, 10 años de antigüedad, adult 19 + years.

Se encontraron 450 documentos.

Se encontraron con los filtros 33 documentos.

Se seleccionaron 3 documentos.

Se combinaron los términos MeSH “new oral anticoagulants” y “adherence therapy “”, utilizando el operador booleano AND y los filtros free full text, idioma español e inglés, 10 años de antigüedad, adult 19 + years.

Se encontraron 124 documentos.

Se encontraron con los filtros 12 documentos.

Se seleccionó 1 documento.

Se combinaron los términos MeSH “new oral anticoagulants” y “complications”, utilizando el operador booleano AND y los filtros free full text, idioma español e inglés, 10 años de antigüedad, adult 19 + years.

Se encontraron 1189 documentos.

Se encontraron con los filtros 77 documentos.

Se seleccionó 1 documento.

Se combinaron los términos MeSH “new oral anticoagulants” y “Nursing care”, utilizando el operador booleano AND y los filtros free full text, idioma español e inglés, 10 años de antigüedad, adult 19 + years.

Se encontraron 25 documentos.

Aplicando los filtros no se encontró ningún documento.

•Base de datos LILACS

-Se combinaron los términos “nuevos anticoagulantes orales” y “complicaciones” con el operador booleano AND, utilizando los filtros texto completo, en inglés y español, humanos.

Se encontraron 7 documentos.

Se encontraron 5 documentos utilizando los filtros.

Se seleccionó 1 documento.

-Se combinaron los términos “nuevos anticoagulantes orales” y “práctica clínica” con el operador booleano AND, utilizando los filtros texto completo, en inglés y español, humanos.

Se encontraron 9 documentos.

Se encontró 1 documento utilizando los filtros.

Se seleccionó 1 documento.

-Se combinaron los términos “nuevos anticoagulantes orales” y “cuidados de enfermería” con el operador booleano AND, utilizando los filtros texto completo, en inglés y español, humanos.

No se encontró ningún documento.

•Base de datos SCIELO

Se combinaron los términos “nuevos anticoagulantes orales” y “complicaciones” utilizando los filtros español e inglés, fecha de publicación desde el año 2006 hasta el 2016.

Se encontraron 3 documentos.

No se seleccionó ningún documento.

Se combinaron los términos “nuevos anticoagulantes orales” y “práctica clínica” utilizando los filtros español e inglés, fecha de publicación desde el año 2006 hasta el 2016.

Se encontraron 3 documentos.

Se seleccionó 1 documento.

Se combinaron los términos “nuevos anticoagulantes orales” y “adherencia terapéutica” utilizando los filtros español e inglés, fecha de publicación desde el año 2006 hasta el 2016.

No se encontró ningún documento.

•Base de datos DIALNET

Se combinaron los términos “nuevos anticoagulantes orales” y “complicaciones” con filtro artículo de revista.

Se encontraron 15 documentos.

Se seleccionó 1 documento.

Se combinaron los términos “nuevos anticoagulantes orales” y “práctica clínica” con filtro artículo de revista.

Se encontraron 12 documentos.

Se seleccionó 1 documento.

Revista Española de Cardiología:

Se combinaron los términos DeCS “nuevos anticoagulantes orales” y “práctica clínica, utilizando el filtro con fecha de publicación desde el año 2006 hasta el 2016.

Se encontraron 81 documentos.

Se encontraron 68 documentos utilizando los filtros.

Se seleccionaron 2 documentos.

Se combinaron los términos DeCS “nuevos anticoagulantes orales” y “adherencia terapéutica”, utilizando el filtro con fecha de publicación desde el año 2006 hasta el 2016.

Se encontraron 13 documentos.

Se encontraron 13 documentos con litros.

No se seleccionó ningún documento.

Se combinaron los términos DeCS “nuevos anticoagulantes orales” y “complicaciones”, utilizando el filtro con fecha de publicación desde el año 2006 hasta el 2016.

Se encontraron 89 documentos.

Se encontraron 68 documentos utilizando los filtros.

Se seleccionaron 3 documentos.

Se combinaron los términos DeCS “nuevos anticoagulantes orales” y “cuidados de enfermería”, utilizando el filtro con fecha de publicación desde el año 2006 hasta el 2016.

Se encontraron 3 documentos.

No se seleccionó ningún documento.

1º Artículos encontrados combinando los descriptores:

Pubmed	LILACS	Scielo	DIALNET	Revista Española de Cardiología	Otras fuentes
1788	16	6	27	186	10

2º Artículos encontrados utilizando los filtros:

Pubmed	LILACS	Scielo	DIALNET	Revista Española de Cardiología	Otras fuentes
122	6	6	27	152	10

3. Selección de artículos por lectura del título y resumen:

Pubmed	LILACS	Scielo	DIALNET	Revista Española de Cardiología	Otras fuentes
5	2	1	2	5	10

4º Artículos seleccionados tras lectura crítica:

Pubmed	LILACS	Scielo	DIALNET	Revista Española de Cardiología	Otras fuentes
5	2	1	2	5	10

Finalmente se seleccionaron 25 documentos:

-7 Guías clínicas.

-15 Artículos de revisión.

-1 Estudio prospectivo, experimental y longitudinal.

- 2 Informes de posicionamiento terapéutico.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras una lectura exhaustiva de los artículos encontrados, se muestra una síntesis narrativa de los resultados, seleccionando los cuidados más adecuados en el tratamiento de los NACO y enmarcándolos dentro de la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) ⁽²³⁾, así como a la Nursing Outcomes Classification (NOC) ⁽²⁴⁾ y a la Nursing Interventions Classification (NIC) ⁽²⁵⁾ siguiendo las recomendaciones dadas por María Teresa Luis Rodrigo en su guía práctica “Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica” ⁽²⁶⁾.

Diagnóstico: 00162. DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LA SALUD.

NOC: 1803 → CONOCIMIENTO: Proceso de la enfermedad.

[180302] Características de la enfermedad.

[180303] Causa o factores contribuyentes.

[180313] Efecto psicosocial de la enfermedad sobre uno mismo.

[180315] Beneficios del control de la enfermedad.

[180317] Fuentes acreditadas de información sobre la enfermedad específica.

NIC: 5618 → ENSEÑANZA: Procedimiento/tratamiento.

-Determinar las experiencias anteriores del paciente y el nivel de conocimientos relacionados con el procedimiento/tratamiento.

Los años de experiencia de los anticoagulantes, y numerosos estudios con alta validez científica, afirman que un paciente educado puede ser un paciente mejor controlado. Por eso, es muy importante valorar el grado de conocimientos que posee el paciente acerca de la anticoagulación, los anticoagulantes y en especial, de los NACO, antes de comenzar el tratamiento, ya que al ser unos fármacos relativamente nuevos hay muchas falsas creencias que giran en torno a ellos. Estos conocimientos pueden valorarse a través de un cuestionario inicial, que nos permite valorar la información que poseen estos pacientes ⁽²⁷⁾.

