

Trabajo de revisión

Anticoagulación vía oral

Lic. Enf. Claudia Susana Mancera Madrigal,* Lic Enf. Adriana López Peña,*
Lic. Enf. Azyadet Parra Basurto,* Enf. Card. Gabriela Cortés Villarreal*

* Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

RESUMEN

Los anticoagulantes vía oral (ACO) son los fármacos más utilizados en la profilaxis de la complicación tromboembólica que acompaña a diversas enfermedades. Cuando se ingieren ACO, la alimentación, el embarazo, la lactancia y los procedimientos quirúrgicos, requieren de especial atención, el riesgo de consumir ACO radica en la alta probabilidad hemorrágica. En el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, opera la clínica de anticoagulantes, la cual integra hasta abril del 2006 a 5,264 pacientes que utilizan este tratamiento, más del 50% de éstos se egresaron del área hospitalaria con este régimen terapéutico instaurado, lo que implica proporcionar un plan de alta, en donde se incluyan los cuidados y la instrucción específica para asegurar el éxito del tratamiento y evitar complicaciones severas. La utilización de esta información permite al profesional de enfermería valorar y elaborar un plan de cuidados de acuerdo al grado de participación que el paciente tendrá respecto a su autocuidado tomando en cuenta la voluntad, fuerza, circunstancias socioculturales y demográficas particulares de cada paciente.

Palabras clave: Anticoagulantes orales, indicaciones, complicaciones, cuidados de enfermería.

ABSTRACT

The oral anticoagulants (OA) are the drugs most used in the prophylaxis in a lot of embolic complication that accompanies various diseases. When ingested OA, food, pregnancy, lactation and surgical procedures, require special attention, the risk of consuming OA lies in the high haemorrhagic probability. In the National Institute of Cardiology Ignacio Chávez, operates the anticoagulant's clinic, which integrates until April 2006 5,264 patients with this treatment, over 50% of these go from the hospital with this treatment instituted, which determines to provide a discharge plan, which included the care and instruction specifies, to ensure the success of the treatment and avoid severe complications. The use of this information enables the nursing professionals will plan systematically, sociology, cultural and demographic circumstances of each patient.

Key words: Oral anticoagulants, indications, complications, infirmery cares.

INTRODUCCIÓN

El paciente con tratamiento de anticoagulantes (ACO) demanda un manejo específico y es el personal de enfermería quien debe encargarse de que el paciente cuente con los conocimientos necesarios para adaptarse de manera adecuada a su uso, ya que estos pacientes no sólo deben estar alertas en cuanto a los signos y síntomas de la patología de base que los afecta, además deben tener la capacidad de iden-

www.medigraphic.com

Recibido para publicación: 7 de marzo 2008
Aceptado para publicación: 14 de abril 2008

Dirección para correspondencia:
Lic. Enf. Claudia Susana Mancera Madrigal
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Juan Badiano Núm. 1, Col. Sección XVI. Del. Tlalpan, 14080.
Tel. 5573 2911, Ext. 1259-1356.
E-mail: subyayo@hotmail.com, subyayo@gmail.com

tificar los datos de alarma que señalan complicaciones en el uso de ACO para prevenirlas en medida de lo posible. Una de las formas para adquirir este conocimiento es a través de la educación para la salud que proporciona el profesional de enfermería y debe comenzar en la etapa intrahospitalaria, incluyendo a la familia, para que comprendan la importancia del tratamiento, los cambios a los que deberá adaptarse y cómo disfrutar de una buena calidad de vida en esta nueva situación.

En el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez existe la Clínica de Anticoagulantes, este servicio brinda hasta abril del 2006 atención a 5,264 pacientes que debido a sus distintas cardiopatías utilizan este tratamiento; de estos pacientes más del 50% se egresaron del área hospitalaria con el tratamiento instaurado y tardan aproximadamente de 6 a 8 días en ser atendidos en la clínica de anticoagulantes; por este motivo es importante que el personal de enfermería dentro del área hospitalaria tenga conocimientos sobre ACO, su farmacocinética así como los cuidados específicos para otorgar la educación necesaria previa al egreso y promover la seguridad del paciente en su domicilio.

