

ANEXO I

**PROTOCOLO DE
COORDINACION
ASISTENCIAL**

**EN EL SISTEMA DE SALUD DE
ARAGON**

INDICE	Página
1. INTRODUCCION - JUSTIFICACION	3
2. MODELOS DE CONTROL DEL TAO ACCIONES Y REPERCUSION	3
3. ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL	8
4. SITUACIONES ESPECIALES	15
4.1. Atención domiciliaria	
4.2. Tratamiento temporal con anticoagulantes orales	
4.3. Criterios de derivación al hospital	
4.4. Pacientes de alto riesgo	
5. CRITERIOS DE INCLUSION DEL SERVICIO TAO EN EAP	18
6. FORMACIÓN DE PROFESIONALES	20
7. REQUISITOS PARA LA REALIZACION DE AUTOTRATAMIENTO POR PARTE DE LOS PACIENTES	21
<i>APENDICE 1. CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS</i>	
<i>APENDICE 2. HOJA DE DERIVACIÓN AUTOCONTROL</i>	
<i>APENDICE 3. HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE</i>	

1. INTRODUCCION – JUSTIFICACION

“El Protocolo de Coordinación Asistencial” se ha elaborado en el contexto de un Proyecto para mejorar la accesibilidad de los pacientes al control del Tratamiento Anticoagulante Oral (TAO).

Dicho proyecto contempla como puntos fundamentales que:

- El control del TAO puede realizarse desde Atención Primaria sin perder calidad asistencial cuando los profesionales cuentan con la formación adecuada y los medios necesarios.
- El autocontrol es una medida coste efectiva y una opción eficaz para controlar el TAO.
- El paciente correctamente asesorado por su médico puede elegir el modelo que prefiere para el control de su TAO.
- Es necesario lograr un compromiso de colaboración y responsabilidad compartida entre Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE).
- Se debe crear una base de datos única que agrupará toda la información de los pacientes en TAO y su evolución clínica y analítica.
- Se debe crear un sistema de comunicación que permitirá que los médicos de AP y los pacientes en autocontrol sean asesorados por los médicos de AE, cuando no sea posible en AP.

El protocolo de coordinación asistencial pretende asentar unas bases de actuación consensuadas y unos requisitos mínimos para lograr los objetivos del proyecto.

2. MODELOS DE CONTROL DEL TAO. ACCIONES Y REPERCUSIÓN

El paciente, asesorado y siguiendo las indicaciones clínicas de su médico, podrá optar por:

- Ser atendido de forma continuada por el Servicio de Hematología.
- Ser atendido por su médico de Atención Primaria.
- Realizar autocontrol, salvo que por sus características este contraindicado.

Para garantizar la calidad asistencial ante las posibles repercusiones de estas decisiones, es necesario que cada Centro o Entidad asegure las siguientes actuaciones.

2.1. Servicios de Hematología

- Inicios de tratamiento: confirmar la indicación y establecer su duración y nivel terapéutico por patología.
- Controlar y coordinar la calidad clínica y analítica del procedimiento.
- Informar y asesorar a los pacientes sobre los distintos modelos organizativos.
- Determinación analítica de la INR y ajuste de dosis, tanto de pacientes ambulatorios que acuden al Servicio a pincharse, como de aquellos que se realizan la extracción de la muestra en los centros de salud y se remite al Servicio, así como de los pacientes desplazados.
- Educación sanitaria a los pacientes controlados en el Servicio.
- Realizar controles de calidad externos si son necesarios.
- Favorecer la formación de unidades específicas en los centros hospitalarios para la atención de pacientes en tratamiento anticoagulante y formación de pacientes en autocontrol.
- Atender la consulta médica relacionada con la hemostasia y trombosis tanto de pacientes ambulatorios como ingresados.
- Atender las urgencias por complicaciones surgidas durante el tratamiento de los pacientes pertenecientes a su Sector Sanitario.
- Los ajustes de dosis de aquellos pacientes que pertenezcan a un centro de salud en fase de incorporar el control de TAO en su cartera.
- Respecto al autocontrol:
 - o Valorar a los pacientes y, en los casos en los que cumplan los requisitos, proponer el autocontrol.
 - o Citar semestralmente a sus pacientes en autocontrol para controlar su evolución y descargar los datos del coagulómetro.
 - o Atender las consultas telefónicas de sus pacientes en autocontrol.
 - o Suministrar periódicamente y en función de las necesidades el material necesario a sus pacientes en autocontrol (tiras, diario, etc.).
 - o Remitir trimestralmente la información solicitada (ver Apéndice 1. Cuaderno de recogida de datos) de los pacientes incluidos en autocontrol.
 - o Recuperar aquellos coagulómetros que no vayan a ser utilizados por los pacientes para su reciclaje y posterior uso por otros.

2. 2. Profesionales de Atención Primaria

- Realizar la determinación analítica del INR por personal de enfermería mediante la utilización de coagulómetros portátiles en el propio centro, existiendo dos posibilidades, pacientes de control hospitalario que acuden al centro de salud sólo a realizarse la extracción de la muestra y pacientes que se controlan en primaria (en el centro de salud se les realiza la extracción de la muestra, se les determina el INR y se les ajusta la dosis).
- Remitir a los pacientes a los servicios de urgencias hospitalarias cuando surja una complicación que no se pueda solucionar en el centro de salud.
- Realizar el ajuste de tratamiento en función de los resultados; esta actividad la realiza el médico de Atención Primaria.
- Potenciar la formación de los profesionales de Atención Primaria, siguiendo además de las vías habituales, el contenido del Manual de Formación del Profesional Sanitario de Atención Primaria. Anexo II.
- Definir unos límites de capacidad asistencial para cada Centro de Salud.
- Organización de las primeras visitas de aquellos pacientes que decidan controlarse en Atención Primaria.
- Organización de las visitas sucesivas de los pacientes que decidan controlarse en Atención Primaria.
- Atención de las consultas domiciliarias generalizando el uso de coagulómetros portátiles.
- Educación sanitaria a los pacientes controlados en Atención Primaria.
- Asumir a aquellos pacientes que, una vez controlados con los otros 2 modelos organizativos, decidan volver al centro de salud, así como a los pacientes desplazados.
- Dependiendo del equipamiento, realizar controles de calidad externos si son necesarios.
- Evaluaciones, semestrales inicialmente y anuales posteriormente, que demuestren la efectividad del servicio.
- Respecto al autocontrol:
 - o Valorar a los pacientes y, en los casos en los que cumplan los requisitos, proponer el autocontrol.