-Explicar el procedimiento/tratamiento.

Una vez que el tratamiento haya sido prescrito, el seguimiento de este mismo se llevará a cabo desde Atención primaria, por su accesibilidad y conocimiento cercano del paciente. La implicación de la enfermera en el seguimiento será esencial, ya que será necesario un programa específico que optimice la adherencia, incluyendo en él educación sanitaria y colaboración estrecha del paciente y su familia ^(28, 29).

Hay que intentar que el paciente comprenda que aunque estos nuevos ACO no van a necesitar controles analíticos periódicos para medir el efecto anticoagulante, sí que es necesario llevar un seguimiento del tratamiento para detectar hepatotoxicidades, deterioro de la función renal, dispepsias, intolerancias al fármaco, detectar fallos en la adherencia, dosificaciones incorrectas o interacciones medicamentosas. En la primera toma de contacto con el paciente, se le dará una tarjeta con toda la información necesaria sobre su tratamiento, en la cual se registrarán todas las visitas posteriores, facilitando así el seguimiento. La asociación europea de cardiología nos muestra un ejemplo en su guía

“Practical guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation” publicada en junio de 2013 ⁽³⁰⁾. (Anexo 5)

No existen recomendaciones sobre la periodicidad de las visitas, según la Sociedad Española de hematología y Hemoterapia afirma que una posible opción es hacer un seguimiento de los pacientes al mes y a los 3 meses de iniciado el tratamiento, y posteriormente cada 6-12 meses, también dependerá de las complicaciones o situaciones especiales que puedan surgir ⁽³¹⁾. En cada una de ellas se evaluará el cumplimiento de la medicación, la existencia o no de sangrados u otros efectos secundarios, y las posibles dudas con la toma de otros medicamentos mediante la entrevista con el paciente y/o cuidador principal ⁽³²⁾.

Al presentar un amplio margen terapéutico y una variabilidad interindividual baja, no será necesario realizar pruebas de coagulación periódicas para medir su efecto anticoagulante, sólo será necesario realizarlas puntualmente en el caso de situaciones especiales que requieran la medición de efecto anticoagulante con el fin de conocer si el

paciente toma el anticoagulante, o en el caso de precisar una rápida reversión del efecto por complicaciones hemorrágicas, cirugías urgentes o tratamientos que puedan incrementar el riesgo trombotico, también se pueden realizar en complicaciones tromboembólicas para conocer si se relaciona con incumplimientos del tratamientos o fallo terapéutico, para determinar el momento óptimo del paso de un anticoagulante a otro, o valorar el riesgo de anticoagulación excesiva en casos de deterioro de la función renal o hepática o en pacientes con pesos extremos. Es necesario realizar las pruebas de coagulación para valorar el efecto anticoagulante en intentos de suicidios o intoxicaciones involuntarias e identificar posible interacciones medicamentosas ⁽³³⁾.

A veces sólo será necesario saber cuándo fue administrada la última dosis del anticoagulante para saber la actitud a seguir ^(32, 33).

En cuanto a la función renal se recomienda valorarla al inicio de tratamiento, cada 6 meses en pacientes mayores de 75 años o que presenten fallo renal (filtrado glomerular entre 30-60 ml/min), cada 3 meses en pacientes con insuficiencia renal y en todas aquellas situaciones clínicas en las que se sospeche que la función renal pueda disminuir o deteriorarse ^(30, 31, 33-35).

-Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exponga sus inquietudes.

Después de cada visita, es recomendable preguntarle al paciente si ha entendido todo lo que le hemos contado, ofreciéndole diversas guías o página web para reforzar los conocimientos aprendidos. (Anexo 6, 7)

Para conseguir el objetivo de promover un mayor autoconocimiento del tratamiento en el paciente anticoagulado he sintetizado los resultados obtenidos en un documento informativo para el paciente y familia. (Anexo 8)

NOC: 1813→ CONOCIMIENTO: Régimen terapéutico

[181301] Beneficios del tratamiento.

[181302] Responsabilidades de autocuidado para el tratamiento en curso.

[181306] Régimen de medicación prescrita.

NIC: 2380 → Manejo de la medicación

-Controlar el cumplimiento del régimen de medicación.

Al no precisar monitorización para medir su efecto anticoagulante, hay más riesgo de que la adherencia al tratamiento disminuya, por eso es necesario hacer especial hincapié en ella, proporcionando distintas técnicas y herramientas para aumentarla y prevenir olvidos ⁽³⁶⁾. Antes de empezar a tomar los NACO, es aconsejable evaluar el grado esperable de cumplimiento terapéutico en el paciente. La forma más sencilla es preguntarle a él si toma el anticoagulante mediante una entrevista directa, pero debido a su subjetividad, es conveniente asociar esta entrevista con cuestionarios estructurados para valorar esta adherencia. Lo más sencillos son el cuestionario simplificado de adherencia (anexo 9), y el test de Morisky-Green (anexo 10). Este último se utiliza mucho en la práctica clínica por su sencillez y su bajo coste. Antes de realizar las preguntas se deberá crear un ambiente tranquilo y de confianza. Este test está estructurado en 4 preguntas con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del paciente respecto al cumplimiento. Con tan sólo una respuesta afirmativa se considera que el paciente no es cumplidor ⁽³⁷⁾.

Cada vez que el paciente acuda a la consulta será necesario evaluar el cumplimiento de la toma de medicación. El hecho de que el paciente acuda a las citas periódicas, hace pensar que es un paciente con una buena adherencia, pero no siempre es así. Para valorarlo, podemos usar diferentes herramientas:

-Recuento de comprimidos. Se puede valorar la adherencia contando el número de pastillas que quedan en el envase del tratamiento prescrito, para ello es preciso indicar al paciente que devuelva siempre los envases, tanto vacíos como parcialmente llenos. El inconveniente es que el paciente puede manipular las pastillas para simular una correcta adherencia en la cita programada, por lo que una posible opción sería hacer el recuento en su casa, preservando siempre la intimidad del paciente ⁽³⁷⁾.

-Establecer sistemas de alarma sobre no retirada de fármaco desde las Oficinas de Farmacias (en caso de prescripción electrónica.) ^(35,37).

-Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.

Es recomendable insistir en que el paciente tome el anticoagulante siempre a la misma hora, haciendo de ello una costumbre, así será más difícil que se olvide de tomarlo ^(32, 39,40). Puede adaptar el tratamiento prescrito a las rutinas cotidianas, por ejemplo, si el paciente sale a caminar por la noche, tomará el anticoagulante siempre antes de hacer la actividad, no después, así se evitara errores en las tomas. Para hacerlo más fácil, podemos ayudarle a crear un calendario personalizado, sobre todo si toma más medicación aparte del fármaco anticoagulante, para que realice una marca en él cada vez que se tome el medicamento prescrito. También sería de gran utilidad una alarma en el móvil o agenda electrónica, que avise de la hora que tiene que tomarse el anticoagulante, para ello existe la aplicación "Pillbox for Pebble" en la que solo hay que introducir la lista de medicamentos, cuándo tiene que tomarlo y en qué dosis y la aplicación se asegurará que no se olvide de hacerlo mediante una alarma. Pueden usarse pastilleros diarios o semanales, en los cuales se introducen toda la medicación que deberá tomar a la semana ⁽³⁷⁻³⁹⁾.