ANTICOAGULANTES ORALES

Los anticoagulantes orales (ACO) son fármacos derivados de la 4-hidroxycumarina y actúan al inhibir las reductasas de la vitamina K, que son necesarias para convertirla en vitamina activa. La vitamina K se requiere como cofactor en la gamma-carboxilación de los ácidos glutámicos de los factores II, VII, IX y X, y de las proteínas anticoagulantes C y S. La falta de carboxilación de estos glutamatos provoca que los factores sean inactivos e incapaces de unirse al calcio. Existen dos anticoagulantes orales para uso clínico: la acenocumarina y la warfarina. Las principales diferencias entre ambos son farmacocinéticas; la acenocumarina tiene vida media y duración de acción menor. Ambos se administran por vía oral y se absorben rápidamente. En el plasma circulan unidas a proteínas y la forma libre es la única activa. Se metabolizan en el hígado y se excretan por vía renal. Existe gran variabilidad individual en la respuesta por lo tanto, la dosis debe vigilarse estrechamente. La variabilidad se debe a factores farmacocinéticos (absorción y eliminación), farmacodinámicos (diferente reacción a una concentración del medicamento) y de otro tipo, como la falta de apego, enfermedades intercurrentes, variaciones dietéticas, interacciones farmacológicas y vigilancia en el laboratorio.

También se conocen casos raros de resistencia hereditaria o adquirida.¹

El tratamiento con ACO se ha usado desde hace años con demostrada eficacia en la profilaxis primaria y secundaria de la enfermedad tromboembólica. Para ello debe mantenerse el nivel de anticoagulación adecuado, ya que las desviaciones pueden generar complicaciones graves o mortales, lo que requiere una constante vigilancia clínica y analítica que incluye mediciones continuas del tiempo de protrombina (TP) y el INR (International Normalized Ratio) así como la atención primaria establecida en programas de educación para la salud; de la eficacia de estos parámetros y del programa de educación depende el lograr en cada paciente el nivel de anticoagulación adecuado y mantenerlo en rango terapéutico el máximo tiempo posible. Es preciso comprender los múltiples factores que influyen la respuesta al ACO, adquirir la habilidad necesaria para el ajuste de las dosis y disponer de los medios y organización necesarios para el seguimiento de los pacientes.

INDICACIONES

Los ACO están indicados en diversas condiciones clínicas, dentro de las más comunes encontramos las siguientes:

Valvulopatías:

- *Patología valvular mitral.* Si hay fibrilación auricular (FA) paroxística o crónica, historia de embolismo sistémico previo, aurícula izquierda > 50 mm y en los casos de prolapso cuando pese a tratamiento con ácido acetilsalicílico se documentan eventos vasculares transitorios reiterados o embolismo sistémico.
- *Valvulopatía y patología del arco aórtico.* En caso de FA, ateroma aórtico móvil o placa en aorta de más de 4 mm.

Cardiopatías congénitas:

- *Foramen oval permeable y aneurisma del tabique interauricular.* En caso de embolismo sistémico o eventos vasculares transitorios inexplicados, trombosis venosa, embolismo pulmonar demostrado (si no se realiza interrupción venosa) o cierre del foramen.

En estas patologías es necesario mantener el INR entre 2 y 3 y considerar el tratamiento a largo plazo. En caso de embolismo sistémico reiterado, pese a nivel de anticoagulación en rango terapéutico consta-

tado, se recomienda asociar ácido acetilsalicílico (80-100 mg/día), de estar contraindicado tomar ácido acetilsalicílico (AAS), utilizar clopidogrel 75 mg/día o dipiridamol 400 mg/día o ticlopidina 250 mg/12 horas o aumentar el nivel de anticoagulación a un INR entre 2.5 y 3.5.

Prótesis valvulares

Mecánicas:

- En posición aórtica con aurícula izquierda de tamaño normal y ritmo sinusal, modelos nuevos (St. Jude Medical, Medtronic-Hall, Carbomedics) INR 2-3 (objetivo INR 2.5).
En posición mitral o en posición aórtica más FA; INR 2.5-3.5 o INR 2-3 más AAS 80-100 mg/día.
En válvulas de bola o de disco enjaulados, factores de riesgo adicionales o embolismo sistémico pese a anticoagulación en rango: INR 2.5-3.5 más AAS 80-100 mg/día.