- Citar semestralmente a sus pacientes en autocontrol para controlar su evolución, hacerle un control y descargar los datos del coagulómetro en el centro de salud.
- Organizar la formación de sus pacientes candidatos a autocontrol con el responsable del sector.
- Facilitarle al paciente un container de punzantes y cortantes, que periódicamente entregará al centro para su procesamiento.
- Proporcionar al paciente el material necesario para continuar realizando autocontrol.
- Proporcionar al paciente un nuevo “diario del anticoagulado” cuando lo extravíe o lo finalice.
- Solucionar las consultas telefónicas que puedan surgir de sus pacientes en autocontrol*.
- Recuperar aquellos coagulómetros que no vayan a ser utilizados por los pacientes para su reciclaje y posterior uso por otros.

*En aquellos casos en los que el paciente plantee una situación o cuestión que el facultativo no pueda solucionar deberá ponerse en contacto con la Hematóloga de la Dirección General de Planificación y Aseguramiento responsable del proyecto.

La casa comercial cuenta con un servicio de asistencia técnica

2.3. Paciente anticoagulado en Autocontrol

El autocontrol se basa en la determinación capilar de la INR utilizando un coagulómetro portátil, la interpretación del resultado y la dosificación del fármaco por el propio paciente o familiar o cuidador responsable del mismo. Es absolutamente necesario que todos los pacientes o responsables incluidos en esta modalidad de control se impliquen y reciban una completa educación sanitaria y adiestramiento en el manejo del coagulómetro y la dosificación del fármaco.

El autocontrol es considerado un modelo de control del TAO eficaz, avalado por países como Alemania donde es financiado desde hace más de 15 años.

Aunque los costes iniciales son mayores que los de la monitorización de la INR en el laboratorio debido, fundamentalmente, a los costes del entrenamiento y el material (coagulómetros y tiras), distintos estudios sugieren que el autocontrol es el método mas coste-efectivo de monitorizar a los pacientes en TAO.

ACCIONES A REALIZAR

- Selección individual de los pacientes que previamente hallan aceptado voluntariamente esta modalidad de control, siguiendo los criterios de selección (ver 7.2).
- Formación de los pacientes candidatos a esta modalidad de control.
- Organizar la educación del paciente y abastecimiento de material necesario (diarios, reactivos y coagulómetros).
- Responsable de Sector: es aconsejable la existencia de al menos un formador de pacientes por Sector Sanitario, que será el encargado de organizar el suministro de material y los cursos de formación y de remitir la información de los pacientes en autocontrol.
- Realización de evaluaciones medicas semestrales a los pacientes de los controles analíticos y dosificación del fármaco.
- Suministro y mantenimiento de los equipamientos necesarios para realizar las autodeterminaciones.
- Organizar un circuito para solventar las dudas telefónicas de los pacientes en autocontrol.

REPERCUSIONES

- Creación de una nueva prestación coste efectiva para los pacientes en TAO.
- Mejora de la formación específica y conocimiento de los pacientes en TAO.
- Aparición de un porcentaje de pacientes que no precisa de forma tan frecuente la asistencia sanitaria.
- Reducción esperada del número de complicaciones asociadas al TAO.
- Reducción esperada de desplazamientos y costes.
- Mejora de la calidad de vida de pacientes y acompañantes.
- Reducción de las punciones venosas.
- Creación de unidades para la educación del paciente.
- Ajuste de los recursos materiales y humanos necesarios.

- Reducción de las muestras que se remiten a los laboratorios de referencia para determinación de INR y ajuste de dosis.
- Fortalecimiento de la implicación del paciente en su propio tratamiento y control del mismo.

3. ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL

Expuestas las actuaciones o acciones a realizar por cada centro y entidad, sólo cabe describir el procedimiento asistencial.

Dado que cada Sector Sanitario cuenta con unas características específicas se hará necesaria la adaptación del Proyecto en cada uno de ellos, con la participación de la Gerencia del Sector, la Dirección del Hospital, la Dirección de Atención Primaria y los Equipos de Atención Primaria.

3.1. Inicio del TAO

Siguiendo el Documento de Consenso y Posicionamiento Oficial de la AEHH y SETH (2002) y basándonos en que el riesgo de complicaciones mayores asociadas al TAO ocurre cuando se inicia el tratamiento, **el inicio del tratamiento anticoagulante corresponderá a Hematología.**

Ante un paciente que presenta una patología subsidiaria de ser tratada con anticoagulantes, tanto Atención Especializada (Cardiología, Neurología, Cirugía Vasculard, etc.) como Atención Primaria, deben hacer una solicitud de valoración al Servicio de Hematología.

Se programaran visitas sucesivas en régimen ambulatorio hasta alcanzar el rango terapéutico y haber estabilizado su dosis.

Una vez estabilizada la dosis, el paciente deberá optar por uno de los tres modelos de control (control en el hospital, control en atención primaria y autocontrol). No se puede predecir a priori el tiempo que un paciente tarda en estabilizarse porque depende de distintos factores individuales del paciente, pero podemos considerar a un paciente estable cuando al menos en 3 controles sucesivos se halla en rango.

3.2. Información al paciente

La información al paciente se proporcionará en el momento de iniciarse el tratamiento y se le reforzará y complementará en cada actividad asistencial (ver Apéndice 3).

3.3. Procedimientos para la inclusión del paciente en control por Atención Primaria

Desde el Servicio de Hematología al Centro de Salud

En el caso de pacientes estables, el Hematólogo informará al Médico de Atención Primaria de la posibilidad de poder continuar los controles de TAO en dicho nivel asistencial. El sistema de comunicación será el que se determine en cada Sector (FAX, teléfono, gestor de pacientes...).

En el propio Centro de Salud

El médico de Atención Primaria puede proponer a los pacientes que estén estables la posibilidad de seguimiento en el centro de salud. Debe de registrarse el cambio de modalidad de seguimiento.

3.4. Proceso para la formación de profesionales sanitarios que formarán pacientes para iniciar su autocontrol

La formación de pacientes en autocontrol se inició en Julio de 2009 y fue realizada desde la Dirección General de Planificación y Aseguramiento como parte del pilotaje inicial del proyecto. Finalizado el mismo y como objetivo para el año 2010, la formación de estos pacientes será descentralizada en los Servicios de Hematología de los Hospitales y los Sectores Sanitarios y correrá a cargo del Servicio Aragonés de Salud.

Para ello, es conveniente formar a profesionales específicos en los Servicios de Hematología de los Hospitales y designar uno o dos responsables de esta formación en el ámbito de la Atención Primaria en cada Sector, en función de las características de cada Sector y del volumen de pacientes susceptibles de entrar en autocontrol existente en cada uno de ellos.

Posteriormente, los profesionales formados en los Servicios de Hematología se encargarán de formar a sus pacientes que consideren adecuados para iniciar las actividades de autocontrol. Igualmente, los responsables formados en los Sectores, en función de las circunstancias que se acaban de mencionar, formarán a otros profesionales sanitarios de los Equipos de Atención Primaria para que realicen ellos esta formación a sus pacientes en sus correspondientes Centros de Salud.

