



MANUAL DEL ANTICOAGULADO

M^ª Ángeles Fernández

MANUAL DEL ANTICOAGULADO

M^a Ángeles Fernández

Textos: **M^a Ángeles Fernández**[®]

Primera edición: Valencia, septiembre 1990

Segunda edición(bilingüe: valenciano/castellano): Valencia, abril 1991

Tercera edición(bilingüe: valenciano/castellano): Valencia, octubre 1991

Cuarta edición: Bilbao, 1993

Quinta edición (bilingüe: valenciano/castellano): Valencia, mayo 1994

Sexta edición (bilingüe: valenciano/castellano): Valencia, febrero 1995.

Séptima edición(bilingüe: euskera/castellano): Bilbao, 1997

Octava edición: Barcelona, 1998

Novena edición (bilingüe: valenciano/castellano): Valencia, marzo 1998

Décima edición: Barcelona, 1999

Undécima edición: Barcelona, 2003

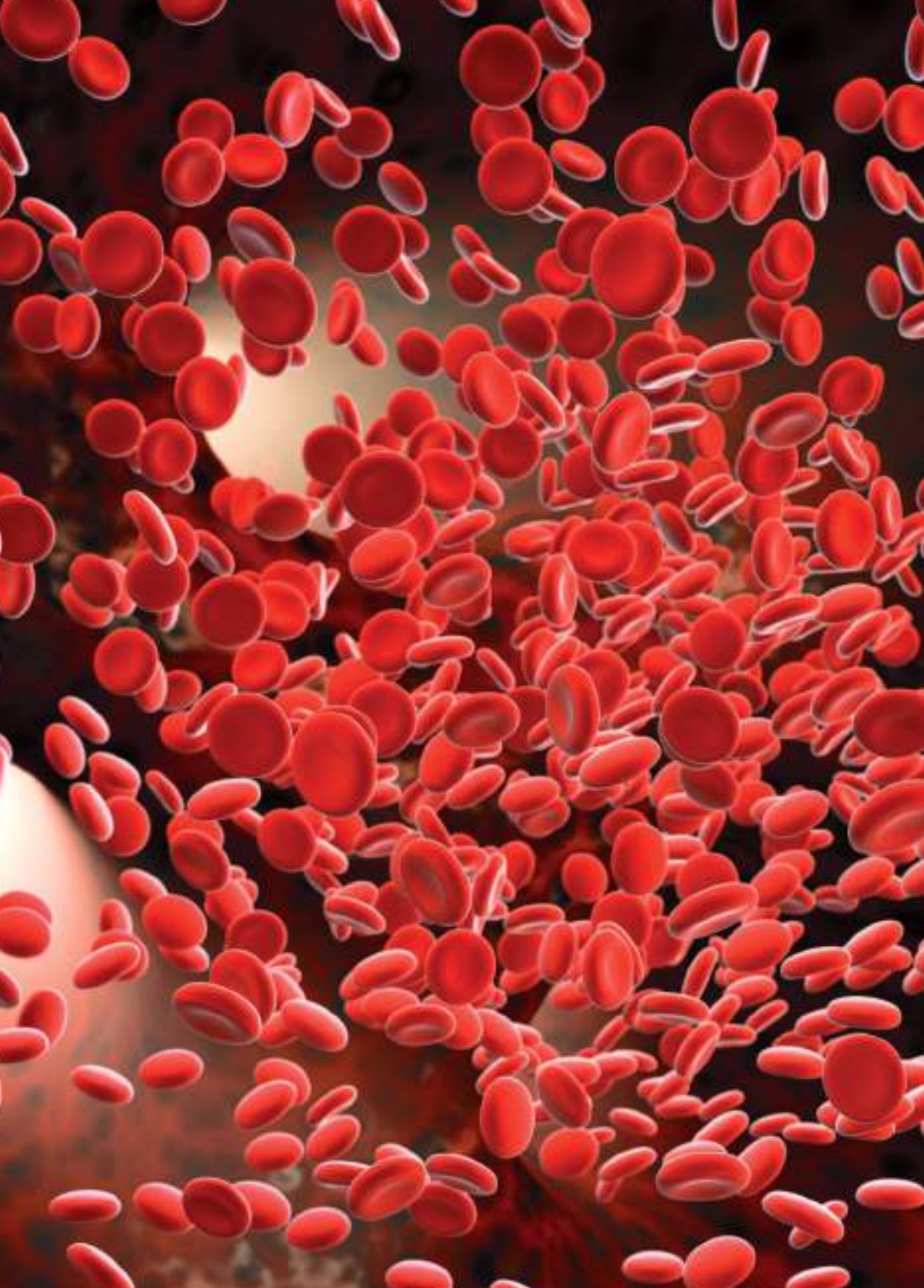
Duodécima edición: Cádiz, 2004

Decimotercera edición, actualizada: Barcelona, 2011

**A todas las personas anticoaguladas,
sea cual sea su posición social,
edad y sexo.**

ÍNDICE

1. PRÓLOGO	9
2. GENERALIDADES	12
• ¿Qué son los anticoagulantes orales?.....	12
• ¿Quiénes tienen que tomar anticoagulantes?.....	13
• ¿Cómo se administran los anticoagulantes orales?.....	14
• ¿Cómo se sabe la cantidad que hay que tomar?.....	14
• ¿Dónde se debe realizar el control de la terapéutica anticoagulante?.....	15
• ¿Cada cuanto tiempo hay que realizar los controles del INR?.....	16
• ¿Cómo se pueden evitar las oscilaciones del INR?.....	16
• ¿Cuándo hay que tomar el anticoagulante?.....	17
• ¿Qué debe hacer el paciente cuando olvide una dosis o cometa un error?.....	18
• ¿Causan complicaciones los anticoagulantes orales?.....	18
• ¿Por donde se puede sangrar?.....	19
• ¿Qué es el Autocontrol?.....	24
3. SITUACIONES ESPECIALES	26
• El paciente anticoagulado y el Dentista.....	26
• Preparación del anticoagulado para cirugía menor y pruebas invasivas.....	28
• Instrucciones para inyectar la Heparina.....	28
• El paciente anticoagulado y la Dieta.....	29
• Los anticoagulantes orales y sus interacciones con otros fármacos.....	30
• El paciente anticoagulado y las heridas.....	32
• La mujer anticoagulada y los métodos anticonceptivos.....	33
• La mujer anticoagulada y el embarazo.....	34
• El paciente anticoagulado y las vacaciones.....	34
• El paciente anticoagulado con Dolor.....	37
• El paciente anticoagulado con Fiebre.....	37
• El paciente anticoagulado con Diarrea.....	38
• El paciente anticoagulado y la administración de antibióticos.....	38
• El paciente anticoagulado y las vacunas.....	39
4. REGLAS DE ORO DEL ANTICOAGULADO	41
5. LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES	42



1

PRÓLOGO

Han pasado veinte años desde la 1ª edición del **Manual del Anticoagulado**. Mi propósito fue contestar y explicar de forma sencilla aquellas preguntas que se planteaban las personas con tratamiento anticoagulante, tratando de proporcionarles una cierta autonomía para resolver pequeños problemas e interpretar lo que les pasaba, a la vez que desmitificar la “leyenda negra” que acompaña a este tratamiento.