Biológicas:

- En posición mitral o aórtica anticoagulación durante los tres primeros meses tras la implantación. Mantener el INR entre 2 y 3. El tratamiento se continúa, en caso de no asociación con FA persistente, con 80 mg diarios de AAS.
Si coexiste FA, si se encontró trombo auricular en la cirugía o embolia sistémica se aconseja tratamiento anticoagulante crónico.²

FA sin valvulopatía:

En esta situación la ACO es a largo plazo, se debe mantener un INR entre 2-3 en los pacientes con alto riesgo de síndrome isquémico coronario agudo (SICA) con factores como hipertensión arterial sistémica, disfunción del ventrículo izquierdo, 75 o más años de edad, embolismo sistémico o SICA previo y en los que tienen más de un factor de riesgo moderado: edad entre 65-75 años, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica con función sistólica del ventrículo izquierdo conservada. Con un solo factor de riesgo moderado es válido el tratamiento con ACO o con AAS. Sin factores de riesgo alto ni moderado y sin otra enfermedad cardiovascular se recomienda AAS a dosis 325 mg/día.³

Cardioversión de FA o flutter auricular:

En este caso la ACO debe alcanzar un INR entre 2 y 3 desde tres semanas antes y continuarse hasta que se confirme que se mantiene en ritmo sinusal durante al menos cuatro semanas. Si se descarta la pre-

sencia de trombos en aurícula izquierda y orejuela mediante ecocardiograma transesofágico puede obviarse el período previo.

Miocardopatía dilatada:

En esta condición está indicado la ACO a largo plazo. En caso de FA, fracción de eyección menor al 35% o insuficiencia cardíaca el INR entre 2 y 3.

Cardiopatía isquémica:

- *Prevención primaria:* indicado en varones con riesgo elevado de complicaciones cardiovasculares con un régimen de ACO de baja intensidad (INR 1.5) y como alternativa al AAS. Si se tiene un riesgo muy elevado se propone el tratamiento con AAS dosis bajas (75-80 mg/día) combinado con ACO de baja intensidad (INR 1.5).
- *Angina inestable:* la ACO es una alternativa para mantener el INR entre 2 y 3, junto con clopidogrel (75 mg/día), o ticlopidina (200 mg/12 horas) si no puede utilizarse el AAS.
- *Infarto agudo de miocardio (IAM):* se recomienda la ACO de uno a tres meses para prevenir tromboembolismo. El INR debe permanecer de 2-3 en IAM anterior extenso, IAM con disfunción severa del ventrículo izquierdo, insuficiencia cardíaca congestiva, trombo parietal o aneurisma del ventrículo izquierdo demostrado por ecocardiografía y embolismo previo. En los pacientes con FA es necesario mantener la ACO a largo plazo. Si se utiliza la ACO para prevenir la reincidencia de IAM, el rango de INR recomendado es entre 2.5 y 3.5.

Eventos vasculares transitorios repetitivos, secundarios a enfermedad cerebrovascular o trombosis arterial cerebral progresiva: estos pacientes suelen recibir anticoagulación a corto plazo con heparina, seguida de ACO durante unas ocho semanas.

Diseccción de pared de la carótida intracraneal: se recomienda ACO para mantener un INR de 2 – 3.5, la duración del tratamiento dependerá de la evolución.

Prevención de la oclusión tras cirugía reconstructiva arterial periférica:

- Pacientes portadores de injerto o endarterectomía, sea aorto-iliaca o femoro-poplítea.
- Cuando se considere que un injerto tiene mala salida distal puede estar indicada la ACO con cumarínicos a largo plazo.
- Pacientes con injertos que hayan presentado una

complicación trombótica a pesar del tratamiento antiagregante.