La formación de los profesionales formados de los Servicios de Hematología y de los responsables de los Sectores correrá a cargo de la Dirección General de Planificación y Aseguramiento. Los posibles candidatos deberán ser remitidos desde los Servicios de Hematología de los Hospitales y las Direcciones de Atención Primaria de los Sectores.

La formación de profesionales se ha organizado para ser impartida en tres días consecutivos, 2 horas diarias (un total de 6h) e incluye la asistencia a un curso completo para pacientes (4 de las 6h que dura el curso).

El contenido, material y métodos del programa de formación para pacientes debe de ser el mismo en todos los Sectores Sanitarios y centros y figura tanto en la web del Departamento de Salud y Consumo como en la del Salud Informa y configura el Anexo IV del proyecto.

3.5. Procedimientos para la inclusión del paciente en autocontrol

A todos los pacientes estables y que cumplan los criterios de inclusión (ver punto 7) se les ofrecerá desde el Servicio de Hematología o Centro de Salud la posibilidad de autocontrol.

Desde los Servicios de Hematología de los Hospitales

1. Los Servicios de Hematología que tengan profesionales formados en autocontrol, formarán directamente a sus pacientes que consideren aptos para realizar el autocontrol de su TAO.
2. Aquellos Servicios de Hematología que no cuenten con personal sanitario formado en autocontrol para dar luego la formación a sus pacientes podrán optar por:

- a. Enviar a la Dirección General de Planificación y Aseguramiento el listado de los profesionales de su Servicio para ser formados en autocontrol al objeto de que después sean ellos los encargados de formar a los pacientes del Servicio que se consideren adecuados para iniciar las actividades de autocontrol.
- b. Remitir a la Dirección General de Planificación y Aseguramiento el listado de pacientes candidatos a realizar el autocontrol del TAO para que sean formados por la Hematóloga responsable del Proyecto en esta Dirección General.

Desde los Equipos de Atención Primaria

Los Médicos de los Equipos de Atención Primaria que tengan pacientes que, en su opinión, sean susceptibles de realizar el autocontrol del TAO, formarán en autocontrol directamente a estos pacientes a través de las Enfermeras/os de su Equipo.

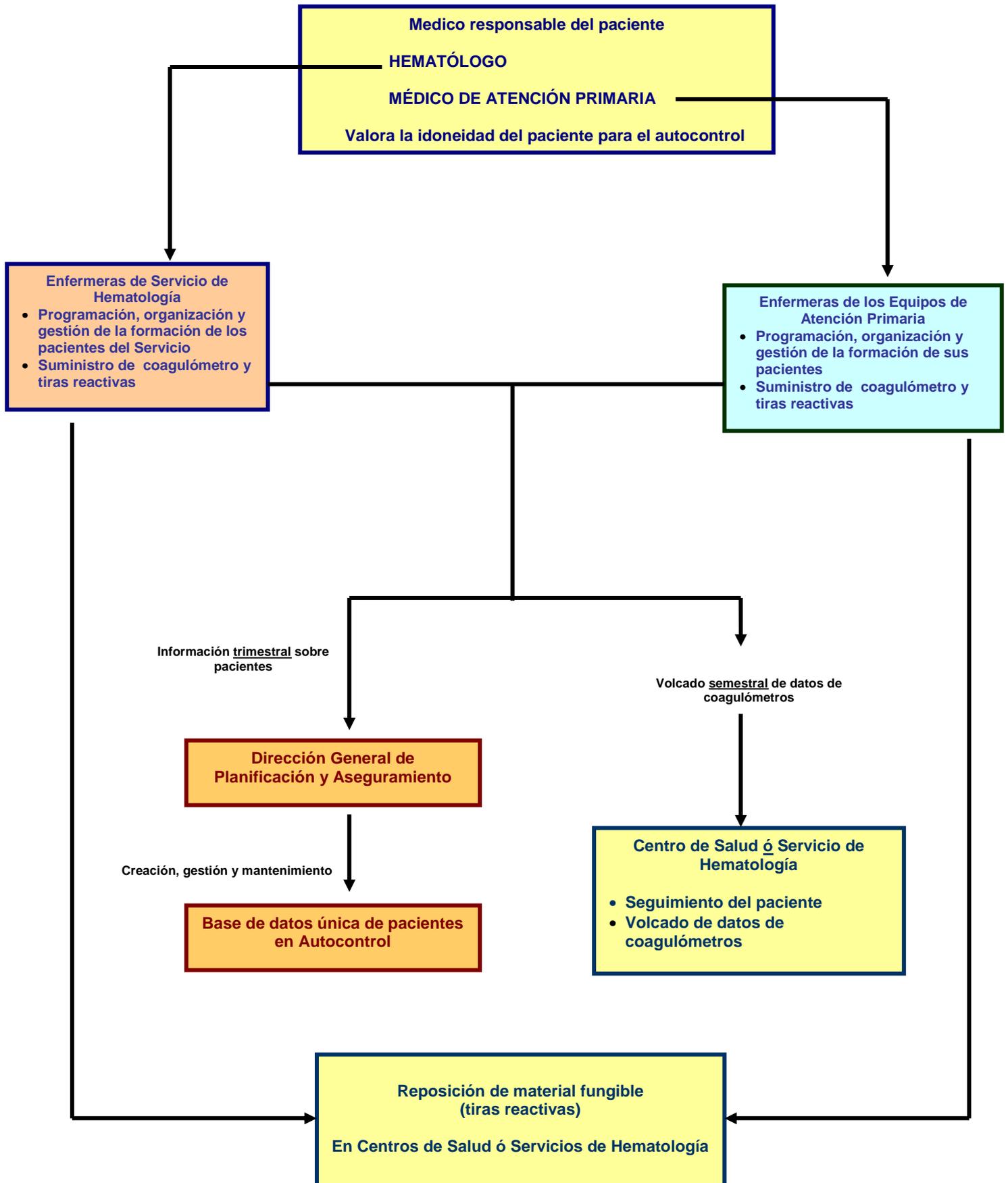
Aquellos Equipos de Atención Primaria que lo consideren necesario, antes de iniciar la formación de sus pacientes podrán solicitar la formación de sus Enfermeras/os por los responsables de esta formación designados en su Sector que hayan sido formados previamente en la Dirección General de Planificación y Aseguramiento.

Con las listas de pacientes candidatos, los responsables de dar la formación previa al autocontrol en los Servicios Hospitalarios y en los Equipos de Atención Primaria se encargarán de:

- Programar y hacer efectiva esta formación, tanto desde el punto de vista temporal como territorial, al objeto de hacerla más accesible y eficiente, comunicando las fechas y localidades de realización de los cursos, de citar a los pacientes y de crear una lista de espera para cubrir posibles vacantes.
- Remitir la información de los pacientes formados a la Dirección General de Planificación y Aseguramiento (ver punto 3.6)

Los responsables de la formación utilizarán el programa formativo y material didáctico y de seguimiento del paciente diseñado en la Dirección General de Planificación y Aseguramiento: manual de formación de pacientes en autocontrol, guía del paciente anticoagulado, coagulómetro, tiras reactivas y diario del paciente anticoagulado.