Con el objetivo de promover soluciones que ayuden a mejorar la adherencia de los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales directos, la Clínica Bayer ha creado el Premio Idea, premiando a los profesionales sanitarios que presenten las mejores iniciativas para favorecer la adherencia al tratamiento anticoagulante. La entrega de premios tuvo lugar en el marco del Congreso de la Sociedad Española de Hipertensión celebrado en Oviedo en marzo de 2015, seleccionándose los 6 proyectos más innovadores de entre las más de 200 propuestas recibidas. El primer ganador fue el Dr. D. Oscar Duems, con su **iniciativa "Arriva"**. Este proyecto además de incluir campañas informáticas y monitorización periódica en todo el tratamiento, ha propuesto la introducción de elementos innovadores como un blíster inteligente que permite comprobar si el paciente sigue el tratamiento correctamente, o un pastillero inteligente con alarma, que avisa del momento de la toma, dispensa la pastilla al cumplir el horario farmacológico prescrito y se bloquea automáticamente hasta la próxima dosis. El segundo premio fue para el **proyecto PIATA** "Plan Individualizado de Adherencia al

Tratamiento Anticoagulante” de la Dra. Carmen Pérez, basado en un plan estructurado e individualizado para cada paciente, desde la fase de valoración, la propuesta de recomendaciones para una correcta adherencia, hasta el seguimiento y evaluación continua del proceso que permita redefinir los pasos a seguir en caso que los resultados no sean los esperados. En el caso de las propuestas colectivas, el segundo premio fue para “**Tómatelapp**” una aplicación móvil multiplataforma que facilita la adherencia del paciente utilizando estímulos audiovisuales, que permite incorporar el entorno familiar y profesional del paciente a través de un sistema de notificaciones ⁽⁴⁰⁾.

-Proporcionar al paciente y a los familiares información escrita y visual para potenciar la autoadministración de los medicamentos, según sea necesario.

Crear conjuntamente con el paciente un calendario personalizado de medicación que incluya: los horarios de la dosis, las restricciones medicamentosas específicas para cada régimen terapéutico, etc ⁽³⁷⁾.

NOC: (1845) → CONOCIMIENTO: manejo del tratamiento anticoagulante

[184502] Beneficios del tratamiento anticoagulante.

[184504] Efectos adversos en la salud por omitir el medicamento.

[184509] Posibles interacciones de los medicamentos prescritos con otros agentes.

[184512] Dieta prescrita.

[184536] Cuando contactar con un profesional sanitario

NIC: (5616) → ENSEÑANZA: medicamentos prescritos

-Instruir al paciente acerca de la posología, vía y duración de los efectos de cada medicamento.

Se le explicará que la dosis a tomar será fija y estable. La dosis del anticoagulante aprobada por la EMA (Agencia Europea del medicamento) y la agencia Española del medicamento y productos sanitarios es la siguiente:

-2 dosis diarias vía oral, cada 12 h en el caso de Dabigatrán y Apixabán.

-1 dosis diaria vía oral, en el caso de Rivaroxabán ya que proporciona una anticoagulación constante a lo largo de las 24 horas del día, independientemente de la edad, el sexo, el peso o la raza ⁽⁴¹⁻⁴⁴⁾.

-Instruir al paciente acerca de la administración/aplicación adecuada de cada medicamento.

Los tres anticoagulantes pueden tomarse con o sin alimentos, pero se recomienda la administración con alimentos para evitar síntomas dispépticos, sobre todo con Dabitrágán. También se recomienda su ingesta con abundante agua ^(41,43, 44, 45).

La cápsula de éste último no puede romperse, ni triturarse, debe tragarse entera debido a que el riesgo de hemorragia puede aumentar si se retira la cubierta entérica. Las cápsulas de Rivaroxabán y Apixabán pueden triturarse y mezclarse con sólidos o líquidos para aquellos pacientes que no puedan tragársela entera, como es el caso de los pacientes portadoras de sondas nasogástricas ^(41, 43, 45,46).

Es necesario recordarle al paciente las contraindicaciones que presentan estos fármacos. Los NACO, como cualquier fármaco antitrombótico, están contraindicados en aquellas situaciones donde el riesgo hemorrágico del paciente esté aumentado. Están contraindicados pacientes portadores de válvulas cardíacas, insuficiencia hepática, embarazo, lactancia y población pediátrica, ya que no hay estudios contrastados que aseguren eficacia y seguridad en estos casos. El Dabigatran, al excretarse mayoritariamente por el riñón (80%) está contraindicado en insuficiencia renal grave, y diálisis ⁽⁴⁶⁾. Finalmente, como cualquier otro fármaco, está contraindicado si existe alergia, intolerancia o hipersensibilidad al principio activo o sus excipientes. El Dabigatran contiene como excipiente el colorante amarillo E-110, muy usado en guisos y arroces, y el Rivaroxaban la lactosa monohidrato ^(32, 33, 41-43, 47,48).

-Enseñar al paciente a almacenar correctamente los medicamentos.

La cápsula de Dabigatran no debe sacarse fuera del envase original hasta el momento de ser utilizada, por lo que si se guarda en un pastillero, deberá ser con el blíster.

Tampoco hay que olvidar que estas capsulas caducan a los 4 meses de abrir el envase (41, 47).

-Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis.

Si se olvida de tomar una dosis, puede tomarla a otra hora, pero NUNCA tomar dosis dobles para compensar las dosis olvidadas.

Si toma Dabigatrán o Apixabán podrá tomar la dosis olvidada hasta 6h tras la toma programada, si no es posible, omitirá la dosis y tomará la siguiente programada. Si toma Rivaroxaban, se podrá tomar la dosis olvidada hasta 12h tras la toma programada, si no es posible, omitirá la dosis y tomará la siguiente programada (36, 43, 44).

-Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.

Hay que explicar al paciente que el efecto de estos fármacos desaparece en menos de 24 horas, y que si no toma las dosis correspondientes estará desprotegido frente a las complicaciones tromboembólicas (30, 32, 33, 35, 39, 41).

-Informar al paciente sobre posibles interacciones entre fármacos y alimentos, según corresponda.

Los NACO presentan pocas interacciones con otros fármacos, sin embargo, se han descrito algunas interacciones con algunos medicamentos (Anexo 11), por lo que nunca debe tomar fármacos nuevos por su cuenta sin comentarlo con el profesional sanitario, en especial debe evitar tomar fármacos antiinflamatorios (AINES) o antiagregantes, pues aumentan el riesgo de hemorragia. Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) como el Pantoprazol u omeprazol, y los receptores de histamina como la ranitidina no están contraindicados.