Prevención de alto riesgo trombótico arterial:

en caso de accidentes isquémicos transitorios de origen carotídeo en pacientes portadores de "stent" intracoronario o en otras localizaciones en injerto aortocoronario venoso u otros injertos arteriales. En esta situación se considera necesario reducir el tratamiento con AAS a 100 mg/día y asociarlo a régimen de ACO.

CONTRAINDICACIONES

Absolutas:

- Diátesis hemorrágicas graves.
- Procesos hemorrágicos activos, úlcera gastroduodenal sangrante y neoplasia ulcerada.
- Hipertensión arterial grave no controlada.
- Evento vascular cerebral hemorrágico reciente.
- Aneurisma intracerebral.

Relativas:

- Retinopatía hemorrágica.
- Úlcera gastroduodenal activa.
- Mala absorción intestinal.
- Pacientes que en general no puedan cooperar: alcoholismo, drogadicción, psiquiátricos, seniles.
- Epilepsia.
- Pericarditis con derrame
- Gestación (contraindicados durante el primer trimestre y el último mes).⁴

Las contraindicaciones relativas serán valoradas en función de la necesidad de la anticoagulación (riesgo de tromboembolismo) y darán lugar, en muchos casos, a una pauta más moderada o a la supresión temporal de la anticoagulación. En este artículo la gestación está considerada como una situación especial y será comentada más adelante.

INTERACCIONES CON OTROS FÁRMACOS

Es muy frecuente la asociación de la ACO con diversos tratamientos farmacológicos debido a las condiciones clínicas prevalentes, por lo que es muy importante tomar en cuenta su interacción con otros medicamentos (*Cuadro I*).

ACTUACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES

Intervenciones quirúrgicas:

Pacientes que reciben tratamiento anticoagulante

oral y precisan cirugía mayor programada: generalmente se trata de pacientes de alto riesgo tromboembólico (prótesis valvulares mecánicas, otros diagnósticos con previo embolismo sistémico y tromboembolismo venoso de menos de 3 meses de antigüedad), en tal caso se deben considerar los siguientes cuidados.

- Es necesario suspender el tratamiento ACO **como mínimo** 3 días antes, en caso de ser acenocumarina y 5 días previos, en caso de warfarina.
- Al paciente que se someta a cualquier acto quirúrgico programado, se le debe realizar traslape de anticoagulantes, lo cual implica:
 - El día 1 el paciente no recibirá cumarínicos ni heparina.
 - El día 2, si el valor INR está por debajo del nivel terapéutico, recibirá heparina a dosis progresivamente crecientes hasta alcanzar dosis terapéuticas o cuando el INR se encuentre en niveles esperados.
 - El día 3, la heparina se reducirá hasta alcanzar dosis profilácticas, estándar o alta según el riesgo trombótico.
 - Finalmente la heparina se suspenderá definitivamente 4 horas previas a la cirugía, es de especial cuidado tomar control de tiempo parcial de protrombina una vez transcurridas las 4 horas, así el paciente ingresará a sala de operaciones sin riesgos.
- Posterior a la cirugía se reinicia el tratamiento con heparina y una vez que el paciente reciba heparina a dosis moderadas se podrá iniciar el paso a cumarínicos, superponiendo ambos tratamientos hasta que el valor INR se halle en margen terapéutico.⁵

En pacientes de bajo riesgo tromboembólico (FA no asociada a valvulopatía o embolismo previo). Se administrará heparina de bajo peso molecular a dosis profiláctica alta, un día después de la supresión de la anticoagulación oral hasta 2 ó 3 días después de su reanudación, especialmente si están en reposo absoluto, como profilaxis del tromboembolismo venoso.