El **circuito** del autocontrol se muestra en el **algoritmo** de la página siguiente



3.6. Remisión de información de los pacientes en autocontrol a la Dirección General de Planificación y Aseguramiento

Los Servicios de Hematología y los Equipos de Atención Primaria enviarán **trimestralmente información** sobre los pacientes a los que les han realizado el curso de formación y han iniciado el autocontrol de su TAO. La remisión la harán a sus respectivas Direcciones (de Hospital o de Atención Primaria de Sector) y éstas a la Dirección General de Planificación y Aseguramiento. Para la remisión de la información pueden utilizarse dos métodos:

- Remitiendo el “Cuaderno de recogidas de datos” que figura en el Apéndice 1 y que el mismo paciente puede rellenar.
- Completando los datos solicitados en una base de datos en una Hoja Excel que el Departamento proporcionará a las Direcciones de los Hospitales y de Atención Primaria de los Sectores Sanitarios.

3.7. Suministro de material necesario a los pacientes

Tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada la reposición de las tiras reactivas a los pacientes se hará donde se estaba realizando previamente el control del TAO y desde donde se les proponga para iniciar el autocontrol, es decir, en los Servicios de Hematología de los Hospitales y en los Centros de Salud.

También en los Servicios de Hematología de los Hospitales y en los Centros de Salud deben proporcionar contenedores de instrumentos punzantes y cortantes a los pacientes que realicen el autocontrol de su TAO y recogerlos y renovárselos con la periodicidad que estimen conveniente.

En el ámbito de la **Atención Especializada**, el material necesario para iniciar el autocontrol (coagulómetros, tiras y diarios de autocontrol) debe de ser estimado desde los Servicios Hospitalarios en función del número de sus pacientes que crean puedan ser susceptibles de realizar el autocontrol. La petición la tienen que hacer los Servicios de Hematología a la Dirección de sus centros y éstas a la Dirección General de Planificación y Aseguramiento. Tienen que contar también con material de reserva (tiras reactivas) para tener un stock que les permita reponer las tiras cuando los pacientes acaben las que se les dé con el curso de formación (se les dan tiras para

unos 6 meses y un diario de autocontrol), puesto que en Atención Especializada la reposición de las tiras se realizará en los Servicios de Hematología de los Hospitales.

En el ámbito de la **Atención Primaria**, desde los Sectores, también en función del volumen de pacientes susceptibles de entrar en autocontrol que tengan previsto, tienen que pedir el material para iniciar el autocontrol. La petición la tienen que hacer los Equipos de Atención Primaria a sus Direcciones de Atención Primaria de Sector y éstas a la Dirección General de Planificación y Aseguramiento. La cantidad de este material la tienen que estimar en función del número previsto de sus pacientes que crean puedan ser susceptibles de realizar su autocontrol. Tienen que contar con material de reserva (tiras reactivas) para tener un stock que les permita reponer las tiras cuando los pacientes acaben las que se les de con el curso de formación, puesto que en Atención Primaria la reposición de las tiras se realizará en los Centros de Salud.

3.8. Seguimiento del paciente en autocontrol

El paciente que entra en autocontrol, ya sea a propuesta de un Servicio de Hematología (porque previamente se le estaba realizando el control de su TAO en el Hospital), ya sea a propuesta de su Médico de Atención Primaria (porque previamente se le estaba realizando el control de su TAO en su Centro de Salud), **seguirá siendo controlado por el facultativo que le propone para autocontrol**, su Médico Especialista en Hematología¹ ó su Médico de Atención Primaria, quienes seguirán siendo su referencia para las dudas que le puedan surgir sobre su enfermedad, su tratamiento anticoagulante oral y su autocontrol. La Dirección General de Planificación y Aseguramiento dispone de un teléfono para apoyar a aquellos profesionales que quieran consultar dudas al respecto.

Una vez que los pacientes han recibido la formación y han iniciado el autocontrol de su TAO, **semestralmente acudirán a su Médico Especialista en Hematología ó Médico de Atención Primaria para su seguimiento**. Los pacientes acudirán al

¹ En el caso de los Especialistas en Hematología incluye a aquellos pacientes a los que en los Centros de Salud de les hace, exclusivamente, la extracción de sangre para ser después ser remitida al Laboratorio de Hematología del Hospital donde de realiza la determinación del INR en sangre venosa

control semestral con su coagulómetro, diario del paciente anticoagulado y el contenedor de instrumentos punzantes y cortantes que le habrán entregado en su hospital ó centro de salud para almacenar las lancetas utilizadas. En este control semestral se volcarán los datos almacenados en la memoria del coagulómetro al programa habitualmente utilizado en el Hospital ó Centro de Salud y a la historia clínica del paciente. En este control conviene realizar, asimismo, una determinación de la INR paralela en el coagulómetro del centro y la revisión del diario del anticoagulado por si se detectara alguna incidencia.

4. SITUACIONES ESPECIALES

4.1. Tratamiento temporal con anticoagulantes orales

Existen determinadas situaciones clínicas (profilaxis secundaria de trombosis venosa y algunas indicaciones de cardiología y neurología) en los que el TAO sólo está indicado durante un periodo corto de tiempo. Los tratamientos a corto plazo, sobre todo cuando se trata de tromboembolismo venoso (TEV), durante las primeras semanas deberán ser controlados en el hospital por su importante riesgo trombótico. En muchos casos deberá realizarse un estudio de trombofilia (congénita o adquirida) al término del tratamiento para decidir la necesidad o no de proseguir la anticoagulación. En estos casos no se contempla el autocontrol.

4.2. Criterios de derivación a consultas de hematología

4.2.1 Cambios de rango de coagulación.

Suelen realizarse cuando el paciente, con controles en rango y sin causa aparente, sufre una complicación trombótica o hemorrágica. En estos casos siempre debe de remitirse el paciente al hospital para valoración por el hematólogo de referencia.

4.2.2 Aparición de enfermedades concomitantes que por sí mismas o por el tratamiento que precisen inestabilicen el TAO.

4.2.3. Gestación

Ante la mínima sospecha de posible embarazo cualquier mujer en TAO debe comunicarlo a su médico de referencia. Los anticoagulantes orales están

contraindicados durante la gestación porque pueden producir embriopatías (malformaciones) y fetopatías por hemorragias placentarias y fetales.

4.2.4. Intervenciones quirúrgicas

En general, todos los pacientes que precisen una intervención quirúrgica programada serán remitidos al Servicio de Hematología con suficiente antelación para su preparación.