Hoy, como entonces, la mayoría de las preguntas tienen las mismas respuestas. Sin embargo, existen algunos aspectos que han variado con el paso del tiempo. Por ejemplo:

- Hoy existen dos presentaciones del anticoagulante más utilizado en nuestro país, el Sintrom®, y antes sólo existía una.
- Hoy existe en nuestro país otro anticoagulante - Aldocumar® - que permite adaptar de forma más exacta la cantidad de fármaco que necesita cada paciente, pues se dispone de comprimidos de 1, 3, 5 y 10 miligramos.
- Hoy se sabe que las personas que tienen una fibrilación auricular (FA) aislada no necesitan tener la sangre “tan fina” como las que son portadoras de una prótesis valvular.
- Hoy, las personas mayores con riesgo de sufrir una embolia, sea cual sea su edad, se anticoagulan.
- Hoy se dispone de pequeños aparatos portátiles que permiten realizar los controles con una gotita de sangre proveniente de un dedo.
- Hoy existen asociaciones de pacientes a través de las que se hace educación sanitaria.
- Hoy existen en el mercado otros fármacos “anticoagulantes orales” que, en ciertas situaciones, pueden substituir a los que teníamos hasta ahora.

- Hoy, el paciente anticoagulado está más informado acerca de su tratamiento que hace 20 años y debe ser más activo colaborando en mejorar su delicada salud.



Este Manual no es otra cosa que un manual de consulta rápida, no un tratado de Medicina, realizado teniendo como base la experiencia de la autora en su relación diaria durante más de treinta años con las personas anticoaguladas, sin perder de vista los aspectos científicos sobre el tema. Está escrito en caracteres de mayor tamaño que el habitual para que pueda ser leído fácilmente por cualquier persona con independencia de su

edad. Trata de ser conciso y parco en circunloquios para que el lector comprenda y, a poder ser, retenga la información básica.

10 Para actualizar el Manual del Anticoagulado, la autora ha tenido en cuenta la información y el formato de los otros manuales de consulta que han ido apareciendo en estos últimos años (Tractament anticoagulant Oral, Barcelona 1998; Guía para el paciente en tratamiento anticoagulant oral, Zaragoza 2008; Manual del Paciente Anticoagulado, Córdoba 2008), de la misma forma que en 1990 tuvo en cuenta los que ya se utilizaban en otros países: el Vademécum per il paziente in terapia anticoagulant en Italia, Información para el paciente del Servicio de Trombosis en Holanda, el Anticoagulant Therapy Record en Gran Bretaña y la información que aparecía en los diferentes “carnets de Control del TAO” que existían por doquier.

Entonces, como responsable de la Unidad de Terapéutica Anticoagulante del Hospital Universitario “La Fe” de Valencia, y hoy, como Asesora Científica de la Federación Española de Asociaciones de Anticoagulados –FEASAN, sigo pensando que el paciente tiene derecho a disponer de mayor libertad personal, a vivir sin miedos a través de información veraz y comprensible, acorde a sus conocimientos. Por su parte, el paciente tiene el deber de interpretar lo escrito utilizando su “sentido común”, sin tratar de buscar segundas interpretaciones a las palabras.

Termino diciendo: una persona que toma anticoagulantes orales debe ser conocida como **anticoagulada –paciente anticoagulado-**, desterrando para siempre de nuestro lenguaje el apelativo de “sintronero” o “pastillero”. En el siglo XXI, en que se quieren cambiar tantas cosas, no es bueno que se sigan utilizando términos del pasado.

La Autora

2

GENERALIDADES

¿Qué son los anticoagulantes orales?

Los anticoagulantes orales son fármacos que **hacen que la sangre tarde más tiempo en coagular**, impidiendo que la vitamina K pueda ser utilizada por el hígado para formar los factores de la coagulación II, VII, IX y X (cuatro de los trece que hay). Por esta razón a los anticoagulantes orales **se les llama también antivitaminas K**.

Hay distintos anticoagulantes orales. Se diferencian en el nombre y en el tiempo que tardan en producir su efecto y en dejar de actuar en el organismo, pero todos tienen la misma acción. En España tenemos acenocumarol (Sintrom®) y warfarina (Aldocumar®).

Sintrom® es el anticoagulante más utilizado en nuestro país. Existen dos presentaciones: Sintrom Uno® y Sintrom 4®. Su nombre genérico es acenocumarol.

12

Es el anticoagulante que menos tiempo permanece en la sangre, por lo que, si deja de tomarse, su efecto comienza a desaparecer pasadas doce horas.

Sintrom Uno® es un comprimido blanco, muy pequeño, que no lleva ranura para partirlo, pero que, si es necesario, se puede partir. Tiene 1 miligramo de acenocumarol y equivale a la cuarta parte de Sintrom 4.

Sintrom 4® es un comprimido blanco, grande, que lleva una ranura en forma de cruz, pero se parte mal. El comprimido tiene 4 miligramos de acenocumarol. Las personas que necesitan menos de 4 miligramos diarios, no deberían utilizarlo, cambiando a Sintrom Uno para mayor exactitud.

Aldocumar® es el otro anticoagulante disponible en España. Su efecto permanece en la sangre más tiempo que el del Sintrom ; como conse-

cuencia, el INR es más estable. Si deja de tomarse, su efecto no comienza a desaparecer hasta pasadas unas 30 horas. Hay comprimidos de **1 mg** (de color **rosa**), de **3 mg** (de color **azul**), de **5 mg** (de color **amarillo**) y de **10 mg** (de color **blanco**), por lo que es más fácil encontrar la dosis que se necesita.



Sintrom® y Aldocumar® no se pueden intercambiar porque las cantidades no son equivalentes. Ambos tienen ventajas y desventajas, que obligatoriamente deberían ser conocidas por los que los manejan. **En mi experiencia, cuanto más fino es uno ajustando las dosis y cuanto menos diferencia hay entre las cantidades a tomar cada día, menos oscilaciones tiene el INR, dando lugar a menos complicaciones y a menos resultados inexplicables.**

¿Quiénes toman anticoagulantes orales?

Toman anticoagulantes orales **todas las personas con riesgo de formar trombos o embolias**. Estas personas son:

- 1. Las que tienen enfermas las válvulas del corazón**, para evitar las embolias.
- 2. Las que llevan prótesis valvulares cardiacas**, para que no se obstruya la válvula.
- 3. Las personas con arritmia tipo fibrilación auricular**, para evitar el infarto cerebral.

4. Las personas que tienen el corazón dilatado (miocardiopatía) como consecuencia de otra enfermedad, como puede ser un infarto de miocardio, para evitar las embolias.