Pacientes que reciben tratamiento anticoagulante oral y precisan cirugía mayor de urgencia. En estos casos existe un alto riesgo de hemorragia perioperatoria, si la intervención puede posponerse entre 6 y 8 horas se recomienda administrar vitamina K, un mínimo de 10 mg por vía endovenosa y comprobar, que el INR es menor de 1.6. La administración de este fármaco por vía intramuscular

implica un alto riesgo de hematoma local en pacientes plenamente anticoagulados. En caso de que no sea posible posponer la intervención se realizará la corrección del defecto hemostático mediante hemoderivados, administrando plasma fresco, de 10 a 30 mL/kg, según el valor de INR. En los pacientes que no puedan tolerar este incremento de volumen (especialmente cardíacas), se ad-

ministrará concentrado protrombínico a dosis de 10-30 u/kg (según el nivel actual de anticoagulación y la posibilidad de administrar alguna unidad de plasma). Cuando se precise una corrección hemostática inmediata para cirugía de extrema urgencia, se utilizará de preferencia concentrado protrombínico, si no existe contraindicación para el mismo, como el riesgo de coagulación intravas-

Cuadro I. Interacción de otros fármacos en el tratamiento de anticoagulación vía oral.¹⁰

Fármacos que aumentan el efecto de los ACO (Potenciadores)	Fármacos que disminuyen el efecto de los ACO (inhibidores)
Analgésicos anti-inflamatorios: AINES, Ácido acetilsalicílico (a dosis elevadas) Salicilatos Paracetamol (uso crónico) Naproxeno Ibuprofeno Diclofenaco Celecoxib <i>Antiagregantes plaquetarios:</i> Dipiridamol, riclopidina Clopidogrel Antimicrobianos y antiparasitarios: Cefalosporinas de 2da. y 3ra. generación Macrólidos Quinolonas Metronidazol Clotrimazol y sulfamidas Antifúngicos: Fluconazol Ketoconazol Itraconazol Miconazol Antiarrítmicos: Amiodarona Propafenona Hipolipemiantes: Bezafibrato, fenofibrato Estatinas Hormonas tiroideas. Antigotosos: Alopurinol Colchicina Anticonceptivos orales. Hipoglucemiantes orales: Glibenclamida	Barbitúricos. <i>Antiepilépticos:</i> Fenobarbital Carbamacepina Fenitoína <i>Antibióticos:</i> Rifampicina Penicilina Antineoplásicos: Aminoglutetimida <i>Antiulcerosos:</i> Sucralfato Hipolipemiantes: Colestiramina

www.medigraphic.com

cular diseminada o cirrosis hepática, en cualquier caso es aconsejable administrar vitamina K (mínimo 10 mg), que se repetirá 6 horas después, ya que el efecto de los hemoderivados es pasajero.

Pacientes que reciben tratamiento anticoagulante oral y precisan procedimientos quirúrgicos menores (fotocoagulación con láser y el cateterismo cardíaco):

- Se valorará en cada caso la necesidad de suspender el tratamiento anticoagulante oral.
- La pauta más habitual será la supresión de ACO durante los dos o tres días (acenocumarol) o 4 a 5 días (warfarina) previos al procedimiento, reiniciándolo la misma noche del día de la intervención.
- En pacientes de alto riesgo tromboembólico se administrará heparina a dosis profiláctica alta, desde el segundo día de la supresión de los cumarínicos hasta cuatro días después de la intervención.
- En pacientes de bajo riesgo no se efectuará profilaxis con heparina excepto en caso de inmovilización en pacientes con previo tromboembolismo venoso.
- Para la realización de exploraciones endoscópicas con probable toma de biopsia, se recomienda la pauta anterior.
- En la cirugía de cataratas con anestesia tópica (no mediante punción retroorbitaria) no es preciso suspender la anticoagulación oral.

Extracciones dentales y otros procedimientos odontológicos en pacientes que reciben ACO. La experiencia desarrollada en otros países y en el nuestro señala que no es imprescindible suspender, ni siquiera reducir, la administración de los anticoagulantes orales previamente a la práctica de exodoncias. La pauta actualmente recomendada es la siguiente:

- En los días previos a la extracción se realizará control de TP e INR al paciente para comprobar que el nivel de anticoagulación se encuentre dentro del margen terapéutico y no sea en ningún caso, excesivo.
- Después de la exodoncia se realizará presión local con algodón durante 2 horas o en caso de ser necesario se puede irrigar la zona afectada con 500 mg de ácido tranexámico y aplicar puntos de sutura sobre la misma, 2 días después el paciente realizará, cada 6 horas, enjuagues de ácido tranexámico. Se deben evitar durante este período los alimentos duros y calientes.