Para procedimientos dentales y algunas exploraciones invasivas la mayoría de Servicios de Hematología cuentan con unas pautas estandarizadas. Los Servicios de Hematología en cada Sector Sanitario pactarán con los Médicos de Atención Primaria las pautas que se pueden dispensar desde el centro de salud y en qué casos se debe de remitir a los pacientes a Atención Especializada ante una intervención quirúrgica.

Es recomendable instruir correctamente al Médico de Atención Primaria en el manejo de heparinas de bajo peso molecular (HBPM) y de antiagregantes (ver Manual de Formación de los Profesionales Sanitarios de Atención Primaria).

4.2.5 Aparición de complicaciones hemorrágicas o trombóticas independientemente de la INR

4.3. Pacientes de alto riesgo

Se consideran pacientes de alto riesgo a aquellos que presentan patologías de alto riesgo tromboembólico o un gran riesgo individual de complicaciones tromboembólicas y/o hemorrágicas independientemente de su patología. Se consideran patologías con elevada incidencia de complicaciones trombóticas:

- Prótesis valvulares mecánicas.
- Síndrome antifosfolípido (SAF).
- Tromboembolismo venoso en las primeras semanas tras el episodio.
- Valvulopatía mitral en fibrilación auricular.
- Embolismo arterial de menos de un mes de evolución.
- Fibrilación auricular no reumática y antecedentes de tromboembolia.
- TEV de repetición o asociado a trombofilia o cáncer.

El riesgo trombótico o hemorrágico individual viene definido por:

- La historia de complicaciones previas al inicio del TAO o durante el mismo.
- Condiciones clínicas crónicas asociadas (IRC en hemodiálisis, retinopatía diabética hemorrágica, etc.).
- Situaciones clínicas transitorias de alto riesgo (gestación, neoplasia, etc.).

En el caso de los pacientes de alto riesgo, siempre que el Hematólogo o el Médico de Atención Primaria lo consideren necesario, se deberá **desaconsejar** al paciente el control en Atención Primaria.

En el caso de aquellos pacientes que, aún siendo correctamente informados, soliciten continuar realizándose los controles en Atención Primaria, se recomienda valorar incrementar la frecuencia de los controles.

Una situación especial que puede considerarse de riesgo es el caso de los pacientes de difícil control, es decir, aquellos que sin causa aparente precisan más de 6 cambios de dosis al año.

En general, de Atención Primaria puede pasar a Atención Especializada de forma temporal o definitiva si lo pide el Médico o si aparecen factores de riesgo individual, permanentes o transitorios.

Ante una situación en la que el Médico de Atención Primaria no pueda controlar, se recomienda contactar con el Hematólogo de referencia, quien valorará si se debe remitir al paciente temporal o definitivamente.

4.4. Pacientes desplazados

Se realizará la consulta como si de un paciente de cupo se tratase; por tanto, será posible realizar su control tanto desde el hospital como desde el centro de salud. El paciente deberá aportar los documentos médicos precisos para abrirle una ficha o historia e incluir los últimos resultados y dosis en el programa informático.

5. CRITERIOS DE INCLUSION DEL SERVICIO CONTROL TAO EN LA CARTERA DE LOS EQUIPOS DE PRIMARIA

Para garantizar que las actuaciones que se llevaran a cabo no deteriorarán la calidad asistencial del proceso es necesario garantizar al menos unos mínimos, tanto en la formación de profesionales como en los equipamientos necesarios.

1. De los profesionales de Atención Primaria

- Médicos y Enfermería de Atención Primaria que ya realizan control del TAO: siempre que el número de pacientes que controle sea superior a 5 se incluirá el servicio de forma automática. Se les impartirá una única sesión de actualización (repaso de conceptos, manejo práctico, etc.) y temas organizativos.
- Médicos y Enfermería de Atención Primaria que no realizan control del TAO o que lo realizan pero el número de pacientes que controla es inferior a 5. Para incluir el servicio en su cartera deberán haber recibido la formación específica detallada en el “Manual de Formación de los Profesionales Sanitarios de Atención Primaria” y contar con el “Protocolo de Coordinación Asistencial”.
- Se puede ofertar la extracción capilar en lugar de la venosa para aquellos pacientes cuyo seguimiento del TAO se realiza en el Servicio de Hematología, aunque el centro de salud que le corresponda no tenga incluido en su cartera de servicios el control del TAO. En este caso la instrucción del personal de Enfermería será dirigida a realizar correctamente la técnica analítica.

2. De los centros

Además del equipamiento, organización y sistema de información precisos, será necesario contar con, al menos, un profesional formado para el control del TAO.

- Equipamiento:
 - Los centros de salud en los que se realice control del TAO deberán contar con, al menos, 2 coagulómetros portátiles para determinación capilar con las siguientes características técnicas: conexión on line compatible con el programa de gestión de pacientes anticoagulados. Tromboplastina tisular con ISI cercano a 1. Controles de calidad.

- En los centros de salud rurales se dispondrá, al menos, de un coagulómetro por localidad.
 - Sistema informático (ver punto 8): programa de gestión de base de datos, con las siguientes características: acceso por usuarios según normativa de la LOPD con diferentes niveles de acceso configurables; almacenamiento de información clínica de los pacientes (controles, visitas, incidencias); identificación de los pacientes por NSS o CIP; evolución de resultados y dosis; configuración de complicaciones; curso clínico de pacientes; recepción online de resultados analíticos; logbook general que permita la trazabilidad del sistema; cumplimiento de la LOPD y emisión de estadísticas.
 - Espacio físico adecuado para la determinación analítica, interrogatorio al paciente, administración de tratamientos alternativos (HBPM) o antídotos (vitamina K), entrevista con el paciente y educación sanitaria.
 - Otros sistemas de comunicación que incluyan teléfono, fax, sistema informático en red, correo electrónico, tanto en AP como en AE.
 - Deberán contar con los recursos humanos necesarios para realizar correctamente toda la actividad asistencial.
- Organización:
- El sistema informático debe permitir crear agendas configurables con cupos. Gestión por consultas o centros.
 - Debe permitir asumir el número necesario de pacientes sin entorpecer el curso normal ni disminuir la calidad asistencial alcanzada.
 - Transmisión de la información: consiste en la emisión de información en papel, fax, correo electrónico, etc, que soporte el ciclo completo del TAO, desde la citación hasta la entrega de hojas de dosificación con distribución diaria de dosis semanal del fármaco al paciente.

Una vez comprobados que existen los requisitos mínimos, la incorporación de dicho servicio a la cartera del centro será automática. El responsable de cada centro de salud se encargará de solicitarla, así como de su implantación. En el caso de los centros que sólo cuenten con un profesional debidamente formado deberá de estimular la formación del resto del personal para evitar que ante una eventual pérdida o traslado de dicho profesional se incumpla esta premisa.

Se realizarán evaluaciones para comprobar que se cumplen los criterios de calidad analítica y clínica; inicialmente cada semestre hasta los 18 primeros meses y posteriormente de forma anual.

