

Clínica de anticoagulación

Introducción

El incremento en las indicaciones de la terapia anticoagulante, especialmente en cardiología; el hecho que la edad avanzada no sea una contraindicación; el envejecimiento de la población y la baja incidencia de complicaciones, han llevado a un aumento desmesurado del número de pacientes con este tratamiento.

Dado que el uso de anticoagulantes orales presenta características especiales y la constante preocupación de que, al egreso hospitalario, el paciente no cuente con una adecuada instrucción sobre la indicación, las complicaciones, las restricciones de su uso, y de un control cercano a su salida, se hace necesario proponer a nuestro sistema de salud, la implementación de programas organizados para la vigilancia continua de estos pacientes.

Es necesario conocer qué son y cómo funcionan estos sistemas organizados en el manejo de la terapia anticoagulante; si existe evidencia clínica de su ventaja con relación a otros modelos de control y sin son costo-efectivos.

Definición

Las clínicas de anticoagulación son sistemas organizados de salud creados para coordinar y optimizar la terapia de anticoagulación en el paciente ambulatorio. La calidad del tratamiento depende tanto del paciente como del médico y tiene como finalidad alcanzar y mantener el nivel terapéutico de anticoagulación, previniendo eventos tromboembólicos, sin aumentar el riesgo de hemorragia.

Objetivos y metas

- Apoyar el tratamiento temporal o indefinido, evaluando el riesgo-beneficio.
- Mejorar la accesibilidad al control, haciéndolo más frecuente, para alcanzar el rango terapéutico en el menor tiempo posible, valorando el cociente normalizado internacional (INR), en forma inmediata.
- Facilitar el manejo de la dosis, disminuyendo el error en la dosificación y por ende las complicaciones tromboembólicas y hemorrágicas.
- Ofrecer talleres de educación, mejorando el cumplimiento del tratamiento.
- Llevar un registro del control del paciente, permitiendo programar la próxima cita o su localización, en caso de inasistencia.
- Promover estudios de investigación.

Paciente objetivo

Es aquel que inicia con anticoagulación temporal o indefinida, en prevención de embolismo sistémico o de enfermedad recurrente tromboembólica, hasta la estabiliza-

ción del INR. Así mismo, aquel con anticoagulación crónica a quien le revisaremos la indicación, rango terapéutico según la patología, tiempo de tratamiento, ajuste de dosis o suspensión del tratamiento en casos no indicados.

Personal

Debe estar dirigida por un médico coordinador experto en el tema, **hematólogo o internista**; una enfermera jefe y personal calificado, cuyo número dependerá de la capacidad de atención de ésta, estimando la carga de trabajo. Dicho personal debe recibir entrenamiento.

Procesos

Áreas de apoyo. Se debe contar con un laboratorio clínico de alta calidad para la realización de exámenes necesarios en el seguimiento del paciente en particular con un resultado inmediato del INR para el ajuste de la dosis de la warfarina.

En caso de presentarse patologías asociadas al tratamiento, debe contar con el apoyo de consulta especializada para remisión. Lo mismo que con un centro hospitalario de III o IV nivel, disponible para resolver las complicaciones tanto leves como severas.

Control del paciente con terapia de anticoagulación

Control clínico inicial. Evaluación cuidadosa de riesgo-beneficio del tratamiento, evaluación de contraindicaciones de terapia anticoagulante, indicación de anticoagulación, inicio, duración y nivel terapéutico del INR, individualizar las dosis de acuerdo con la sensibilidad del paciente al fármaco, valoración de enfermedades y tratamientos concomitantes, para el primer control se requieren: CH, PT, PTT, INR, creatinina, TGO, se debe ajustar dosis de warfarina según criterio y resolver las inquietudes de los pacientes.

Control subsiguiente. Se evalúa el resultado del INR, la dosis actual de warfarina y ajusta de acuerdo con el resultado, se interroga sobre las complicaciones hemorrágicas o trombóticas, se responden las inquietudes de los pacientes.

Control analítico. Al inicio del tratamiento los controles se deben realizar de 2-3 veces por semana, hasta obtener un rango de INR estable. Luego cada semana por dos semanas, posteriormente cada quince días por dos meses—considerando que las primeras seis a doce semanas de tratamiento se asocian con mayor riesgo de sangrado—, después de lo cual se aconseja realizar controles cada mes durante el tiempo que dure el tratamiento, así esté estable el INR.

Si no se consigue estabilizar el resultado, o varía una vez se encuentre estable, se recomienda buscar las posibles

causas. Si no se detecta la causa, se cambiará la dosis y se controlará en dos semanas.

Tratamiento de mantenimiento. En la actualidad se ve facilitado con el uso de programas de computador, nomogramas y protocolos flexibles, que predicen la dosis con alta fiabilidad para mantener el INR en rango terapéutico. Estos sistemas disminuyen el número de medidas de INR para alcanzar dicho rango y lo estabilizan más pronto.

Educación del paciente. El paciente debe aprender el objetivo de la anticoagulación. Se debe dar una explicación breve sobre el medicamento que va a usar, llevar calendario de dosis, considerar que la dosis está sujeta a cambios, portar carné de identificación.

La disponibilidad del profesional de la salud para resolver inquietudes es fundamental; se deben dar instrucciones por escrito sobre la toma del medicamento, la dieta y hacer énfasis en los signos de alarma.

Indicar sobre los procedimientos en los cuales hay que disminuir o revertir la anticoagulación. No se debe participar en deportes de contacto, ni de alto rendimiento.

Se realizarán actividades relativas a la educación en anticoagulación.