ADMINISTRACIÓN DE ACO DURANTE LA GESTACIÓN

La anticoagulación durante la gestación puede ser obligada (prótesis valvulares cardíacas mecánicas, enfermedad tromboembólica venosa recidivante, déficits congénitos de inhibidores de la coagulación). No se aconseja el embarazo en las portadoras de prótesis valvulares mecánicas, en las que en todo caso, se extremará el control de una eficaz anticoagulación en los pasos de heparina a cumarínico y viceversa. Los cumarínicos pueden dar lugar a malformaciones óseas y alteraciones neurológicas, muy especialmente si se administran durante el primer trimestre del embarazo y a un elevado riesgo de hemorragia cerebral fetal durante el parto.

La pauta recomendada por la *Conferencia de Consenso sobre Terapéutica Antitrombótica del American College of Chest Physicians* es la administración de heparina subcutánea (no fraccionada o de bajo peso molecular) a dosis terapéuticas durante todo el embarazo, en el tratamiento del tromboembolismo venoso; este tipo de heparina no rebasa la barrera placentaria, está libre de complicaciones y puede ser utilizada durante todo el embarazo, pero precisa inyecciones diarias subcutáneas, no siempre toleradas a tan largo plazo, sin embargo también existe el riesgo de osteoporosis.

En las portadoras de prótesis valvulares cardíacas se limita la administración de heparina al primer trimestre y al último mes de la gestación, utilizando en el resto cumarínicos. Teniendo en cuenta la muy escasa incidencia de complicaciones fetales de todo tipo cuando se limita la administración de cumarínicos al segundo trimestre y los dos primeros meses del tercero, debe tenerse en cuenta esta posibilidad como alternativa terapéutica en pacientes con mala tolerancia al tratamiento subcutáneo prolongado, también en otros diagnósticos.⁴ En caso de trombosis venosa profunda durante el embarazo se mantendrá la anticoagulación un mínimo de tres meses tras el parto.

El parto o la cesárea serán manejados como cirugía mayor, por lo que deben implementarse los cuidados antes mencionados. La lactancia materna no está contraindicada durante el tratamiento anticoagulante con acenocumarol o warfarina.

ALIMENTACIÓN

El paciente anticoagulado puede comer de todo evitando los excesos, lo ideal es una dieta sana y equili-

brada. Hay una serie de alimentos ricos en vitamina K que deben ser restringidos en este tipo de pacientes, tales como:

- Col, cilantro, aguacate, brócoli, coles de Bruselas, espinacas, coliflor, lechuga, garbanzo, yemas de huevo, soya y sus derivados, hígado de res y de cerdo, té verde, chocolate, castañas, turrónes, mazapanes, bebidas alcohólicas y suplementos alimenticios.

Es importante mantener el peso de los pacientes, restringiendo aquellos alimentos con alto nivel calórico, evitar dietas adelgazantes a temporadas o en períodos prolongados, los cambios bruscos de dieta y de peso pueden modificar el efecto del anticoagulante hasta el punto de crear un riesgo importante.

El tabaco es muy rico en vitamina K, por lo que puede frenar el efecto del anticoagulante.⁶

COMPLICACIONES

El riesgo inherente de la ACO radica en la alta probabilidad de hemorragias, los pacientes con este tratamiento deben ser muy precavidos al manejar herramientas y maquinaria pesada e implementar medidas de prevención de accidentes en el hogar y automovilísticos, en Estados Unidos y Europa los pacientes con ACO portan una tarjeta de identificación en la que registran además de datos personales, el tipo de anticoagulante y la dosis que consumen.

La intervención educativa y la promoción para la salud, en este punto es fundamental, ya que promueve la identificación de los síntomas y las causas de sobreanticoagulación para evitar mayores complicaciones, dentro de ellos encontramos:

- Cefaleas intensas, cifras de presión arterial descontrolada, derrames oculares, epistaxis, gingivorragia, hematemesis, hematuria, evacuaciones melénicas o con sangre fresca, períodos menstruales con flujo excesivo, petequias, equimosis o hematomas, sin causa aparente; estos datos deben ser objeto de urgencia y el paciente debe acudir al servicio médico lo más pronto posible.