Siempre que sea posible se intentará impartir la formación de forma interna, en el propio centro.

6. FORMACIÓN DE PROFESIONALES

La formación y entrenamiento de los profesionales de Atención Primaria será requisito para la descentralización. Para este proceso de formación se seguirá el programa establecido en el "Manual de Formación de los Profesionales Sanitarios de Atención Primaria" (ver Anexo II) que, entre otros, recoge los siguientes aspectos:

- Fisiología de la hemostasia.
- Fármacos anticoagulantes.
- Vitamina K.
- Concepto INR. Rango terapéutico.
- Contraindicaciones.
- Indicaciones.
- Inclusión.
- Manejo práctico del paciente anticoagulado.
- Desarrollo técnico: extracción de la muestra, manejo de coagulómetros, obtención del INR, control y garantía de calidad analítica.
- Manejo del programa informático (gestor de pacientes y el propio para la gestión del TAO).
- Establecimiento de los medios de comunicación y criterios de utilización: teléfono, fax, correo electrónico, etc.
- Información al paciente.
- Interferencias: farmacológicas y no farmacológicas.
- Complicaciones hemorrágicas y tromboembólicas.
- Procedimientos especiales. Protocolos específicos de cada Sector
- Uso de HBPM.

El curso de formación será impartido por los responsables de los Servicios de Hematología de referencia y/o por profesionales de Atención Primaria.

7. REQUISITOS PARA LA REALIZACIÓN DE AUTOCONTROL POR PARTE DE LOS PACIENTES

En diferentes estudios ha sido demostrado que los resultados obtenidos por el TAO están relacionados con la educación y formación del paciente respecto al tratamiento.

Por lo tanto, es necesario establecer unas pautas de educación y formación para mejorar los resultados y también para conseguir una mayor autonomía de los pacientes con respecto a la realización de las determinaciones y al ajuste de su tratamiento. Estas actuaciones se pueden agrupar en:

- Formación y educación general para todos los pacientes con TAO.
- Formación, educación y requisitos para la realización de determinaciones y autocontrol por parte de los pacientes.

1. Formación y educación general para todos los pacientes con TAO

El Anexo III (Guía del Paciente en Tratamiento con Anticoagulante Oral) contiene la información que los pacientes deben tener acerca de distintos aspectos que influyen en la evolución del TAO, como son el estilo de vida, medicación compatible, precauciones ante situaciones especiales (embarazo, endoscopias, traumatismos, cirugía ..), etc.

No obstante, la edición de esta Guía no exime a los profesionales sanitarios de su responsabilidad de dar información y formación a los pacientes en todos los contactos asistenciales.

Para reforzar estas actuaciones, además, se facilitará:

- La realización de **jornadas de formación** realizadas por los propios pacientes y organizadas por ASANAR en colaboración con los profesionales sanitarios.
- **La elaboración y difusión de consejos a los pacientes:** se elaborará una hoja o díptico con las principales recomendaciones, que se entregará a cada uno de los pacientes tanto en los centros de salud como en los hospitales.

Con respecto a la información sobre los distintos modelos de control, puede ser útil la hoja de información al paciente (ver Apéndice 3).

2. Formación, educación y requisitos para la realización de autodeterminaciones y autocontrol por parte de los pacientes

Para la inclusión de pacientes en esta modalidad de tratamiento será necesario realizar y cumplir los requisitos siguientes:

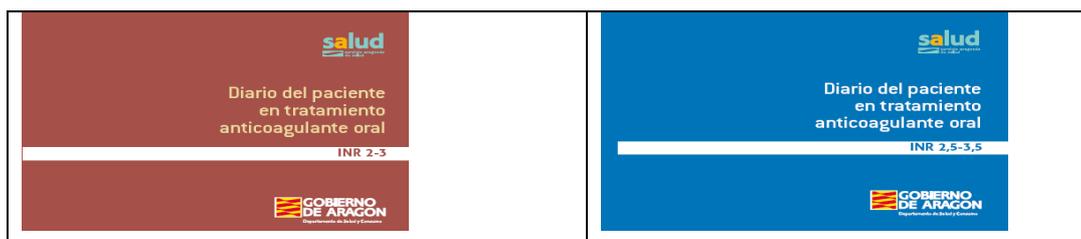
- Demanda y/o aceptación por parte del paciente.
- Edad igual o superior a 18 años, o menores con cuidador responsable.
- Capacidad física y mental conservada, o cuidador responsable.
- Indicación de tratamiento a largo plazo.
- Tiempo de tratamiento superior a tres meses.
- Haber recibido formación específica que incluya información sobre las principales características de los anticoagulantes orales, sus posibles riesgos, el fundamento de los controles periódicos, las interacciones farmacológicas, manejo del coagulómetro, criterios y registros para el ajuste del tratamiento, casos en los que tiene que consultar con su médico...
- Conocimiento de su médico responsable.
- Compromiso de incorporar los valores de las determinaciones y modificación de las dosis al sistema de información.
- Compromiso de acudir a los controles periódicos con su médico responsable
- Compromiso de devolver el material facilitado en caso de que decida no continuar realizando autotratamiento.
- Que el autocontrol implique una mejora en la calidad de vida para el paciente o su cuidador responsable: mejora de la autonomía, reinicio de vida activa, facilitación de la vida laboral

Independientemente del nivel cultural o educación y del estatus social, el único requerimiento en términos de habilidad intelectual es que el paciente o responsable sea capaz de entender el concepto de tratamiento anticoagulante oral y los riesgos potenciales. Además, es necesario que el paciente quiera participar activamente en su tratamiento, que tenga la suficiente destreza manual y agudeza visual. La habilidad para aprender como realizar autotratamiento no esta asociada a la edad, aunque ésta y la comorbilidad jueguen un importante papel en la decisión.

Para la realización de la formación se seguirá los criterios y contenidos del **Manual de Formación de los Pacientes en Autocontrol**, único para todo el Sistema de Salud de Aragón, que se ha elaborado según las recomendaciones de las actuales Guías Clínicas y adaptado a las características culturales y demográficas.

3. Características del curso de formación previo al autocontrol

- La formación del paciente para conseguir su capacitación para realizar el autocontrol consistirá, en general, en dos sesiones de 2 horas cada una, que recibirán en dos jornadas diferentes con escasos días de intervalo. En caso necesario, y a criterio de los responsables de la formación, podrá establecerse una tercera clase a las pocas semanas. Durante el curso se le hará entrega al paciente de la "Guía para el paciente anticoagulado" antes citada y de un "**Diario de control del TAO**" en el que el paciente anotará los resultados de los controles y las dosis de anticoagulante a tomar. Estos diarios contienen unas tablas con los algoritmos terapéuticos que seguirán los pacientes para modificar las dosis, se han editado dos tipos de diario en colores diferentes que faciliten su identificación: uno en un color para los pacientes a los que se les haya asignado un rango terapéutico entre 2 y 3, y otro en un color diferente para aquellos a los se les haya asignado un rango de 2,5 a 3,5. El paciente anotará el resultado de sus controles analíticos, fechas y dosificación en este diario.