5. Las personas que han tenido una trombosis en las piernas o una embolia pulmonar, para que no se repita.



Resumiendo, tienen que tomar anticoagulantes orales todas aquellas personas que tienen peligro de sufrir una trombosis o una embolia y, si ésta ya ha tenido lugar, para que no se repita, siempre poniendo en una balanza el beneficio que se quiere conseguir frente a los riesgos que puede suponer este tratamiento en determinadas circunstancias.

¿Cómo se administran los anticoagulantes orales?

Se administran siempre por vía oral, en comprimidos. El médico debe elegir siempre el anticoagulante (Sintrom® o Aldocumar®) que más se ajuste a las características del paciente, utilizando el comprimido que tenga la cantidad de producto que más se acerque a sus requerimientos.

Los anticoagulantes no son como otros fármacos y cada persona necesita una cantidad distinta para alcanzar el mismo efecto. Su dosis ha de ser ajustada individualmente tras la realización de un análisis que mide el tiempo que tarda la sangre en coagular.

14

¿Cómo se sabe la cantidad que hay que tomar?

Quando el médico instaure un tratamiento con anticoagulantes orales comienza con una dosis aproximada que calcula según sea la constitución física del paciente, su edad y el estado de su enfermedad.

La acción de los anticoagulantes orales no es rápida: si hay prisa en comenzar, ha de asociarse una heparina de bajo peso molecular durante al menos los cinco primeros días y hasta que se alcancen los niveles que se desea, y en ese momento suspender la heparina. El que una persona tome más cantidad de anticoagulante que otra no quiere decir que esté más



enferma, sino que posee un patrón genético diferente y, como consecuencia, su organismo responde de manera diferente al anticoagulante, necesitando más o menos cantidad para conseguir el mismo efecto.

La prueba que se utiliza para saber la cantidad que hay que tomar sigue siendo el tiempo de protrombina, pero su resultado se expresa como INR. **INR** son las siglas en inglés de **I**nternational **N**ormalized **R**atio.

Las personas que están anticoaguladas por trombosis venosa (a excepción del Síndrome antifosfolípido -SAF) o por fibrilación auricular han de mantener el INR entre 2 y 3, es decir, para ellas el **Rango terapéutico será 2-3**, pero teniendo siempre en cuenta que el valor medio es 2.5.

Las personas portadoras de prótesis valvular o con enfermedad valvular en fibrilación auricular han de mantener un INR más alto, es decir un **Rango terapéutico = 2.5-3.5**, procurando mantenerse siempre en el valor de 3, que es el valor medio.

15

¿Dónde se debe realizar el control de la terapéutica anticoagulante?

En las ediciones anteriores del Manual decíamos “Siempre en un centro especializado, donde exista una sección dedicada al control de los anticoagulantes orales. Habitualmente son los centros hospitalarios, que disponen de hematólogos, los que reúnen las mejores garantías”.

Hoy ya no se puede decir esto porque el control del paciente anticoagulado se realiza en los Centros de Salud, estando limitado a la realización del INR.



¿Cada cuánto tiempo hay que realizar los controles del INR?

El intervalo entre controles debe ser fijado teniendo en cuenta las características de los pacientes: los que son muy inestables deben controlarse con mayor frecuencia; aquellos que mantienen bien su rango terapéutico deberían hacerlo cada 4-6 semanas.



Los controles sirven para verificar que la dosis que se está tomando es la adecuada para prevenir el episodio tromboembólico y corregirla si fuera necesario.

Cuando el INR es menor que el límite bajo de su rango terapéutico hay que aumentar la dosis de anticoagulante, no esperar a que se recupere por sí mismo. Cuando el INR es mayor que el límite alto de su rango terapéutico hay que disminuir la dosis de anticoagulante, a ser posible haciendo el cambio de dosis el mismo día del control. Por este motivo siempre hemos aconsejado tomar el anticoagulante antes de la cena.

16

¿Cómo se pueden evitar las oscilaciones del INR?

Muchos factores pueden ser causa de oscilaciones del INR, unos pueden ser evitados por el propio paciente, pero otros no dependen de él.

El propio paciente puede ayudar a mantener el INR:

- Realizando siempre su control en el mismo sitio.
- Tomando el anticoagulante regularmente, más o menos a la misma hora. Como en general se toman menos fármacos en la cena, ésta podría ser la mejor hora.
- Tomando el resto del tratamiento como se le ha indicado, evitando dejar dosis porque se le haya terminado o porque quiera descansar un día.
- Evitando que la toma del anticoagulante coincida en el tiempo con la toma de protectores gástricos.

- Siendo regular en las comidas, evitando pasar muchas horas sin comer y huyendo de las dietas “mágicas” para adelgazar.
- No tomando bebidas alcohólicas con el estómago vacío y haciéndolo siempre con moderación.
- Utilizando como analgésico Paracetamol, sin superar los 1.5 gramos diarios y sólo en caso de dolor.

El INR puede verse modificado además, y sobre todo, porque la obtención de la muestra de sangre sea incorrecta:

1. En la punción venosa,

- La cantidad de sangre extraída ha de corresponder exactamente a la cantidad de anticoagulante que lleva dentro el tubo de recogida.
- La punción ha de ser limpia, sin dificultad.

2. En la punción capilar,

- El pulpejo del dedo ha de estar turgente para que se deje pinchar.
- La sangre debe fluir realizando una ligera presión en círculo alrededor del dedo, nunca “ordeñarlo”.



17

¿Cuándo hay que tomar el anticoagulante (Sintrom®, Aldocumar®)?

Los anticoagulantes orales no permanecen en la sangre las mismas horas, y el efecto sobre los factores de la coagulación también es diferente: el Sintrom® se mantiene en la sangre de 8 a 12 horas y el Aldocumar® se mantiene de 36 a 42 horas. Según esto, la persona que toma Aldocumar®, deberá tomar una única dosis diaria; pero las personas que toman Sintrom® y tienen oscilaciones continuas del INR, deberían repartir la dosis diaria en dos veces y tomar una antes del desayuno y otra antes de la cena.

Los anticoagulantes orales deben ser tomados, más o menos, siempre a la misma hora, de forma que se transforme en una costumbre y sea más difícil el olvido.

¿Qué debe hacer el paciente cuando olvide una dosis o cometa un error?



Es importante conocer cómo se planifica la dosis que necesita una persona. Sabemos que cada una posee una sensibilidad diferente y los comprimidos existente pueden no adecuarse a sus necesidades.

Lo primero que se hace es calcular la dosis semanal, repartiéndola de la mejor forma entre los distintos días de la semana, procurando que las diferencias entre los días sean mínimas. Con Aldocumar® esto es más fácil que con Sintrom® porque existen comprimidos de 1, 3, 5 y 10 miligramos; los comprimidos de Sintrom® permiten menor juego, sobre todo en personas que necesitan dosis muy pequeñas.

18

Lo segundo que se debe hacer es planificar la semana teniendo en cuenta los días de la semana y no los días del mes, por dos razones: para no estar siempre pendiente del calendario y porque, en el caso del Sintrom®, se ajusta más a su forma de actuar.