Respecto a la dieta, el paciente puede comer de todo, no hay alimentos restringidos. Recomendarle que siga una dieta equilibrada, y que no realice dietas hipocalóricas sin antes consultarlo con su médico (30, 33, 34, 36, 43, 47).

-Enseñar al paciente a aliviar y/o prevenir ciertos efectos secundarios, si es el caso.

El efecto secundario más frecuente en pacientes que toman Dabigatran es la dispepsia, más frecuente en pacientes con gastritis o reflujo gastroesofágico y en ancianos. Los síntomas de dispepsia. En la mayoría de los casos estos síntomas son pasajeros, y no obligan a suspender el tratamiento. Para controlar estos síntomas hay que insistir al paciente que tome el anticoagulante con un vaso de agua entero y con comida. También puede asociarlo con inhibidores de la bomba de protones (Omeprazol, Pantoprazol o ranitidina). Pueden darse episodios de sangrado gastrointestinal, sobre todo en ancianos. También pueden presentarse vómitos, estreñimiento o insomnio.

En el caso de Rivaroxaban el efecto secundario más frecuente es la aparición de náuseas vómitos, y de forma poco frecuente artralgias, edemas, erupción cutánea, prurito, mareo, malestar general o astenia, todos de carácter leve. Para el control de las náuseas hay que insistir en la ingesta abundante de agua, y evitar en la medida de lo posible los alimentos grasos o picantes. Por último, en el tratamiento con Apixaban puede darse hipotensión o trombocitopenia, pero en raras ocasiones ^(30, 34, 45, 49-52).

-Instruir al paciente sobre las acciones correctas que debe tomar si se producen efectos secundarios.

En el caso de que el paciente presentase vómitos, y no hayan pasado más de 6 horas (Dabitragan) y 4 horas (Rivaroxaban y Dabitragan) y se observe el comprimido en el vómito, podría tomarse otro comprimido, pero si han pasado más horas o se tienen dudas de la hora exacta que tomo el fármaco, se esperará a la siguiente toma ⁽⁴³⁾.

-Recomendar al paciente llevar la documentación del régimen de medicación prescrita.

El paciente advertirá siempre su condición de paciente anticoagulado, tanto en intervenciones quirúrgicas como en cualquier consulta médica por otro proceso. Desde el 2012, gracias a la Federación Española de Asociaciones de Anticoagulados (FEASAN), se ha creado una tarjeta identificativa nacional y única bajo el lema “Estoy anticoagulado” en los tres idiomas más hablados a nivel mundial: español, inglés y

chino. (Anexo 12) Esta tarjeta es muy útil ante emergencias médicas en las que el paciente no puede comunicarse ^(31, 34, 39, 41).

Otro diagnóstico indicado en los cuidados de estos pacientes es el [00206] RIESGO DE SANGRADO, aunque siguiendo las recomendaciones de María Teresa Luis Rodrigo se planteó como un problema de colaboración ⁽²⁶⁾.

Problema de Colaboración: POTENCIAL DE SANGRADO SECUNDARIO A TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE.

NOC: (3101) → Autocontrol: tratamiento anticoagulante.

[310109] Controla los signos y síntomas de sangrado.

[310105] Busca información acerca de las posibles complicaciones.

[310113] Informa de síntomas de complicaciones.

[310120] Evita sustancias que interaccionan con el agente anticoagulante.

[310123] Analiza el uso de los medicamentos sin receta con el profesional sanitario.

NIC: (4010) → Prevención de hemorragias

--Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente (comprobar todas las secreciones para ver si hay presencia de sangre franca u oculta).

Es necesario que el paciente vigile la presencia de signos de hemorragia: sangre en heces o en orina, síntomas de anemia; como cansancio extremo o palidez, hemorragias vaginales entre reglas, después de la menopausia, o reglas muy abundantes, epistaxis que no cesa, esputos o vómitos con sangre, heces negras y pastosas (sin estar tomando tratamiento con hierro ^(30, 35, 39, 44)).

--Evitar inyecciones intramusculares, ya que pueden producirle hematomas importantes. Las inyecciones subcutáneas, como vacunas o insulinas no están contraindicadas ^(34, 39, 41).

--Utilizar cepillos de dientes blandos en la higiene bucal, es aconsejable un cepillo dental de cerdas suaves, son adecuados los infantiles ^(34, 39, 41).

--Utilizar afeitadora eléctrica, en lugar de hoja de afeitar, para evitar cortes ^(34, 39, 41).

--Indicar al paciente que evite tomar ácido acetilsalicílico u otros anticoagulantes, ya que potencian el efecto anticoagulante ^(34, 39, 41).

--Instruir al paciente y/o a la familia acerca de los signos de hemorragia y sobre las acciones apropiadas (p. ej., avisar al personal de enfermería), si se producen hemorragias.

Al presentar una vida media corta, en la mayoría de los casos de hemorragia basta con suspender la administración del anticoagulante y aplicar medidas generales de soporte vital, transfusiones de hemoderivados, mantener la volemia y esperar a que el efecto desaparezca. Sólo en las situaciones más graves será necesario revertir el efecto de éste, en ese caso, es muy importante saber cuándo se tomó la última dosis del fármaco para la interpretación correcta de las pruebas de coagulación y si no hubiera pasado más de 2-3 horas se podría utilizar carbón activado ^(53,54).

Al ser excretado por el riñón, forzar la diuresis o la diálisis puede ser una opción en el caso de Dabigatran. En caso de hemorragias graves se podrá emplear el factor VIIa recombinante en pacientes que toman Dabigatran o bien el concentrado de complejo protombínico (CCP) en el caso de Rivaroxaban o Apixaban ⁽³⁰⁻³³⁾.

-Evitar procedimientos invasivos, si fueran necesarios, vigilar de cerca por si se produce una hemorragia.

No deberá suspenderse el tratamiento anticoagulante cuando el paciente acuda al dentista para hacerse una limpieza bucal, empaste o endodoncia, pero es recomendable que la última dosis se haya tomado al menos 6 horas antes del procedimiento. En el caso de extracción, no se recomienda extraer dos piezas contiguas el mismo día. Se recomiendan enjuagues con ácido tranexámico 3 veces al día los 2-3 días posteriores al procedimiento ^(44, 50).

CONCLUSIONES

Las ventajas que ofrecen los NACO respecto a los anticoagulantes clásicos los colocan como candidatos a sustituirlos en un futuro, pero si no se consigue una buena adherencia terapéutica todas estas ventajas se pueden ver sobrepasadas por las complicaciones.