- Los pacientes que no superen el curso de formación pueden acudir de nuevo al mismo con un acompañante que será responsable de la implantación del autocontrol. En caso de carecer de éste o de no superar el curso aún con la presencia del mismo, el paciente será remitido de nuevo a su médico de referencia (Médico de Atención Primaria o de Atención Especializada) para continuar realizándose los controles de la forma que venía realizando hasta ese momento.

- A los pacientes que, en opinión de los responsables de la formación, hayan superado el curso que les acredita la capacitación para iniciar las actividades de autocontrol, se les entregará el material necesario para iniciar esta actividad y para su continuidad durante un periodo de casi un año: 1 coagulómetro, 48 tiras reactivas y 50 lancetas. Al recibir el material, el paciente firmará un compromiso de devolución del coagulómetro en el caso de que cese de forma definitiva su uso por cualquier motivo. Cuando se agote este material fungible, la **reposición de las tiras reactivas** se realizará en los respectivos centros de referencia.

APENDICE 1

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

DATOS GENERALES

NOMBRE _____

APELLIDOS _____

DIRECCIÓN _____ Nº _____ PISO _____ LETRA _____

POBLACIÓN _____ PROVINCIA _____

_____ CP _____

DNI _____ NSS _____

CIA/CIP _____

CONTROL HABITUAL MEDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

HEMATOLOGO

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE _____

NOMBRE DE LA ENFERMERA _____

NOMBRE DEL CENTRO _____

SECTOR _____

DOCUMENTACIÓN RECOGIDA

HOJA DE DERIVACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CERTIFICADO DE ENTRENAMIENTO

FECHA 1ERA CLASE ..

FECHA 2ª CLASE ..

FECHA INICIO ..

1.1. FECHA DE NACIMIENTO: ..
dd mm aa

1.2. SEXO:

1. Hombre

2. Mujer

1.3. TELEFONO DE CONTACTO:

A

B

1.4. DOMICILIO:

1. Zaragoza ciudad

2. Zaragoza provincia

2.1. Kilómetros hasta el Centro:

- 1. Menos de 15 kilómetros
- 2. Entre 16-25 kilómetros
- 3. Más de 26 de kilómetros
- 9. Falta de información

3. Otra provincia:

- 1. Huesca
- 2. Teruel

- 4. Otras

1.5. TRANSPORTE AL CENTRO:

- 1.Vehículo propio
- 2.Vehículo de un familiar
- 3.Transporte público
- 4.Taxi
- 5.Taxi subvencionado
- 6. Ambulancia
- 7. A pie

1.6. ASISTENCIA: Acompañado

- 1-SÍ
- 2-NO

1.7. NIVEL CULTURAL:

- 1. No sabe leer o escribir
- 2. Estudios primarios incompletos
- 3. Estudios primarios completos
- 4. Estudios secundarios
- 5. Grado medio
- 6. Grado superior
- 9. No sabe / no contesta
- 10. Otra situación

Si ha marcado 10. Especificar.....

1.8. LABORAL:

- 1. Activo
- 2. En paro
- 3. Jubilado
- 4. Incapacidad o invalidez permanente
- 5. Estudiante
- 6. Ama de casa
- 7. Otra situación

Si ha marcado 7. Especificar.....

1.9. PROFESIÓN:

2. ANTECEDENTES

2.2. ENFERMEDAD DE BASE: _____

2.3. FACTORES DE RIESGO

	SÍ	NO
1. Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ulcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Neoplasia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hepatopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO

3.1. FECHA INICIO ANTICOAGULANTE: . .

3.2. TIPO DEL FÁRMACO ANTICOAGULANTE:

- | | |
|--------------|--------------------------|
| 1. Sintrom | <input type="checkbox"/> |
| 2. Warfarina | <input type="checkbox"/> |
| 3. Otros | <input type="checkbox"/> |

3.3. RANGO HABITUAL:

- | | |
|------------|--------------------------|
| 1. 1,5-2 | <input type="checkbox"/> |
| 2. 2-2,5 | <input type="checkbox"/> |
| 3. 2-3 | <input type="checkbox"/> |
| 4. 2,5-3,5 | <input type="checkbox"/> |
| 5. 3-4 | <input type="checkbox"/> |
| 6. 3,5-4,5 | <input type="checkbox"/> |
| 7. Otro | <input type="checkbox"/> |

3.4 MEDICACIÓN CONCOMITANTE:

	SÍ	NO
1. Hormonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. AAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Amiodarona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Especificar _____

4. HISTORIA DE COMPLICACIONES

4.2. HA TENIDO COMPLICACIONES TROMBÓTICAS ANTES?

1-SÍ

2-NO

9-Falta información

4.2.1. N° de complicaciones trombóticas mayores: _____

4.2.2. Características de las complicaciones (CMP):

Fecha **Diagnóstico**

1. _____

2. _____

3. _____

4.3. HA TENIDO COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS ANTES?

1-SÍ

2-NO

3-Falta información

4.3.1. Tipo de complicación:

1. Mayor

2. Menor

3. Ambas

4. Ninguna

9. Falta información

4.3.2. Nº de complicaciones mayores:

1. 0

2. 1

3. 2

4. 3

5. >3

4.3.3. Características de las complicaciones (CMP):

Fecha **Diagnóstico**

1. _____

2. _____

3. _____

4.3.4. N° de complicaciones hemorrágicas espontáneas:

5.CURSO DE ADIESTRAMIENTO

1. FECHA DE INICIO: . .

2. FECHA DE FINALIZACIÓN: . .

3. INSTRUCCIÓN:

3.1. ALUMNO:

1. Paciente

2. Responsable

3. Personal de institución

3.2.HORAS DE INSTRUCCIÓN:

3.2.1. REALIZACIÓN TEST

3.2.2. MANEJO DE DOSIS

4. APTO PARA AUTOMANEJO:

1-SÍ

2-NO

5. MOTIVO DE EXCLUSIÓN:

	SÍ	NO
1. Condición física limitante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Condición mental limitante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ambas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si ha marcado 4 . Especificar.....

APENDICE 2

HOJA ESTANDAR DE DERIVACIÓN

<i>Nombre del paciente</i>	
<i>Nº Tarjeta</i>	
<i>Nombre del médico</i>	
<i>Centro sanitario</i>	
<i>Diagnóstico</i>	
<i>Rango terapéutico</i>	

DADO QUE EL PACIENTE CUMPLE LOS CRITERIOS DE SELECCIÓN LO REMITO PARA RECIBIR EL CURSO DE ADIESTRAMIENTO:

PACIENTE

RESPONSABLE

Nombre del responsable

.....