Si el paciente olvida tomar la dosis a la hora que tiene por costumbre, la puede tomar más tarde, pero no debería recuperar la dosis de un día añadiéndola a la del día siguiente. Lo que sí podría hacer es repartir la cantidad olvidada entre los días siguientes para que no exista un cambio tan brusco en la coagulabilidad de la sangre. De esta misma forma debería actuar cuando comete un error y toma una cantidad distinta a la que lleva indicada para ese día.

¿Causan complicaciones los anticoagulantes orales?

Sí, si se manejan mal, tanto por parte del personal sanitario como por parte del propio paciente.

La mayor complicación de los anticoagulantes orales es la **hemorragia**.

Todas las personas, tomen o no anticoagulantes, pueden sangrar en alguna ocasión y, aunque pueden aparecer hemorragias graves, la mayor parte de las veces no tienen consecuencias.

Las personas que toman anticoagulantes pueden sangrar por las mismas razones que las que no los toman, pero, **una vez se produce la hemorragia, tardan más en dejar de sangrar.**

Para que se produzca una hemorragia, tiene que existir además un factor desencadenante, por ejemplo una úlcera de estómago, una subida brusca de la tensión arterial, un esfuerzo muy importante no controlado, etc. Por este motivo son tan importantes el control periódico, la educación sanitaria tanto del paciente anticoagulado como de sus familiares y la colaboración de todo el personal sanitario implicado en su seguimiento, evitando en lo posible la polifarmacia y las situaciones de riesgo.

¿Por donde se puede sangrar?

Se puede sangrar por cualquier sitio, lo que recibe diferentes nombres.

Mencionaremos algunos sitios por donde se puede sangrar, algunos consejos para evitarlo y normas sobre lo que hay que hacer, pues en la mayoría de los casos las puede resolver el propio paciente.

Hemorragia conjuntival se produce en la parte blanca del ojo y está provocada por la rotura de un pequeño capilar cuando ya existe una fragilidad capilar (diabetes, anemia...).

Puede ser provocada por:

- un golpe de tos,
- un estornudo fuerte cuando se cierra la boca y se tapa la nariz,



- una ráfaga de aire,
- una arenita,
- un restregón, etc.



No tiene importancia aunque sea muy aparatosa, no tiene tratamiento y no es necesario acudir al médico. Sin embargo, las hemorragias conjuntivales más aparatosas se producen en la ducha, por la acción del gel o del champú y, en este caso, sí debería consultar con el Servicio de Urgencias.

Aunque esto no es debido a los anticoagulantes, **ante la pérdida brusca de visión hay que acudir siempre al Servicio de Urgencias de un Hospital.**

Hemorragia nasal o epistaxis. Puede estar provocada:

- por la congestión nasal que produce un catarro,
- al sonarse muy fuerte,
- tener reseca la nariz porque el aire es muy seco,
- por el aire acondicionado,
- porque hace mucho calor,
- por estar con la cabeza mucho tiempo al sol,
- cuando la tensión arterial está muy alta, etc.

20

¿Cómo se puede prevenir?

En aquellas situaciones en que el aire y el ambiente son muy secos, es aconsejable aplicar vaselina sobre la mucosa de la nariz

Controlando la tensión arterial.

¿Cómo se puede tratar?

1. Si una persona anticoagulada sangra por la nariz, debe hacer presión sobre la zona hasta dejar de sangrar.

2. Si con esto no es suficiente, ha de aplicarse un tapón de gasa o algodón apretado con un hemostático local (ya se venden preparados en la Farmacia) y esperar un par de horas.

3. Si la hemorragia no cesa o la tensión arterial está elevada debe acudir al Servicio de Urgencias más próximo para un taponamiento más eficaz.

¡Vigile la tensión arterial: Las hemorragias por la nariz son más graves en las personas hipertensas!

Hemorragia por las encías o hemorragia gingival. Las personas anticoaguladas, que tienen la sangre más “fina”, tienen más facilidad para sangrar por las encías, a veces durante el sueño, pero no hay que alarmarse ya que la sangre se mezcla con la saliva y parece más de lo que realmente es. La causa no es la “sangre fina” sino la inflamación crónica de las encías, que puede ser debida a:

- Cuando el cepillado no se hace regularmente,
- Cuando la boca está en mal estado,
- Con la acción de algunos medicamentos,
- Cuando se añaden antiagregantes plaquetarios como AAS.



Se debería visitar al Dentista al menos una vez al año para mantener las encías lo más sanas posible: la utilización sistemática de colutorios puede no ser lo más adecuado.

Espustos manchados de sangre. Cuando uno está acatarrado, los espustos manchados de sangre pueden aparecer por:

- Que la garganta esté irritada por el virus o la propia tos.
- Que exista una congestión pulmonar.

Será el médico el que nos saque de dudas con lo que nosotros le expliquemos; por lo tanto, hay que analizar bien como es y en qué momento

aparece el esputo manchado de sangre.

- Si los esputos llevan mezclados hilos negros o aparecen manchados de sangre roja tras un golpe de tos, hay que contactar con el Médico de Familia o el Servicio de Urgencias para realizar una placa de tórax.
- Si sólo se trata de una irritación de garganta sin infección, debe recurrirse a remedios caseros para suavizar la garganta o utilizar un antiinflamatorio de tipo proteolítico (Lizipaína) y dejar los antibióticos sólo para cuando sean necesarios, es decir, cuando el dolor de garganta vaya acompañado de fiebre muy alta.

Vómitos de sangre o hemoptisis. Si sufre un vómito de sangre roja o con aspecto de posos de café, debe acudir al Servicio de Urgencias de un Hospital para verificar que no se trata de una neumonía.

Sangre en las heces, hematoquecia o rectorragia. Cuando aparece sangre roja al defecar, en la mayoría de los casos no tiene importancia, porque puede estar provocada por un estreñimiento o por unas hemorroides inflamadas. En cualquier caso, y sobre todo si es recidivante, debe comunicarlo a su médico cuando acuda a la consulta.

Melenas. Si las heces son negras, pastosas y malolientes (no está tomando ningún preparado que contenga hierro ni ha comido morcilla), debe acudir al Servicio de Urgencias de un Hospital, porque puede tratarse de una pequeña úlcera de estómago que esté sangrando.

Orina con sangre o hematuria. Ya sea la orina de color rojo o de color oscuro, debe consultar siempre con su médico, al que llevará al mismo tiempo una muestra de esa orina.

La hematuria es la única hemorragia que **SÍ puede ser debida únicamente a un exceso de anticoagulante**, pero también puede ser el único síntoma de una infección urinaria o de la presencia de un cálculo. Sea cual sea la causa, beba abundante agua para limpiar las vías urinarias.

Hemorragia vaginal. Una cosa que debe tener clara la mujer anticoagulada es que **los anticoagulantes orales no hacen sangrar más con la regla**. Si así fuera, se debería a que la dosis es excesiva o a que existe algún problema local, por lo que debe comunicarlo a su médico cuando acuda a la consulta y mientras tanto, hacer un reposo relativo para que la hemorragia sea menos intensa.