La elaboración de un plan de cuidados individualizado es esencial en el paciente en tratamiento con NACO. Siempre orientándolo a mejorar la gestión de su propia salud. Es necesaria una valoración de los conocimientos, habilidades y actitudes de la persona para lograr que éste sea capaz de manejar su régimen terapéutico de una manera óptima. Los profesionales de enfermería son un factor clave, siendo los responsables del seguimiento del paciente durante el proceso de adaptación y concienciación en la importancia del cumplimiento, desarrollando estrategias y programas de educación para el éxito del tratamiento. Al no precisar monitorización para medir su efecto anticoagulante, hay más riesgo de que la adherencia al tratamiento disminuya, por eso es necesario hacer especial hincapié en ella, proporcionando distintas técnicas y herramientas para aumentarla y prevenir olvidos. La aplicación de las nuevas tecnologías en el fomento de la adherencia está demostrando ser un aliado muy valioso para conseguir que el paciente cumpla su régimen terapéutico.

El problema de colaboración más destacado es el potencial de sangrado secundario a tratamiento anticoagulante, para abordarlo se establecen los cuidados más indicados para que el paciente y familia conozcan los principales signos y síntomas de hemorragia persistente y/o aguda y las acciones apropiadas en el caso de que se produzca.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández MC. Epidemiología de las enfermedades tromboembólicas: fibrilación auricular. *Med clin.* 2012; 139 (Supl 2):4-9
2. Gómez JJ, Muñiz J, Alonso JJ, Rodríguez G, Lobos JM, Awamleh P, et al. Prevalencia de fibrilación auricular en España. Resultados del estudio OFRECE. *Rev Esp Cardiol.* 2014; 67(4):259–69
3. Alegría E, Fernández A, Fernández I, Murga N, Pascual D, Vidal R. Cardiología hoy 2015 Resumen anual de los avances en investigación y cambios en la práctica clínica. [Internet]. Sociedad Española de Cardiología, 2015 [Acceso 12 febrero 2016]. Disponible en: <http://secardiologia.es/images/publicaciones/libros/cardiologia-hoy-2015.pdf>
4. Buitrago A, Gómez M, Soto M, Díaz J. Nuevos anticoagulantes orales en fibrilación auricular no valvular. *Rev Col Cardiol.* 2012; 19(4):184-91
5. Fibrilación auricular, ictus y demencia. [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Cardiología; 2016 [Acceso 25 de Abril 2016]. Disponible en: <http://secardiologia.es/reunion-conjunta-arritmias-estimulacion-2016/7214-fibrilacion-auricular-ictus-y-demencia>
6. Quintero JA. Cincuenta años de uso clínico de la warfarina. *Invest Clin.* 2010; 51(2): 269-87
7. Lozano F, Arcelus J, Monreal M. Nuevos anticoagulantes orales. *Angiología.* 2010; 62(1):26-32
8. World Heart Federation. Fibrilación auricular en atención primaria. [Internet]. Switzerland. [Acceso 20 de Abril 2016]. Disponible en: http://www.world-heart-federation.org/fileadmin/user_upload/AF_Aware/AFIPtoolSPANISH.pdf
9. Aragon.es [Internet]. Gobierno de Aragón [Acceso 20 de abril 2016]. MANUAL DE FORMACION DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA [36]. Disponible en: <http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSa>

nitaria/InformacionSanitaria/Anexo%20II%20Manual%20Formaci%C3%B3n%20Profesionales%20AP.pdf

10. Durán C, Rodríguez C, Tato F, Alonso N, Lado FL. Anticoagulación oral. *An Med Interna (Madrid)*. 2003; 20: 377-84.

11. Martí J, Delgado R, Mateo J. Limitaciones del tratamiento anticoagulante. *Neurología*. 2012; 27(1): 27-32

12. Red la salud del paciente por delante. Situación de la anticoagulación en España 2014: Acceso, calidad de vida y retos de la atención sanitaria que reciben los pacientes anticoagulados [Internet]. Madrid: Consejo General de Enfermería; 2014 [Acceso 17 abril 2016]. Disponible en: http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/noticias/item/10454-el-74-de-los-pacientes-anticoagulados-con-farmacos-clasicos-no-conoce-las-nuevas-alternativas#.VVOAifDUd_c

13. Gersha B, Freedmanb J, Grangerc C. Tratamiento antiagregante plaquetario y anticoagulante para la prevención del ictus en pacientes con fibrilación auricular no valvular: nuevos avances basados en la evidencia. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64(4):260-88

14. Álvaro V, Daniel A, Cárcamo P. Nuevos anticoagulantes orales en la prevención del ataque cerebrovascular. *Rev chil neuro-psiquiat*. 2012; 50(4):239-48

15. López L. Manejo de los ACO en situaciones especiales (ancianos, IR). En: Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. Murcia: Sociedad Murciana de Medicina Interna; 2003.

16. López J, Merino JL. Nuevos tratamientos anticoagulantes para la prevención del ictus y la embolia sistémica en la fibrilación auricular no valvular. *Rev Esp Cardiol*. 2012; 12(B):11-7

17. Korin J. Hemorragia por dicumarínicos: incidencia, factores de riesgo y comparación con los nuevos anticoagulantes orales. *Medicina (B. Aires)*. 2012; 72(5): 419-24

18. Guía para la elección de tratamiento anticoagulante oral en la prevención de las complicaciones tromboembólicas asociadas a la fibrilación auricular no valvular

[Internet]. [Acceso 25 Abril 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/farmaciadsevilla/portalugcfarmaciassevilla/images/docu/AreaFarmacoterapeutica/Anticoagulantes/AyudaClinico/2012_10_Guia_rapida_eleccion_tratamiento_anticoagulante_PreencionFA_AETSA.pdf

19. Polo J. Nuevos anticoagulantes frente a anticoagulantes clásicos: ventajas e inconvenientes. *Semergen*. 2013; 39(1): 10-6

20. Adecuación de la prescripción de los nuevos anticoagulantes orales en España. Propuestas de mejora [Internet]. [Acceso 5 Marzo 2016]. Disponible en: <http://static.correofarmaceutico.com/docs/2015/05/14/nuevos-anticoagulantes-orales.pdf>

21. Antídotos para los nuevos anticoagulantes orales [Internet]. Buenos Aires: Sociedad argentina de Cardiología; 2014. [Acceso 26 Abril 2016]. Disponible en: <http://www.sac.org.ar/actualidad/antidotos-para-los-nuevos-anticoagulantes-orales/>

22. IM médico [Internet] Barcelona:Publimasdigital;2014 [Acceso 5 Marzo 2016]. Estudio sobre el control, seguimiento y calidad de vida de los pacientes anticoagulados. Disponible en: <http://www.immedicohospitalario.es/noticia/3869/los-anticoagulantes-nacos-no-despegan-en-espana->

23. Nanda international. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2º ed. Barcelona: Elsevier España; 2013.

24. Moorhead S, Johnson M, Maas M.L, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2009.

25. Bulechek G.M, Butcher H.K, McCloskey Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2009.

26. Luis M.T. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 7ª ed. Barcelona: Masson – Elsevier; 2006.

27. Educación y evaluación del conocimiento del paciente en tratamiento con anticoagulantes orales. [Internet]. [Acceso 12 Abril 2016]. Disponible en: <http://www.pacientepordelante.com/Encuesta%20Enfermeria%20Consejo.pdf>

