

EXPANDIENDO LAS UNIDADES DE TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO

La enfermedad cardiovascular es la causa principal de mortalidad a nivel mundial, en 2013 causó más de 17.3 millones de muertes, una cifra que se prevé aumentará a más de 23.6 millones para el año 2030. El abordaje terapéutico de estas enfermedades es complejo y se basa en la prevención, tratamiento médico-quirúrgico y el tratamiento farmacológico; dentro de este último apartado la terapia anticoagulante con antivitaminas K (AVKs) y anticoagulantes orales de acción directa (ACODs), muestran un gran beneficio clínico en estas patologías, pero no están exentos de complicaciones hemorrágicas, constituyendo un grupo terapéutico de “alto riesgo” por el Instituto para el uso seguro del medicamento (ISMP).

La alta calidad en la anticoagulación es una de las prioridades de seguridad del paciente establecida por organismos nacionales e internacionales porque tiene un impacto pronóstico muy favorable. Entre los aspectos de seguridad destacan la indicación apropiada del fármaco, la intensidad de la anticoagulación y la dosis adecuada para conseguir un nivel terapéutico óptimo.

Las unidades clínicas de anticoagulación se iniciaron hace más de dos décadas para centralizar, estandarizar y mejorar el cuidado de los pacientes que recibían AVKs mostrando un claro beneficio clínico. Existen evidencias del mejor control de la anticoagulación desde las unidades clínicas de anticoagulación que lo sitúan detrás del autocontrol como el mejor método de control de la anticoagulación en pacientes con antivitaminas k.

Tras su introducción en el mercado en 2010, las indicaciones para el empleo de los ACODs han experimentado un incremento significativo para la prevención del ictus en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FA) y en la prevención y tratamiento del tromboembolismo venoso (TEV). Estudios pivotaes han demostrado que los ACODs son al menos tan efectivos como los AVKs, pero con un mejor perfil de seguridad en cuanto a una mayor reducción de complicaciones hemorrágicas, particularmente hemorragia intracraneal. Los ACODs son beneficiosos para los pacientes porque permiten su administración en dosis fijas, poseen una vida media corta, respuesta farmacocinética predecible, escasas interacciones con fármacos y alimentos y no necesidad de control de laboratorio.

Los hematólogos son los médicos que poseen más experiencia y formación en el manejo de los AVKs y en los últimos años también de los ACOD, así como en la gestión de sus complicaciones, reconvirtiendo las unidades clínicas de anticoagulación en un nuevo concepto de **Unidad de Tratamiento Antitrombótico (UTA)**.

En consecuencia, es el hematólogo el especialista encargado de liderar en su hospital un flujo de actuación multidisciplinar en el manejo y control del paciente anticoagulado



SETH

Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia

¿Por qué se necesitan Unidades de Tratamiento Antitrombótico?

Las UTA se constituyen como unidades integrales en el manejo de la terapia antitrombótica. Estas unidades hay que considerarlas complementarias a otros servicios hospitalarios (cardiología, neurología, medicina interna, geriatría, urgencias y cirugía vascular). No sustituye aspectos diagnósticos ni pautas terapéuticas, aporta valor a la revisión de la dosis del paciente, interacciones farmacológicas, situaciones de riesgo trombótico y hemorrágico y su “expertise” en situaciones especiales (insuficiencia renal, antiagregación conjunta).

Las UTAs se constituyen como unidades de “excelencia” en el manejo del tratamiento antitrombótico en base a:

1) *Valoración de la anticoagulación del paciente atendiendo a:*

- Indicación.
- Dosis inapropiadas. A pesar de las ventajas señaladas, los ACODs son fármacos de alto riesgo y no están exentos de complicaciones hemorrágicas. Su selección y dosificación vienen determinados por la indicación específica para la anticoagulación teniendo en cuenta las características individuales del paciente, tales como edad, peso, función renal y comorbilidades. Son ya numerosas las series indicando supra o infradosificación de los ACODs e inconsistencias con las recomendaciones de la ficha técnica; ello tiene un impacto pronóstico, bien por mayor riesgo hemorrágico o recurrencia del episodio trombótico. Se ha descrito que hasta un 10% de los pacientes reciben dosis inadecuadas y, lo que es más importante, ello se asocia con un incremento de hospitalizaciones y mortalidad.
- Formación e información al paciente y familiares.
- Refuerzo de la adherencia del paciente. La introducción de dosis fijas de ACODs supone una ventaja adicional para mejorar la adherencia. Sin embargo, datos del “mundo real” indican que la adherencia sigue siendo problemática y es difícil de determinar, porque las pruebas estándar de coagulación no permiten establecer con precisión el grado de anticoagulación.
- Implementación de rol de enfermería: Tipo de anticoagulante, posología, monitorización si precisa, procedimientos invasivos, dieta, posibles complicaciones y efectos adversos. Documentación al paciente por escrito. Existen recomendaciones claras por EHRA (European Heart Rhythm Association) y por ASH (American Society of Hematology) sobre el tipo de seguimiento del tratamiento anticoagulante con ACODs con visitas regladas, con refuerzos sobre la adherencia, investigación de posibles efectos adversos, revisión de la medicación concomitante. Enfermería es clave en la UTA y en Atención Primaria y debe “especializarse” en conocimientos sobre los diferentes tratamientos, controles, interacciones, procedimientos invasivos/cirugía y en la formación del paciente.