- Si el sangrado ocurre entre dos reglas, aunque sea mínimo, debe comunicarlo también para que sea el médico quien lo valore y contemple la posibilidad de enviarla al Ginecólogo.
- La mujer anticoagulada que sangra después de la menopausia debe visitar al especialista de Ginecología obligadamente.



Hematomas. La aparición de hematomas (moraduras) aislados puede ser debida a pequeños golpes. A veces, se pueden producir hematomas importantes tras realizar un esfuerzo muscular intenso, sobre todo en mujeres. En este caso y también si aparecen sin sufrir golpes y son numerosos, debe acudir al control sin esperar a la fecha fijada.

23

Hematoma cerebral. El hematoma cerebral puede producirse por dos causas:

1. Por una subida de tensión arterial.
2. Por un golpe en la cabeza o cara.

Si nota dolor de cabeza intenso y persistente, acompañado de vómitos, ha de acudir al Servicio de Urgencias del Hospital y referir además que está tomando anticoagulantes orales. Si esto le ocurre después de un tiempo de haberse caído, no se olvide de referir al médico que le asista en Urgencias que se ha caído para que le haga un TAC.

¿Qué es el Autocontrol?

Se llama **Autocontrol** al hecho de el paciente se responsabiliza de su propio control. Para ello utiliza pequeños equipos, llamados **coagulómetros portátiles**, que miden la coagulación de la sangre de la misma forma que los diabéticos miden sus niveles de azúcar.

El Autocontrol proporciona al paciente anticoagulado:

- **más autonomía**, ya que puede verificar su INR en cualquier lugar y circunstancia sin tener que desplazarse al Centro de Salud.
- **controles más frecuentes**, ya que lo ideal es verificar una vez por semana que el INR se mantiene en el rango terapéutico fijado, para modificar la dosis si es necesario.
- **controles a demanda**, es decir poder comprobar si un nuevo medicamento modifica el INR y ajustar la dosis de manera inmediata, ajustar el INR para ir al Dentista, verificar el INR ante una caída grave, etc
- **realizar el control aún estando de viaje**, etc.

24

El Autocontrol tiene la ventaja de que siempre es la misma persona la que lo hace y con el mismo equipo. Es obligado seguir un cursillo de entrenamiento para adquirir soltura, quitar miedos y aprender a manejar las dosis. **Está demostrado que el Autocontrol permite una anticoagulación más regular en el tiempo** y proporciona al anticoagulado una mayor libertad y responsabilidad.

Puede informarse en su centro de control, en la Asociación de Anticoagulados más cercana o en www.angelesfernandez.com.



3

SITUACIONES ESPECIALES

El paciente anticoagulado y el Dentista

Un paciente sometido a tratamiento con anticoagulantes orales no puede ir al Dentista sin avisar antes al médico que le lleva el control del tratamiento.



Se tendrán en cuenta las situaciones siguientes:

1. Las personas que toman anticoagulantes de forma temporal porque sufrieron una tromboflebitis o una embolia pulmonar deberían esperar a finalizar el tratamiento para poder arreglarse la boca,

salvo que se trate de una actuación puntual. En aquellos casos en que no se pueda esperar y haya que realizar la exodoncia, ésta deberá planificarse para después del próximo control programado o contactar con su médico responsable. Si el INR es menor de 3 y la exodoncia no reviste riesgo hemorrágico, no hay que hacer nada, salvo tratamiento local.

2. Las personas que toman anticoagulantes de forma indefinida porque tienen una fibrilación auricular u otra patología con INR=2-3 y tienen que realizarse una exodoncia, deben seguir las mismas indicaciones que en el caso anterior.

3. Las personas que sufren una enfermedad de las válvulas del corazón, llevan una prótesis valvular o han sufrido un infarto de miocardio, así como las que tienen mucha anemia o una cifra baja de plaquetas, han de estar especialmente preparadas y la exodoncia debería realizarse siempre por un Odontólogo médico que pueda evaluar debidamente el riesgo hemorrágico y trombótico de su paciente.

a. Los pacientes que hayan sufrido un infarto de miocardio no deben recibir anestesia con adrenalina.

b. Los pacientes valvulares tienen que hacer profilaxis antibiótica para prevenir la endocarditis bacteriana.

Profilaxis para prevenir la endocarditis:

- Los pacientes no alérgicos a la penicilina tomarán 3 gr. de amoxicilina (6 cápsulas o comprimidos de 500 mg de una vez) una hora antes de la exodoncia.
- Los pacientes alérgicos a la penicilina tomarán 1,5 mg. de eritromicina una hora antes de la exodoncia y 500 mg. seis horas después.

Esta misma profilaxis se realizará en todas las actuaciones del Dentista que conlleven un riesgo de infección: limpieza, endodoncia, legrado gingival, etc.

Flemón. Si el flemón es lo primero que aparece, hay que comenzar a tomar espiramicina, un comprimido cada 8 horas, y consultar con el Dentista.

Nota: Tras la exodoncia y para evitar la hemorragia, debe evitarse mascar chicles o chupar caramelos o pastillas para suavizar la garganta.



Preparación del anticoagulado para cirugía menor y pruebas invasivas

La persona tratada con anticoagulantes orales toma anticoagulantes porque tiene riesgo de sufrir una trombosis o una embolia que puede comprometer su vida o su autonomía.

No siempre la preparación para una cirugía menor o una prueba invasiva ha de incluir la sustitución del anticoagulante oral por heparina, sobre todo cuando el riesgo hemorrágico es bajo, siendo suficiente mantener un INR alrededor de 2; si la situación se prolonga en el tiempo, hay que añadir además heparina.

Cada vez que se cambia el anticoagulante oral por heparina, los factores de la coagulación se normalizan totalmente, poniendo al paciente en riesgo tromboembólico, riesgo que no está suficientemente neutralizado con la dosis de heparina que se administra, que es baja, pues con la dosis plena también habría riesgo de hemorragia.

28

Para actuaciones con riesgo de hemorragia, tampoco es necesario suspender el anticoagulante con mucha anterioridad ni demorar el reinicio de la anticoagulación oral. Son suficientes 48 horas cuando se trata de suspender el Sintrom® y 72 horas cuando se trata de suspender el Aldocumar®, comenzando a inyectarse heparina la noche anterior a la intervención o prueba que se vaya a realizar. Se reanuda la toma del Sintrom® o Aldocumar® (a su dosis previa) el mismo día de la intervención por la noche, manteniendo además la heparina hasta pasados 8-10 días, cuando vuelve a alcanzarse el rango de INR requerido, pues los anticoagulantes orales no son fármacos de acción rápida.

Instrucciones para inyectar la Heparina

1. La heparina se presenta siempre en jeringas precargadas.
2. Hay que cerciorarse siempre de que nos han dado la cantidad marcada en la receta.
3. Los lugares de inyección son: el pliegue de la cintura (michelín) a ambos lados del ombligo y, en casos excepcionales, la paletilla.