28. Lobos JM, Polo J, Vargas D. El médico de familia ante las barreras en la prescripción de los nuevos anticoagulantes orales: heterogeneidad, inequidad y confusión. Posicionamiento de las Sociedades Científicas de Atención Primaria en España. *Aten Primaria*. 2014; 46(1):1-3
29. Castillo JC, Fernández I. El cambio de paradigma en la prevención de ictus en la fibrilación auricular. Retos y oportunidades emergentes para el médico de familia. *Aten Primaria*. 2013; 45 (1): 5-17
30. European Heart Rhythm Association. Practical guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation. [Internet]. [Acceso 18 Abril 2016]. Disponible en: <http://europace.oxfordjournals.org/content/15/5/625>
31. García LJ, González B, Albarrán B, Andújar G, Cidoncha B. Situación actual de los nuevos anticoagulantes orales. *An Real Acad Med Cir Vall*. 2013; 50: 99-112
32. Guía SEHH-SETH sobre los nuevos anticoagulantes orales [Internet]. [Acceso 18 de Abril 2016]. Disponible en: <http://www.sehh.es/es/documentos/guias-y-documentos/1747-guia-sehh-seth-para-el-manejo-de-los-nuevos-anticoagulantes-orales.html>
33. Guía clínica de consenso de anticoagulación oral en castilla y león [Internet]. [Acceso 18 Abril 2016]. Disponible en: <http://elneuroblogsg.blogspot.com.es/2015/04/guia-de-consenso-sobre-anticoagulacion.html>
34. Sociedad Española de Calidad Asistencial. La calidad de la atención sanitaria: Recomendaciones para el manejo seguro del paciente con nuevos anticoagulantes orales (NACO) [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Calidad Asistencial; 2013 [Acceso 18 Abril 2016]. Disponible en: <http://calidadasistencial.es/la-calidad-de-la-atencion-sanitaria-recomendaciones-para-el-manejo-seguro-del-paciente-con-nuevos-anticoagulantes-orales-naco/>
35. Arcelus JI, Cairols M, Granero X, Jimenez D, Llau JV, Monreal M, Vicente V. Nuevos anticoagulantes orales : una visión multidisciplinaria Conferencia consenso Med Clinica. 2009; 133(13) 508-12

36. Alonso J. Una enfermedad prevenible: el accidente cerebrovascular en la fibrilación auricular no valvular. ¿Qué lugar ocupan los nuevos anticoagulantes orales?. Arch Med Interna. 2014; 36(1): 7-16
37. Educasida [Internet] Barcelona: Hospital Clínic i Provincial; 2014 [Acceso 25 de Abril de 2016] Cumplimiento de la medicación. Disponible en: <http://www.educasida.es/sites/default/files/Cumplimiento%20de%20la%20medicaci%C3%B3n.pdf>
38. Rodríguez MA, García E, Amariles P, Rodríguez A, Fause MJ. Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizado en la práctica clínica. Aten Primaria. 2008; 40(8):413-7
39. Federación Española de asociaciones de anticoagulados. Guía de consulta para pacientes anticoagulados.[Internet] [Acceso 25 de Abril de 2016] Disponible en: <http://www.anticoagulados.info/>
40. Bayer Hispania S.L. Adherencia y ACODs [Internet]. España: Bayer Hispania S.L.; 2014 [actualizada el 1 de marzo de 2015 [Acceso 25 de Abril de 2016]. Disponible en: <http://www.premioidea.com/>
42. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. [Acceso 25 de Abril 2016]. Criterios y recomendaciones generales para el uso de nuevos anticoagulantes orales (NACO) en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/criterios-anticoagulantes-oraes.pdf>
43. Suero C. Los nuevos anticoagulantes orales en la fibrilación auricular: preguntas y respuestas para el urgenciólogo. Emergencias. 2013; 25: 123-36
44. Conselleria de Sanidad Generalitat Valenciana. [Internet] Valencia: Conselleria de Sanidad;2013 [Acceso 25 de Abril de 2016]. Nuevos anticoagulantes orales (Dabigatran,

Rivaroxaban, Apixaban) Disponible en:
http://www.san.gva.es/documents/152919/1464749/Resolucion+ACO_01082013.pdf

45. Chaves L. Nuevos Anticoagulantes en Cardiología. Rev. Costarr. Cardiol. 2014; 16 (1):17-22

46. Suárez-Fernández C, Roldán R, Vivancos J. Aspectos prácticos de la .administración de Rivaroxaban. Rev Neurol. 2013; 57 (9): 411-21

47. Miguel Díez J, Álvarez-Sala JL. Los nuevos anticoagulantes orales en el tromboembolismo pulmonar. Medicina respiratoria. 2013, 6 (3): 19-27

48. Moreno J, Bertomeu-González V, Cordero A, Bertomeu-Martínez V. ¿A qué pacientes beneficia el uso de Dabigatrán? Uso práctico. Rev Esp Cardiol. 2012; 12(B):37-43

49. Junta de Andalucía.es [Internet]. Córdoba: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso 18 Abril 2016]. Informe de comisión de farmacia Hospital Reina Sofía. Rivaroxaban para la prevención de ictus y embolia sistémica en pacientes con FA no valvular. [11]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_atencion_alprofesional/comision_farmacia/informes/rivaroxaban.pdf

50. Mateo J. Nuevos anticoagulantes orales y su papel en la práctica clínica. Rev Esp Cardiol. 2013; 13(Supl C):33-41

51. Souto JC, Ruyra X. Fibrilación auricular y riesgo de embolia arterial importancia del tao y papel de los nuevos anticoagulantes orales. Monitor Medical [Internet]. 2010. [Acceso 20 de abril de 2016]. Disponible en:
http://www.monitormedical.es/files/files/20110621165838_728031.pdf

52. Salud Navarra [Internet]. Navarra: Gobierno de Navarra; 2013 [Acceso 20 Abril 2016]. Informe de evaluación terapéutica. [2] Disponible en:
http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Publicaciones+tematicas/Medicamento/FET/

53. Sánchez M, Escolar G, Reverter JC. Hemorragias en pacientes anticoagulados: utilidad real de los antídotos y modo de actuación con los nuevos anticoagulantes orales. *Emergencias* 2013; 25:482-90
54. Páramo J. Nuevos anticoagulantes orales: el dilema de la anticoagulación en el anciano. *Med Clin.* 2013; 141(8):346–8

ANEXOS

ANEXO 1. Escala CHA₂DS₂-VASc. Escala de riesgo de sufrir ACV. ⁽⁸⁾.