Otra situación a considerar, relacionada con lo expuesto en el *cuadro I*, es la importancia de no recurrir a la automedicación, se debe hacer conciencia en los problemas graves que trae el hecho de consumir medicamentos no prescritos por el médico y de igual manera se debe asegurar que se haya comprendido el esquema de ACO para evitar omisión o duplicidad en las dosis, en este caso la familia del paciente puede ser de gran ayuda.

Dado que las alteraciones en el régimen terapéutico de los pacientes que consumen ACO propician graves complicaciones, es importante que el personal de enfermería desde la etapa hospitalaria, brinde los conocimientos necesarios al paciente y sus familiares sobre el manejo de los mismos, mediante programas de fomento a la salud y promoción del autocuidado, para que los pacientes potencialicen esta información a su egreso. Para esto es aconsejable facilitar al paciente la información escrita de manera clara del plan de tratamiento con el fin de evitar errores en la medicación, esta orientación es importante combinarla con programas específicos en todos los niveles para brindar la atención debida y mantener controles de dosificación e INR dentro de los parámetros requeridos según la patología.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Como se ha mencionado anteriormente se considera que la persona con un régimen terapéutico con ACO tiene adicionalmente el beneficio clínico de su tratamiento, un riesgo potencial de presentar hemorragias, en su generalidad, éstas son secundarias a la interacción del medicamento y los hábitos personales. Luego entonces se deben implementar intervenciones de enfermería en un orden específico que permitan que el paciente reciba una educación para la salud efectiva. Es de suma importancia asegurarse que el paciente comprenda la información recibida sobre la ACO utilizando diferentes técnicas didácticas pero sobre todo la verbalización, retroalimentación y evaluación de lo aprendido.

Las intervenciones prioritarias deben instruir al paciente y familiar sobre los siguientes puntos:

- Nombre del medicamento, genérico y comercial.
- Dosis, forma de fraccionar la tableta y hora de la administración, se recomienda sea una hora fija y tres horas antes o después de los alimentos.
- Efectos colaterales, incluyendo orientación para aminorar sus consecuencias.
- Signos de alarma y la forma de identificarlos: derrames oculares, epistaxis, gingivorragia, hematemesis, hematuria, evacuaciones melénicas o con sangre fresca, períodos menstruales con flujo excesivo, petequias, equimosis o hematomas, sin causa aparente.
- El riesgo de la automedicación.
- Qué significan niveles de TP e INR y los valores determinados para su estado clínico.

- La importancia del control de laboratorio y consultas periódicas.
- Los alimentos con restricción de consumo.
- Sensibilización para la prevención de lesiones y accidentes.
- El riesgo de participar en deportes de contacto o entretenimiento peligroso.
- El uso de zapatos cómodos y cerrados, para evitar lesiones distales.
- La importancia del control de la fertilidad adecuado y las razones para evitar el uso de dispositivo intrauterino.⁷

El uso de la tarjeta de alerta médica que contenga: nombre, edad, tipo de anticoagulante y la principal patología por la que consume el anticoagulante.⁸

En Colombia un estudio sobre “Aplicación del plan de cuidado de Enfermería a personas con anticoagulantes orales basado en el sistema de apoyo educativo de Dorotea Orem” evidenció que las intervenciones de enfermería realizadas a las personas con ACO mejoran considerablemente el conocimiento, cuidado y control del tratamiento y que la dificultad mayor fue la comprensión de los valores del INR en el resultado de laboratorio.⁹