4. Se limpia la piel con un algodón mojado en alcohol.
5. Se coge el pliegue con una mano y con la otra se introduce la aguja en el pliegue perpendicularmente (como si se fuera a traspasar el abdomen).
6. Se aspira para comprobar que no hay sangre y se empuja el émbolo para inyectar el líquido.
7. Se retira la aguja, limpiando de nuevo con una ligera presión.



El paciente anticoagulado y la Dieta

El anticoagulado puede comer de todo evitando los excesos, entendiendo por exceso comer en grandes cantidades o comer siempre lo mismo: una dieta variada como la dieta mediterránea es una dieta sana y equilibrada.

Hay una serie de alimentos que tienen mucha vitamina K o que provocan flatulencia dando lugar a que se forme más vitamina K. Estos alimentos deben tomarse en pequeñas cantidades, pero no están prohibidos: col, coliflor, coles de Bruselas, col lombarda, repollo, brócoli, chocolate en tabletas, castañas, pasteles de boniato, turrone y maza-panes... etc. Lo mismo aconsejamos con la cerveza, sobre todo porque es bebida de temporada, y, a veces cuando se toma, se toma en mucha cantidad. Un poco de vino con la comida o de cerveza no es perjudicial, siempre que no se mezclen muchas cosas: no hay que olvidar que



el hígado tiene que metabolizar muchos fármacos y a veces no puede metabolizar el alcohol; además, no todas las personas poseen igual capacidad para hacerlo.

Existen numerosos listados de ¡prohibiciones! Algunos de ellos alejados de toda lógica, tales como el té o el perejil, pasando por alto que



las Tablas existentes hablan de microgramos de vitamina K por 100 gramos de alimento. Efectivamente, 100 gramos de té verde o de perejil contienen mucha vitamina K, pero ¿quién utiliza 100 gramos de té para hacer una infusión ó 100 gramos de perejil en nuestra cultura?

30

Otra cosa importante es mantener el peso, restringiendo aquellos alimentos con más calorías y dejarse de hacer dietas adelgazantes a temporadas: los cambios de dieta y los cambios de peso pueden modificar el efecto del anticoagulante hasta el punto de hacernos correr un riesgo innecesario.

Nota: El tabaco es muy rico en vitamina K, por lo que puede frenar el efecto del anticoagulante, además de ser perjudicial para los pulmones sobre todo.

Los anticoagulantes orales y sus interacciones con otros fármacos

Muchos fármacos interactúan con los anticoagulantes orales, modificando el INR (aumentándolo o disminuyéndolo), poniendo al paciente en riesgo de hemorragia o de trombosis. Sintrom® y Aldocumar® poseen las mismas interacciones, aunque su efecto se note más con uno que con otro.

Además, no todas las personas anticoaguladas tienen la misma sensibilidad ante los mismos fármacos, pues eso depende del patrón genético y de su estado de enfermedad.

La persona anticoagulada, además del anticoagulante, lleva un tratamiento de base que mantiene igual durante largo tiempo. En este caso, aunque exista interacción, el anticoagulante se acopla y el riesgo desaparece. El riesgo aparece cuando se toma un medicamento nuevo para solucionar algo nuevo, como puede ser una infección o una diarrea, en nuestro afán de solucionarlo de forma inmediata.

Una creencia general puede ser que los medicamentos son un “curalo-todo” sin pensar que muchos de ellos “no curan nada” y pueden provocar efectos indeseables. Debe colaborar con su médico recordándole su condición de anticoagulado y mostrándole el listado siguiente para facilitar su decisión.

Los siguientes fármacos **aumentan** el efecto de los Anticoagulantes Orales:

- Analgésicos: AAS, Salicilatos y derivados.
- Antiinflamatorios: Todos los AINEs, Fenilbutazona, Indometacina.
- Antimicrobianos: Sulfamidas, Tetraciclina y Cloranfenicol, Neomicina y Colimicina, Ciprofloxacino u Ofloxacino. Miconazol y Metronidazol.
- Hipolipemiantes: Fibratos, Estatinas (simvastatina, atorvastatina).
- Uricosúricos: Alopurinol y Sulfinpirazona.
- Antidiabéticos: Acarboxa, Clorpropamida y Tolbutamida. (También los anticoagulantes orales pueden potenciar a los antidiabéticos orales).
- Antiulcerosos: Cimetidina, Omeprazol, Lansoprazol, Raveprazol.

- Antiácidos: Cualquiera tomado antes de o con el anticoagulante.
- Antiarrítmicos: amiodarona (Trangorex), quinidina (Cardioquine). **Es muy importante avisar cuando se inicia o se suspende el tratamiento con Trangorex**, para ajustar el INR lo antes posible.
- Antidepresivos: ISRSs, Derivados tricíclicos, Clorpromacina.
- Otros: isoniacida (Cemidon), Disulfiram (Antabús).
Vitaminas A y E, Alcohol.

Los siguientes fármacos **frenan** el efecto de los anticoagulantes orales:

- Sedantes: hipnóticos y barbitúricos.
- Antiepilépticos: fenobarbital, amobarbital y carbamacepina (Tegretol), que pueden hacer muy difícil el control del INR.
- Antituberculosos: rifampicina (Rifaldin), que puede obligar a incrementar la dosis del anticoagulante hasta cuatro veces más.
- Hipolipemiantes: lovastatina, colestiramina (Lismol)
- Otros: Fármacos que contengan Vitamina K.
Dietas adelgazantes y suplementos alimentarios que contengan Vitamina K.

El paciente anticoagulado y las heridas

Las heridas superficiales no presentan un problema grave para el anticoagulado y sólo será necesario hacer presión sobre la herida para que ésta deje de sangrar y para evitar que salgan los hematomas.

Hay algunas heridas que por su tamaño o profundidad requieren unos puntos de sutura, por lo que la persona anticoagulada debe hacerse un vendaje apretado y acudir al Centro de Urgencias más cercano a su domicilio.

Cuando no existe herida pero sí se ha recibido un golpe muy fuerte o imprevisto, **aunque no se note nada**, debe hacerse presión sobre la zona con un vendaje apretado siempre que se pueda o presionar con hielo, a fin de evitar la aparición del hematoma. Si se acude a un Centro de Urgencias, ha de mantenerse esta compresión hasta que sea atendido: los mayores hematomas se producen en la Sala de Espera.

Cuando se trate de picaduras de insectos, sea cual sea el insecto, lo mejor es aplicar hielo inmediatamente o compresas de vinagre. Si deja aguijón, hay que quitarlo, limpiar la zona y aplicar una pomada corticoide.

La mujer anticoagulada y los métodos anticonceptivos

Los anticonceptivos orales, en principio, están contraindicados en las mujeres que toman anticoagulantes orales porque: los que llevan estrógenos pueden incrementar el riesgo de trombosis, pueden potenciar el efecto de los anticoagulantes orales y esto es difícil de compensar porque los comprimidos llevan distinta cantidad cada día.

33

En determinados casos, y si no fuera posible utilizar otro método anticonceptivo, habría que dosificar cuidadosamente el anticoagulante realizando controles más frecuentes.