FACTOR DE RIESGO	PUNTUACIÓN
ICC/Disfunción ventricular izquierda	1
HTA	1
Edad > 75 años	2
DM	1
ACV/AIT/embolismo arterial	2
Enfermedad vascular	1
Edad 65-74 años	1
Categoría de sexo (mujer)	1
PUNTUACIÓN MÁXIMA	9

0: Bajo riesgo

1: Riesgo medio

≥2: Riesgo alto

ANEXO 2. Escala HAS-BLED. Evaluación del riesgo hemorrágico en pacientes con tratamiento anticoagulante oral en la FA ⁽⁸⁾.

LETRA	Característica clínica	Puntuación
H	Hipertensión arterial	1
A	Función renal o hepática alterada	1 o 2 puntos
S	Stroke (ACV)	1
B	Bleeding (Sangrado)	1
L	INR lábil (INR variable)	1
E	Elderly (edad mayor 65 años)	1
D	Drug (fármacos y alcohol)	1 o 2
Puntuación máxima		9 puntos

0: Bajo riesgo bajo de sangrado 1-2: Riesgo intermedio 3: Riesgo alto

ANEXO 3. Fármacos que pueden potenciar o disminuir el efecto de los AVK ^(10,11).

Interacciones de los antagonistas de la vitamina K con fármacos de uso común

Potenciación del efecto anticoagulante	Disminución del efecto anticoagulante
Amiodarona	Fármacos antitiroideos
Andrógenos	Barbitúricos
Clofibrato	Carbamacepina
Disulfiram	Colestiramina
Eritromicina	Glutetimida
Fluconazol	Rifampicina
Fluoxetina	Metamizol
Metronidazol	
Oxicams (piroxicam y otros)	
Fenilbutazona	
Salicilatos (dosis altas)	
Sulfinpirazona	
Tamoxifeno	
Hormona tiroidea	
Trimetoprim-sulfametoxazol	

ANEXO 4. Criterios generales para el uso de nuevos anticoagulantes orales en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular ⁽⁴²⁾.

-
- 1 Presencia de fibrilación auricular NO valvular con indicación de tratamiento anticoagulante**
 - 2 Ausencia de contraindicaciones generales para la anticoagulación**
 - 3 Presencia de al menos una de las situaciones clínicas que se detallan en la introducción ⁽¹⁸⁾.**
 - 4 Ausencia de contraindicaciones específicas para los nuevos anticoagulantes**
 - 5 Capacidad para entender el riesgo/beneficio de la anticoagulación y/o con atención familiar/social que lo entienda**
 - 6 Historia de un buen cumplimiento terapéutico previo que permite prever de forma razonable la buena adaptación a las instrucciones del nuevo tratamiento**
 - 7 Posibilidad fiable de seguimiento periódico de los controles que sean necesarios (clínicos, seguimiento de la función renal)**
-

Para que un paciente sea candidato a tratamiento con los nuevos anticoagulantes debe cumplir todos los criterios anteriores.

ANEXO 5. Tarjeta para el paciente anticoagulado de la guía “Practical guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation” (39).

Instrucciones importantes para el paciente

Tome sus pastillas exactamente como han sido prescritas (1 o 2 veces al día). Si no toma las pastillas no está protegido.

No interrumpa el tratamiento si consultar a su médico.

No añada otras medicaciones sin consultar a su médico, incluso fármacos antiinflamatorios o analgésicos.

Avisé a su dentista, cirujano o otro médico antes de cualquier intervención.

Medicación concomitante

Nombre:	Dosis:

Información de urgencia

Las pruebas de coagulación no reflejan el nivel de anticoagulación!

Nombre y teléfono de un pariente a quien contactar en caso de urgencia:

Grupo sanguíneo del paciente (+ firma del médico):

Fibrilación Auricular Tarjeta de Anticoagulantes Para anticoagulantes no-cumarínicos

Nombre del paciente: _____ DOB: _____

Dirección del paciente: _____

Anticoagulante oral, dosis, hora de administración, con o sin comida: _____

Indicación de tratamiento: _____

Fecha de inicio del tratamiento: _____

Nombre y dirección del médico coordinar el tratamiento NOAC: _____

Número de teléfono del médico o en una clínica de coordinación: _____



Más información:
www.NOACforAF.eu
www.noacforaf.eu

ANEXO 6. Decálogo para el paciente con NACOS de la Sociedad Española de Calidad asistencial ⁽³⁴⁾.

ANEXO 2: DECALOGO PARA EL PACIENTE CON NACOS

DECÁLOGO DE AUTOCUIDADOS DEL PACIENTE CON NACOS

1. Tome sus pastillas exactamente como han sido prescritas (1 o 2 veces al día). Para tener una adecuada protección frente a la formación de coágulos de sangre (ictus...) no olvide ninguna dosis.
2. Tome el fármaco a la misma hora. Intente crear el hábito.
3. Si se le olvida la dosis alguna vez, continúe con la siguiente dosis que le corresponda.
4. No cambie por su cuenta la dosis prescrita bajo ningún concepto.
5. No interrumpa el tratamiento anticoagulante sin consultar a su médico.
6. Nunca tome otros medicamentos sin comentarlo con su médico, incluidos fármacos antiinflamatorios o para el dolor como la aspirina.
7. Si tiene una hemorragia persistente, acuda al servicio de Urgencias.
8. Cuando acuda al hospital o a cualquier centro sanitario lleve su informe de tratamiento anticoagulante. En especial, debe advertir que está tomando un anticoagulante si va a realizarse intervenciones dentales, pruebas diagnósticas invasivas (endoscopias, biopsias...) o intervenciones quirúrgicas menores o urgentes.
9. Cuide su higiene personal, en especial el cepillado de dientes y el afeitado.
10. Viaje siempre con su informe de tratamiento de anticoagulación, en caso de accidente le será necesario. Lleve dosis suficiente para la duración del viaje.

ANEXO 7. Recomendaciones del servicio de Salud de Asturias ⁽⁴¹⁾.