DISCUSIÓN

El uso de ACO es un punto angular en el tratamiento de múltiples padecimientos, siendo los principales los padecimientos de origen cardíaco, de tal forma que en nuestro país la Secretaría de Salud ha incluido a la acenocumarina en el cuadro básico de medicamentos debido a la gran demanda del mismo. El profesional de enfermería actualmente enfrenta nuevos retos en la atención, uno de ellos es el cuidado seguro de pacientes con régimen de ACO ya que la población que los consume es tan variada y en su tratamiento domiciliario influyen diversas variables socioculturales, demográficas y económicas. Por esta razón el enfermo debe recibir información clara, precisa y oportuna acerca de su terapéutica con ACO, lo ideal es iniciar la educación durante su estancia en hospitalización y reafirmar estos conocimientos antes del alta; debemos incluir asesoría sobre el padecimiento, tratamiento y medidas preventivas. La actualización de esta información permite al profesional de enfermería planear de manera sistematizada las actuaciones relacionadas con el plan de alta del paciente, de manera que se logre alcanzar el obje-

tivo de aprendizaje deseado, tanto del usuario como de su familia. El inicio de esta terapéutica implica una serie de cambios en los hábitos y costumbres de las personas, situación que resulta poco sencilla y que dependerá no sólo de la voluntad sino de la prevalencia de diversos factores. La intervención de enfermería prioritaria para el cuidado de pacientes con ACO es el apoyo educativo, con el objetivo principal de desarrollar las capacidades de autocuidado de la persona para evitar complicaciones, potencializar el beneficio del tratamiento y asegurar una buena calidad de vida.

En relación al apoyo educativo, encontramos que en el mundo, países desarrollados como Estados Unidos, Gran Bretaña y otros en América Latina como Chile y Cuba, han desarrollado estrategias de promoción a la salud que les han permitido otorgar educación para la salud efectiva; en México, el Plan Nacional de Desarrollo correspondiente a este sexenio hace gran hincapié en la promoción para la salud como punto estratégico de mejora en calidad de la salud. No obstante esta educación aborda no solamente la transición de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud, estas premisas son de suma importancia para la intervención educativa en los pacientes con ACO, sin embargo es frecuente que no se analicen con la debida profundidad, por lo que aún se observa una alta frecuencia de urgencias clínicas y reingresos hospitalarios por complicaciones por ACO.

REFERENCIAS

1. Villagómez A. Guías para el diagnóstico, prevención y tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa. *Revista de Medicina Interna de México, Med Int Mex* 2006; 22:S1-S38.
2. Vargas BJ. *Tratado de Cardiología. Sociedad Mexicana de Cardiología*. México: Intersistemas S.A. de C.V.; 2006: 512.
3. Eng-Ceña L. *Guía práctica para el cardiólogo 4ª ed.* México: Armstrong; 2000.
4. Salazar E, Izaguirre R. Cardiopatía, anticoagulantes y embarazo. *Rev Esp Card* 2001; 54(supl): 8-16.
5. Branwald F. *Principios de Medicina Interna*. México: Interamericana; 1999.
6. Modell W, Schwart MA. *Manual de cardiología para enfermeras*. México: la Prensa Médica Mexicana; 1979: 203-205.
7. Trucker, Canobbio, Paquette, Wells. Normas de cuidados de pacientes. *Guía de planificación de la práctica asistencial conjunta*. Vol. 1 España: Harcourt Océano; 2006.
8. Alonso R, Barroso C, Álvarez I, Puche N, Alcaraz A. Anticoagulante oral en atención primaria. *Información te-*

rapéutica del Sistema Nacional de Salud. México: 1997: 89-96

9. Granados, Rojas, Mojica. *Enfermería Cardiovascular*. Capítulo 20. En Rincón O, Díaz E, Garzón M, Enfermería Cardiovascular. Colombia: Distribuna Editorial; 2008: 369-393.
10. *Anticoagulación oral seguimiento fármaco-terapéutico* [en línea]. 2008 [consultado 10 de marzo de 2008]; disponible en: www.correofarmaceutico.com/documentos/anto.190404.pdf

BIBLIOGRAFÍA

1. Maldonado RNE. Atención al paciente con anticoagulantes. *Rev Mex Enf Card* 2001; 9(1-4): 44-49.
2. Chávez RI. *Cardiología*. México: Médica Panamericana; 1993: 356.
3. Interacciones de los anticoagulantes orales. *INFAC* 1997; 5(4).
4. Gómez MM, Gómez MCV. Interacciones medicamentosas del acenocumarol. Manejo de los anticoagulantes orales en atención primaria salud rural 2002; 19(12): 24-27.