SETH

Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia

- 2) **Manejo de complicaciones.** Las clínicas de anticoagulación han demostrado su utilidad en la prevención de complicaciones en pacientes anticoagulados, como se demostró para los AVKs, habiéndose conseguido una marcada reducción de episodios hemorrágicos y otros efectos adversos, mayor tiempo en rango terapéutico, menores tasas de hospitalización y reducción de costes, fundamentalmente por un descenso del número de visitas hospitalarias así como a los servicios de urgencia. Los pacientes muestran mayor grado de satisfacción cuando acuden a dichas unidades especializadas, en el que se lleva a cabo una valoración integral del paciente.

- 3) **Atención al Paciente complejo.** Las unidades deben recibir como pacientes para control a aquellos que inician una terapia con ACODs o aquellos que recibiendo ACODs son considerados de alto riesgo, como sujetos con comorbilidades, polifarmacia, disfunción orgánica (ej. renal o hepática) o problemas previos de adherencia. Esta valoración de pacientes complejo ya se ha venido realizando con pacientes anticoagulados con AVKs con necesidades especiales por mantener rangos especiales de INR, por su alto riesgo trombótico (determinados pacientes con válvulas metálicas), antecedentes de accidente cerebrovascular, trombofilia, embarazo o niños.

- 4) **Coordinación multidisciplinar entre atención primaria y atención especializada**

- 5) **Formación:** Desarrollo de programas formativos para pacientes y profesionales interesados en el tratamiento anticoagulante

- 6) **Desarrollo de programas de AUTOCONTROL/AUTOTRATAMIENTO**

- 7) **Desarrollo e implantación de un plan integral del proceso enfermedad tromboembólica**

- 8) **Participar en programas divulgativos** a la población sobre prevención del ICTUS en pacientes con FA, enfermedad tromboembólica, profilaxis, autocontrol...

- 9) **Potenciar el laboratorio de trombosis y hemostasia** para dar cobertura asistencial eficaz y de calidad, y servir de plataforma a los proyectos de INVESTIGACION

Objetivos de las UTAs en la era de los ACODs

Los objetivos prioritarios de las UTA para pacientes que reciben ACODs son:

- a) Desarrollar guías clínicas para el manejo de ACODs.
- b) Asegurar dosis óptima inicial, plan terapéutico del paciente y posibles transiciones entre fármacos en el curso del tiempo.
- c) Proporcionar información adecuada y material formativo al paciente en relación al tipo de ACOD.
- d) Pautas de manejo perioperatorio de los ACODs.
- e) Ajuste de dosis en situaciones de disfunción orgánica, peso y medicación concomitante. Valoración de la necesidad de control de niveles en laboratorio en situaciones especiales.
- f) Manejo de las complicaciones hemorrágicas en pacientes hospitalizados y en urgencia con protocolos de reversión de la actividad anticoagulante.
- g) Consulta sobre posibles alteraciones en las pruebas de coagulación.
- h) Realización de visitas o consultas de seguimiento dependiendo del riesgo hemorrágico/trombótico asociado con estos fármacos.
- i) Asesoramiento de otros profesionales que tratan pacientes con patología trombótica.
- j) Establecer auditorías internas para la evaluación de los resultados clínicos.
- k) Crear un plan de difusión de las actividades de la unidad.
- l) Potenciar el laboratorio de trombosis y hemostasia para dar cobertura asistencial eficaz y de calidad, y servir de plataforma a los proyectos de investigación

Por lo tanto el escenario asistencial actual nos obliga a "reinventarnos", transformando las clínicas de anticoagulación a UTA con el objetivo de asegurar una calidad asistencial excelente, basada en un flujo ordenado de pacientes, protocolos asistenciales multidisciplinares y en la seguridad del paciente para minimizar las posibles complicaciones derivadas del tratamiento anticoagulante

Ese cambio debe reforzarse en todos los centros hospitalarios, aunque cada área de salud y centro hospitalario deben tomar en consideración el tipo de unidad que precisan, sus necesidades clínicas, organizativas y de gestión.

Desde la SETH apostamos por las **Unidades de Tratamiento Antitrombótico** como unidades de excelencia en el manejo integral del paciente anticoagulado con un objetivo claro: ANTICOAGULAR BIEN A NUESTROS PACIENTES.