Por otra parte, los métodos anticonceptivos mecánicos como los dispositivos intrauterinos (DIU) tampoco son aconsejables porque pueden provocar pequeñas erosiones en la mucosa del útero o un estado de inflamación uterina crónica, que pueden ser causa de sangrados.

Los métodos anticonceptivos más eficaces y con menos complicaciones son los llamados métodos de “barrera”: preservativo, diafragma, espermicidas... Los más seguros y definitivos son la esterilización tubárica en la mujer y la vasectomía en el varón.



La mujer anticoagulada y el embarazo

Toda mujer en edad fértil con un retraso de la regla de una semana, lo primero que tiene que hacer es comprobar que no está embarazada.

¿Cómo?

Realizando un test de embarazo. Esto lo tendrán en cuenta sobre todo aquellas mujeres a las que se les ha substituido la válvula enferma por una prótesis, ya que en este caso es más fácil quedar embarazada.

En el caso de que la prueba de embarazo sea positiva, deberá contactar cuanto antes con el médico responsable del control de su tratamiento anticoagulante.



34

¿Por qué?

Los anticoagulantes orales pueden provocar malformaciones en el feto, sobre todo entre la 8ª y 12ª semanas. Si se avisa a tiempo, se pueden tomar las medidas oportunas para disminuir el riesgo, sustituyendo el anticoagulante oral por heparina.

El paciente anticoagulado y las vacaciones

Hay una serie de detalles que el paciente anticoagulado tiene que tener en cuenta antes de salir de vacaciones:

1. Planificar con tiempo las vacaciones, junto con el médico responsable de su control, para poder hacerse un control antes de marchar y no tener que hacerlo durante las vacaciones, por varias razones:
 - a. porque el médico del lugar de vacaciones no le conoce,

- b. porque el médico habitual del lugar de vacaciones puede estar también de vacaciones,
- c. porque el paciente debe colaborar que su tratamiento sea seguro y eficaz, y no correr el albur del veraneo.

2. Debe asegurarse antes de salir que lleva consigo toda la medicación que va a necesitar, incluido el anticoagulante.

3. Debe llevar consigo el material necesario para curar una pequeña herida, un dolor de cabeza, una quemadura, etc, o sea, preparar un pequeño botiquín con lo más imprescindible para evitar luego los imprevistos.

4. Por si ocurre un imprevisto, debe saber antes de salir a qué centro dirigirse cerca de su lugar de veraneo.

5. Debe llevar consigo el último informe médico de que disponga y la documentación referente a su tratamiento anticoagulante, para el supuesto de que tuviera que ser atendido por cualquier otro médico.

¿Se puede utilizar cualquier medio de transporte?

35

En principio, sí.

Se puede viajar en avión, si no se está descompensado, ya que todos los aviones van adecuadamente presurizados. En los viajes largos no debe permanecer todo el tiempo sentado y conviene beber agua para evitar la deshidratación. Los portadores de marcapasos y algunas válvulas deben avisar al personal de Seguridad antes de pasar el detector de metales.



Se puede viajar en coche, pero es aconsejable estirar las piernas aprovechando cualquier parada, por lo menos cada tres horas.



Se puede viajar en barco sin olvidar que en este medio es más fácil marearse. Aquellas personas

que tengan facilidad para marearse deberán ir provistas del correspondiente antihistamínico (Biodramina), tomando un comprimido una hora antes de salir. De estos preparados existen presentaciones en comprimidos, supositorios, gotas y también chicles para el mareo, que, en general, no presentan interacciones con los anticoagulantes orales.

¿A dónde se puede viajar?

En general, no hay problemas para viajar a la montaña, excepto si se sobrepasan los 2000 mts. de altitud y el paciente no está en buena situación clínica. Las personas no entrenadas no deben practicar deportes violentos, como esquiar, escalar, ala delta, etc.

Si el paciente anticoagulado va a pasar sus vacaciones a la playa debe tener en cuenta lo siguiente:

1. No permanecer al sol demasiado tiempo, sobre todo en las horas de mayor insolación.
2. Ponerse siempre una crema con alto factor de protección para el sol, que será una crema con **factor de protección total** en aquellas personas que estén tomando amiodarona (Trangorex).
3. Si se permanece quieto al sol, hay que llevar siempre la cabeza protegida.

36



En general, hay que evitar siempre un clima demasiado caluroso por largo tiempo, ya que puede afectar al efecto de los anticoagulantes orales.

No debe practicarse la pesca submarina ni ningún otro deporte de inmersión.

Si es picado por:

- un pez con aguijón, debe extraerse el aguijón y mantener el pie en agua con sal bien caliente durante una hora.
- Si la picadura es de erizo, hay que tratar de extraer la espina y emparar la herida con vinagre.

- Si se trata de una medusa hay que aplicar vinagre o amoníaco sobre la zona.

Aún durante las vacaciones, hay que procurar hacer una vida lo más similar a la que se lleva en casa, sobre todo en cuanto a dieta alimentaria, a la ingestión de bebidas, al horario de la toma de los fármacos y a cualquier otro hábito de vida.

El paciente anticoagulado con Dolor

Lo que se indica a continuación debe servir de guía sólo para aquellos casos en que no se pueda contactar con el médico.

Para el **dolor** se puede tomar **paracetamol**, sin sobrepasar la dosis de 1500 mgs/día, o **metamizol**.

1. Para los **dolores articulares** (hombro doloroso, rodilla, lumbago...) aplicar calor seco (almohadilla eléctrica, bolsa de arena caliente, etc) dando a continuación un ligero masaje sobre la zona con una pomada antiinflamatoria, tomando además algo para el dolor.

2. Para el **dolor visceral**, como el dolor abdominal, el cólico hepático, el cólico nefrítico, etc. nunca deberá aplicarse calor, ya que puede desencadenar o agravar una hemorragia. Para este tipo de dolor se puede utilizar metamizol o un espasmolítico de fibra lisa y contactar con el médico.

37

El paciente anticoagulado con Fiebre

La **fiebre** es una respuesta del organismo ante una infección. Si pasa de 38°C se puede utilizar paracetamol (nunca más de 1500 mg/día) y probablemente sea consecuencia de una infección vírica. Si pasa de 39°C, además de tomar **paracetamol**, hay que aplicar compresas frías hasta para potenciar el efecto del fármaco, pues tampoco en este caso se pueden sobrepasar los 1500 mg/día, y contactar con el médico.



Nota: No deben utilizarse fármacos que lleven asociaciones, ya que es más fácil la interacción con los anticoagulantes orales y más impredecible.

El paciente anticoagulado con Diarrea

La **diarrea**, en la mayor parte de los casos, refleja una irritación del intestino que trata de eliminar algo que le ha sentado mal. Puede producirse por varias causas, sobre todo en verano:

- por el cambio de agua,
- por abusar de las frutas con mucha agua y azúcar (melón, sandía, uvas, cerezas...),
- por la leche, cuando se lleva mucho tiempo sin tomarla o se cambia de marca o se toma tibia.