CARNÉ DE IDENTIFICACIÓN	
Paciente: _____	Tel. de emergencia: _____
Diagnóstico: _____	Duración del tratamiento: _____
INR objetivo: _____	Anticoagulante: _____
Tipo de sangre: _____	HC: _____

Modelos de monitoreo

Cuidado usual (CU): realizado por el médico personal. En nuestro sistema de salud hemos notado que al egreso hospitalario, el paciente no tiene asignado un médico experto, para su tratamiento ambulatorio, quedando desprotegido en estas primeras semanas, las cuales son vitales en la estabilización de INR. Ello lleva a complicaciones principalmente hemorrágicas y a reingreso hospitalario. Con este sistema la frecuencia de los controles y por ende el tiempo para alcanzar el rango terapéutico son más demorados; esto se suma a cambio frecuente en la marca del medicamento y a la no utilización del medicamento original, haciendo difícil alcanzar el rango terapéutico y los demás objetivos terapéuticos.

Servicios organizados de manejo de anticoagulación (SMA): son sistemas especializados enfocados predominantemente al manejo de la anticoagulación oral (Ej: clínicas de anticoagulación), por personal experto. En muchas propuestas de descentralización, los realizan enfermeras jefes, médicos generales, médicos de familia entrenados con la ayuda de coagulómetros portátiles y programas de ajuste de dosis, bajo la supervisión de un centro de referencia que cuenta con especialistas. Estos sistemas han optimizado la terapia anticoagulante.

Los resultados de muchos estudios no controlados y no aleatorizados, consideran que los SMA, y las clínicas de anticoagulación, son mejores, pues alcanzan el rango terapéutico en menos tiempo y con menos complicaciones, comparado con el cuidado usual realizado por un médico personal.

Cuatro estudios observacionales retrospectivos, señalan que el porcentaje de sangrado mayor es de aproximadamente 6% por paciente año de terapia.

Debido a que existe controversia en torno al modelo más apropiado para el cuidado del paciente con terapia anticoagulante, se requieren más estudios aleatorizados controlados para evaluar una cohorte más grande y con mayor tiempo de seguimiento, con el fin de determinar si las clínicas de anticoagulación mejoran el resultado y son más costo-efectivas.

Aunque algunos estudios han demostrado que el costo de monitoreo en pacientes anticoagulados es mayor en los SMA que en cuidado usual, evaluando los costos **totales** (hospitalizaciones, consultas a urgencias, consulta externa, gastos generados por el manejo de complicaciones) se concluye que el mencionado monitoreo resulta más costo-efectivo con los SMA. En cuanto a reingresos hospitalarios y visitas a urgencias, los SMA resultaron ser más costo-efectivos.

Autocontrol-automanejo: por el paciente con el uso de coagulómetros, ha demostrado en algunos estudios mejorar la frecuencia del monitoreo, una mayor concientización y conocimiento del tratamiento, mejorando el cumplimiento y la calidad de vida. También se ha demostrado mejores resultados que con el CU sin una diferencia marcada con los SMA; como hay que tener en cuenta el nivel de educación, la aceptación del sistema, la habilidad cognitiva, el entrenamiento estructurado y el costo del monitor, no resulta apropiados para la mayoría de los pacientes.

Conclusiones

Las clínicas de anticoagulación han mejorado la calidad de la terapia anticoagulante –en relación con el cuidado usual–, disminuyendo los eventos adversos, gracias a guías de manejo, resultados inmediatos de INR, nomogramas para ajustes de dosis, auditorías de calidad y educación al paciente (1C+).

Las clínicas de anticoagulación han demostrado ser más costo-efectivas en el manejo de la terapia anticoagulante oral, que otros modelos de monitoreo (1C+).

Recomendamos educar al paciente y a su familia, con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento, minimizando las complicaciones relacionadas con la terapia anticoagulante (1C)

Recomendamos concientizar a nuestros sistemas de salud sobre la creación de clínicas de anticoagulación, con el fin de alcanzar el rango terapéutico en el menor tiempo posible, y así disminuir las complicaciones tanto trombóticas como hemorrágicas (1C+).

Bibliografía

- **Ansell J, Hirsh J, Poller L, et al.** The seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy . *Chest* 2004; suppl: 204S-233S
- **Ansell JE.** Anticoagulation management clinics for the outpatient control of oral anticoagulants. *Curr Opin Pulm Med* 1998; **4** (4) : 215-9
- **Ansell JE, Hughes R.** Evolving models of warfarin management: anticoagulation clinics, Self-monitoring, and self-management. *Am Heart J* 1996; **132** (5):1095-100
- **Berrettini M.** Anticoagulation clinics: the Italian experience. *Haematologica* 1997;**82**(6):713-7
- **Chiquette E. Amato MG. Bussey HI.** Comparison of an anticoagulation clinic and usual medical care. Control. Outcomes, and health care costs. *Arch Internal Med* 1998; **158**: 1641-1647
- **Cromheecke Me, Levi M, Colly LP.** Oral anticoagulation self-management and management by a specialist anticoagulation clinics: a randomised cross-over comparison. *Lancet* 2000;**356** (9239):1437.
- **Lafata JE. Martin SA, Kaatz S.** Anticoagulation clinics and patient self-testing for patients chronic warfarin therapy : a costs-effectiveness analysis. *J thromb Thrombolysis* 2000; **9** (Suppl 1): S13-9
- **Martínez LM, Esteban MS, Díaz A.** Manejo de los anticoagulantes orales en atención primaria. *Semergen* 2001;**27**: 301-312
- **Molina A.** Clínica de Anticoagulación.Tromboembolismo Venoso. Avances y controversias. Tomo IV.2004; 448-457
- **Wilson S, Wells P, Kovacs M.** Comparing the quality of oral anticoagulant management by anticoagulation clinics and by family physicians : a randomized controlled trial. *CMAJ* 2003; **169**:293