 SERVICIO DE SALUD del Principado de Asturias	Criterios y recomendaciones generales para el uso de los Anticoagulantes Orales Directos (ACOD)	GERENCIA ÁREA SANITARIA IV
		Ed: 03 Fecha: 12/02/ 2016

Anexo 1. Información para el paciente en tratamiento con ACOD

RECOMENDACIONES PARA LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS; PRADAXA®, XARELTO® Y ELIQUIS®

1. Los anticoagulantes orales hacen que la sangre tarde más en coagular por ello existe un aumento del riesgo de hemorragia en los pacientes que los toman.
2. Es preciso **vigilar signos de la presencia de una hemorragia** (sangre en las heces o heces negras, en orina, hematomas múltiples sin traumatismo previo, síntomas de anemia como cansancio y palidez) y consultarlos con su médico de Atención Primaria.
3. En caso de una **hemorragia importante y de golpes fuertes**, aunque no sea evidente el sangrado, debe consultar con su médico.
4. Deben tomarse a la misma hora aproximadamente. Si **olvida tomar una dosis se puede recuperar en las primeras 6 horas**, pasado este tiempo no la tome y espere a la siguiente dosis. **En ningún caso debe doblar la dosis siguiente**. Recuerde que los olvidos de dosis disminuyen de forma inmediata los beneficios del medicamento y provocan un aumento del riesgo de trombosis.
5. **Advertirá siempre su condición de paciente anticoagulado** especialmente ante intervenciones quirúrgicas o procedimientos invasivos y en consultas al médico por otro proceso.
6. Ante procedimientos dentales habituales no debe suspender el anticoagulante. Es recomendable que la última dosis se haya tomado al menos 6 horas antes del procedimiento. No se recomienda extraer dos piezas contiguas el mismo día. Su dentista debe evitar la anestesia radicular. Se recomiendan enjuagues con ácido tranexámico (Amchafbrin®) 3 veces al día los 2-3 días posteriores al procedimiento.
7. **No debe automedicarse. En especial debe evitar tomar fármacos antiinflamatorios (AINES) y antiagregantes** por su cuenta, pues aumentan el riesgo de hemorragia. Pueden tomar Paracetamol y Metamizol.
8. Se desaconseja la administración de fármacos vía intramuscular.
9. No debe suspender este fármaco por su cuenta. Existen alternativas de tratamiento que puede comentar con su médico.
10. Si presenta un cuadro de diarrea o vómitos importantes debe tomar abundantes líquidos y acudir a su médico de Atención Primaria. Un deterioro agudo de la función renal puede conducir a acumulo del fármaco en sangre.
11. La manipulación de las cápsulas de Pradaxa puede afectar su eficacia. No debe sacarlas del blister hasta el momento de ser utilizadas.
12. El uso de estos fármacos está contraindicado en el embarazo. Si es usted una mujer en edad fértil y sospecha que pueda estar embarazada, acuda de inmediato a su médico.

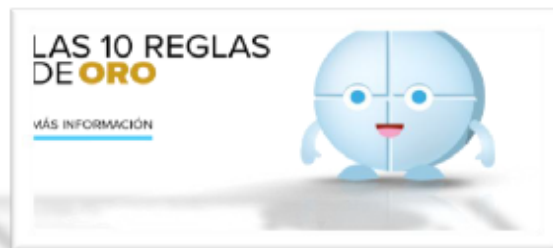
Comisión Clínica de Terapéutica Antitrombótica

ANEXO 8. Decálogo de autocuidados del paciente en tratamiento con NACOS. (Fuente propia)

DECÁLOGO DE AUTOCUIDADOS DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON NACOS

“Los medicamentos no funcionan en aquellos pacientes que no los toman”

1. Deberá advertir su condición de paciente anticoagulado, sobre todo si va a realizarse alguna intervención quirúrgica.



2. No cambie por su cuenta la dosis prescrita. La dosis del anticoagulante será fija, dos dosis diarias en el caso de Dabigatran y apixaban y una dosis diaria en el caso de Rivaroxaban.

3. Intente adaptar el horario de la medicación prescrita con sus rutinas habituales.

4. Si se olvida de tomar una dosis, puede tomarla a otra hora (6 horas tras la toma en Dabigatran y apixaban) y (12 h en Rivaroxaban) pero NUNCA tomar dosis dobles para compensar las dosis olvidadas.

5. Si vomita inmediatamente después de tomar la dosis puede repetir la misma si ha pasado 1h, ante la duda, NO vuelva a tomarla y consúltelo con su médico.

6. Tome la medicación con alimentos y con abundante agua.

7. Deberá acudir al médico o servicio de urgencias si tiene una hemorragia en la nariz que no cesa, esputos o vómitos con sangre, heces negras y pastosas, hemorragias ginecológicas o sangre en orina.

8. Nunca tome otros medicamentos sin comentarlo con el profesional sanitario, incluidos fármacos antiinflamatorios o para el dolor.

9. Evite la administración de fármacos vía intramuscular.

10. Cuide su higiene personal, en especial el cepillado de dientes y el afeitado.

ANEXO 9. Cuestionario simplificado de adherencia ⁽³⁷⁾.

	Ayer	Antes ayer	de En los 5 días anteriores
1. ¿Se le olvidó alguna pastilla?	SI/NO	SI/NO	1 día-2 o más días
2. ¿Se le olvidó alguna de las dosis de todos los medicamentos?	SI/NO	SI/NO	1 día-2 o más días
3. ¿ Tomó a destiempo alguna pastilla o alguna dosis?	SI/NO	SI/NO	1 día-2 o más días
4. ¿ Tomó una pastilla o todas las de las dosis sin tener en cuenta si debía hacerlo con o sin alimentos?	SI/NO	SI/NO	1 día-2 o más días

4 respuestas “no” → sospecha de buen cumplidor.

1 respuestas “si” (1 día) → sospecha de buen cumplidor.

1 respuestas “si” (2 o más días) → sospecha de mal cumplidor.

2 respuestas “si” (2 o más días) → sospecha de mal cumplidor.

3 respuestas “si” (2 o más días) → sospecha de mal cumplidor.

4 respuestas “si” (2 o más días) → sospecha de mal cumplidor.

ANEXO 10. Test de cumplimiento terapéutico Morisky-Green ⁽³⁷⁾.

¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?	SI / NO
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	SI / NO
Si alguna vez se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	SI / NO
Si alguna vez se encuentra mal, ¿deja de tomar la medicación?	SI / NO

Con tan sólo una respuesta afirmativa se considera que el paciente no es cumplidor.

ANEXO 11. Principales interacciones medicamentosas de los NACO ⁽⁴⁷⁾.

	Dabitrágán	Rivaroxabán	Apixaban
Disminuyen el efecto			
Rifampicina	No asociar	No asociar	Precaución
Hierba de San Juan	No asociar	No asociar	Precaución
Carbamazepina	No asociar	No asociar	Precaución
Fenitoina	No asociar	No asociar	Precaución
Aumentan el efecto			
Antimicóticos azólicos	No asociar	No asociar	No asociar
Inhibidores de proteasas de VIH	No asociar	No asociar	No asociar
Eritromicina, Claritromizina		Precaución	
Verapamilo	Reducción de dosis		
Amiodarona	Precaución si insuficiencia renal		
Dronedarona	No se recomienda	No se recomienda	
Quinidina	Precaución si insuficiencia renal		
AINE	Precaución semivida larga	Precaución semivida larga	Precaución semivida larga
Anticoagulantes	No asociar	No asociar	No asociar
AAS o clopidogrel	Aumenta riesgo de sangrado pero sin interacciones farmacocinéticas	Aumenta riesgo de sangrado pero sin interacciones farmacocinéticas	Aumenta riesgo de sangrado pero sin interacciones farmacocinéticas

ANEXO 12. Tarjeta para el paciente anticoagulado de la asociación FEASAN ⁽³⁹⁾.