En todos estos casos, el tratamiento consiste en tomar agua envasada, reducir la ingestión de esas frutas y tomar leche sin lactosa.

Tratamiento de la diarrea. Consiste en:

1. Hacer dieta durante un día si las deposiciones son muy numerosas y líquidas, dando tiempo a que el intestino elimine lo que le sentó mal y que descanse.
2. Si son más de 4 deposiciones muy líquidas es conveniente comenzar a tomar un inhibidor de la motilidad intestinal, tipo loperamida, un comprimido después de cada deposición. Es importante compensar la pérdida de líquidos bebiendo algún tipo de suero, Coca-Cola a sorbitos, etc.



Nota: Se puede preparar suero en casa: en una botella de agua de 1.5 litros se pone una cucharadita de sal, una cucharadita de bicarbonato, una cucharadita de azúcar y el zumo de un limón.

El paciente anticoagulado y la administración de antibióticos

Los **antibióticos** deben ser utilizados **sólo** en aquellos casos expresamente indicados por el médico, si se sospecha una infección bacteriana. Su

administración ha de ser horaria, la dosis ajustada al peso del paciente y completando los días del tratamiento, con el fin de no provocar resistencias.

En general, aquellos pacientes **no alérgicos a la penicilina** pueden ser tratados con amoxicilina o ampicilina, administrando conjuntamente lactobacilos, yogurt blanco, etc. para repoblar la flora intestinal. También puede administrarse cefuroxima, cefixima, levofloxacino, dependiendo de donde esté localizada la infección.

Los **alérgicos a la penicilina** han de recurrir a la eritromicina.

Deben dejarse para casos especiales aquellos antibióticos más novedosos que, si bien serán más caros, no serán mejores.

Cuando se sospeche una **infección urinaria**, lo primero que hay que hacer es un urocultivo. Si las molestias son muy grandes, sobre todo en la mujer, van bien los baños de asiento con manzanilla y beber abundante líquido fuera de las comidas. Mientras se espera el resultado del antibiograma, se puede comenzar a tomar ácido pipemídico, norfloxacino o fosfomicina y luego elegir aquel antibiótico al que es sensible el germen, si fuera diferente al que ya se está tomando. En esto, como en todo, han de seguirse las instrucciones del médico, ya que este manual no pretende sustituirlo. Nunca debe uno automedicarse.

39

El paciente anticoagulado y las vacunas

El anticoagulado, por el mero hecho de estar anticoagulado, no tiene por qué diferenciarse del resto de la población a la hora de las vacunas, porque las vacunas nunca se utilizan por vía intramuscular, que podría ser el inconveniente.

Vacuna antigripal.

Debe ser administrada a todas aquellas personas de riesgo, sobre todo a aquellas que tienen una válvula enferma en el corazón, aquellas que

Llevar una válvula artificial y aquellas que tienen el corazón dilatado. Esta vacuna ha de ser siempre actual, la que se haga cada año con el virus que se cree va a causar la epidemia.



Se administrará al comienzo de la temporada otoñal, en septiembre.

Es suficiente una sola vez al año.

La vacuna de la gripe es siempre una inyección muy pequeña que se inyecta en el brazo y no va a causar complicaciones.

Vacuna anticatarral.

Esta vacuna no es tan eficaz como la antigripal, por lo que será el médico el que decida quien se la debe poner.

Vacuna antitetánica.

Esta vacuna deben ponérsela todos aquellos pacientes que viven o trabajan en el campo o tienen riesgo de herirse con material contaminado.

40

Siempre se administrará por vía subcutánea, pero para quedar protegido son necesarias tres inyecciones: una primera; una segunda, que se hará al mes de la primera; una tercera, que se hará al año de la segunda. Para que su efecto sea permanente, ha de repetirse la inyección cada cinco ó 10 años. Si uno se hace una herida antes de pasados los cinco años, no necesita ponerse el suero, solamente una dosis de recuerdo.

Si el paciente anticoagulado se produce una herida que puede ser peligrosa o tiene riesgo de contraer el tétanos y no está vacunado, debe ponerse el suero antitetánico aunque se trate de una inyección intramuscular, haciendo presión en el lugar de la inyección para tratar de evitar el hematoma. En este caso hay que tener presente que el tétanos es mucho más grave que una parálisis del ciático, por lo que hay que correr el riesgo.

Otras vacunas.

Deben ser valoradas por el médico de cabecera o el especialista, teniendo en cuenta siempre su efectividad frente al riesgo.

4

REGLAS DE ORO DEL ANTICOAGULADO

- 1.** El anticoagulante debe tomarse siempre a la misma hora, preferiblemente antes de la cena.
- 2.** El paciente no debe cambiar nunca la dosis por su cuenta, excepto en los casos de Autocontrol.
- 3.** El paciente anticoagulado debe realizar su control siempre en el mismo sitio con el fin de que se repitan siempre las mismas condiciones (mismo equipo, mismo criterio, etc.).
- 4.** El paciente anticoagulado debe vigilar su tensión arterial, manteniendo la diastólica (valor de la mínima) por debajo de 9.5 mm Hg.
- 5.** El paciente anticoagulado no debe tomar ningún medicamento nuevo por su cuenta.
- 6.** El paciente anticoagulado no debe tomar Aspirinas ni Antiinflamatorios (AINEs) como analgésicos.
- 7.** El paciente anticoagulado no debe tratar la Diarrea con Sulfamidas o Neomicina.
- 8.** El paciente anticoagulado tiene prohibidas totalmente las inyecciones intramusculares.
- 9.** Si sangra sin motivo y le llama la atención, o le salen hematomas sin sufrir golpes, debe acudir a realizarse un control sin esperar a la fecha que tiene fijada.
- 10.** El paciente anticoagulado, como paciente crónico que es, tiene la obligación de colaborar con su médico proporcionándole toda la información tendente a facilitarle la toma de decisiones.

5

LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES

En los últimos tiempos han estado apareciendo en los medios de comunicación noticias referidas a nuevos anticoagulantes, nuevos fármacos que sustituirían a Sintrom® y Aldocumar®, con más ventajas. Nos referimos a dabigatrán y rivaroxabán, también conocidos como anticoagulantes orales “no cumarínicos”, “no antivitaminas K”. Se están realizando ensayos clínicos en pacientes con fibrilación auricular y hay buenas expectativas.

Ventajas frente a los anticoagulantes clásicos:

- No necesitan controles analíticos.
- Siempre se toma la misma dosis.
- Son bien tolerados, aunque existen diferencias entre dabigatrán y rivaroxabán.
- No poseen interacciones con otros fármacos, aunque existen diferencias entre dabigatrán y rivaroxabán.
- En fin, facilitarían mucho la vida a determinados pacientes anticoagulados: prevención del ictus en pacientes con FA, prevención de la retrombosis en pacientes con trombosis.





Con la colaboración de



Roche Diagnostics S.L.
Avda. Generalitat, 171-173
08174 Sant Cugat del Vallès
España
www.rochediagnostics.es