**Firma del médico
responsable**

Firma del paciente o

APENDICE 3

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Nombre del paciente	
Nº Tarjeta	
Médico que informa	
Fecha	

LOS ANTICOAGULANTES ORALES (Sintrom®, Aldocumar®, Tedicumar®, etc.)

Los anticoagulantes orales son medicamentos que se administran a las personas que padecen enfermedades que les predisponen a sufrir embolias o trombosis. Estos medicamentos actúan retardando el mecanismo normal de coagulación de la sangre y, por tanto, la velocidad con la que ésta coagula.

Su administración es oral (por boca), en forma de comprimidos que se parten fácilmente. La dosis diaria que se administra a cada paciente es individual y depende del efecto que el fármaco haga en él. No todos necesitan la misma dosis y la dosis no siempre es igual para el mismo paciente, por eso es necesario realizar análisis.

El efecto que hace el anticoagulante (Sintrom®, Aldocumar®, etc.) se mide realizando un análisis de sangre (mediante punción venosa o capilar). Mediante este análisis su médico ajusta la dosis para conseguir disminuir el riesgo de trombosis sin aumentar el riesgo de que sufra una hemorragia. No obstante, a pesar del tratamiento anticoagulante pueden producirse episodios trombóticos.

La duración del tratamiento es variable en función del diagnóstico por el que se ha indicado su uso.

Riesgos del tratamiento anticoagulante

El riesgo más importante y frecuente es la hemorragia. La incidencia de esta complicación es muy variable y varía entre un 3-20%. La mayoría son leves, pero aproximadamente un 5% pueden ser mortales. Pueden deberse a distintos factores que interaccionan con el tratamiento (dieta, fármacos, etc.), a lesiones asintomáticas desconocidas, a la duración del tratamiento, etc.

Otras reacciones adversas son: necrosis cutánea, molestias gastrointestinales (inapetencia, náuseas, vómitos), reacciones alérgicas (urticaria, dermatitis, fiebre), alopecia reversible, osteoporosis....

Se encuentran contraindicados durante los 4 primeros meses del embarazo ya que pasan la placenta y tienen efectos teratogénicos en el feto.

Otros efectos menos frecuentes son: anemia hemolítica, calcificación de cartílagos traqueales, impotencia, etc.

Precauciones especiales

- Los análisis de sangre deben realizarse obligatoriamente en el día y hora indicados o, en su defecto, comunicar personalmente y con antelación que no se puede acudir para que le indiquen qué debe de hacer.
- Debe de comunicar a su médico el inicio o finalización de cualquier otro medicamento que deba de tomar.
- No debe de realizar cambios por su cuenta en la dosis.
- Es muy importante no olvidarse la dosis diaria. Si un día se olvida de una toma debe comunicárselo a su médico. Nunca debe de tomarse el doble para compensar el olvido.
- Procure tomar el anticoagulante (Sintrom®, Aldocumar®, etc.), siempre que sea posible, a la misma hora; le ayudará a crear hábito.
- Comunique siempre a cualquier médico que acuda que toma anticoagulantes orales.
- Si usted es una mujer en edad fértil, ante una ausencia de menstruación debe de descartar un embarazo. En el caso de que esté embarazada deberá acudir urgentemente a su médico.
- Ante cualquier hemorragia debe de comunicárselo a su médico.
- Nunca tome productos que contengan AAS, excepto en los casos en que su médico, sabiendo que toma anticoagulantes, lo vea indicado.

- Las inyecciones intramusculares están contraindicadas, si son ineludibles, nunca deben de administrarse en el glúteo; solicite que se las apliquen en el deltoides o en la cara externa del muslo.
- Comunique a su médico cualquier tipo de exploración invasiva (gastroscopia, colonoscopia, etc.), procedimiento quirúrgico o dental que le vayan a realizar con antelación (más de 5 días).
- Cualquier problema relacionado con el tratamiento debe de comunicárselo a la enfermera que le vaya a realizar el análisis.

Control del tratamiento anticoagulante

Hacemos hincapié en que es necesario realizar controles periódicos de su tratamiento para detectar y comprobar que su dosis en cada momento es la adecuada y para que no sufra complicaciones.

Si usted inicia el tratamiento anticoagulante oral (TAO) debe saber que los primeros controles (análisis), deberá de realizárselos en el hospital. Una vez estabilizado el tratamiento usted podrá seleccionar una de estas opciones:

- Continuar realizándose los controles en el hospital
- Realizarse los controles en su centro de salud
- Realizar controles semanales capilares en su domicilio (Autocontrol)

Si usted ya toma TAO (Sintrom®) y, una vez informado de las distintas opciones, prefiere realizar sus controles eligiendo otra opción distinta, puede hacerlo.

Aunque inicialmente escoja una opción podrá cambiar de opción si lo desea o comprueba que la opción escogida inicialmente no es la mejor para usted.

Opciones para el Control del tratamiento anticoagulante

Existen 3 opciones distintas para realizar el control del TAO correctamente; todas son válidas y usted, asesorado por su médico, puede escoger la más adecuada en su caso.

Control en el hospital

Es el modelo clásico de control. El análisis se realiza mediante extracción venosa o capilar que se puede realizar en el mismo hospital o en los centros de salud y, posteriormente, acude para recoger la hoja calendario o diario con el resultado del

control, la dosis que debe de tomar y la fecha de la próxima visita. El proceso es controlado y realizado por un Hematólogo y su Enfermera.

Control en el centro de salud

Es un modelo que hasta ahora sólo se realizaba en algunos centros de salud. El análisis se realiza mediante punción capilar (pinchazo en el dedo) en el centro de salud; minutos después se le proporciona la hoja o calendario con el resultado del control, la dosis que debe de tomar y la fecha de la próxima visita. El proceso es controlado y realizado por su Médico y su Enfermera de Atención Primaria.

Autocontrol

Es una opción de control que se realiza en otros países desde hace tiempo, muy similar al control de la diabetes. Tiene diversas ventajas respecto a las 2 formas anteriores de control, pero necesita cumplir unos requisitos para poder realizarlo. Los análisis se los realiza usted semanalmente, mediante una punción en el dedo para obtener una gota de sangre que depositará en un aparato similar al que tienen en los centros de salud. Usted o un responsable será entrenado para utilizar el aparato (coagulómetro) y para que en función del resultado que le dé el aparato, pueda decidir cual es la dosis que debe de tomar diariamente hasta el siguiente control. Este sistema, además de evitar traslados, mejora la calidad del control porque permite que éste sea mas frecuente y, por tanto, que disminuya la posibilidad de sufrir una complicación. Contará con la ayuda de profesionales para enseñarle y solucionarle sus dudas telefónicamente. Este sistema no lo desvincula para nada de su médico responsable, al cual tendrá que acudir ante dudas o problemas. Además, cada 6 meses deberá acudir a una revisión con su aparato y diario para revisar que realiza el tratamiento correctamente.

