



INFORMACIÓN ACERCA DE LA ANTICOAGULACIÓN ORAL

Los anticoagulantes orales (SINTROM®,ALDOCUMAR®,TEDICUMAR®)son fármacos que hacen que la sangre tarde más tiempo en coagular, al interferir en los mecanismos de la coagulación de la sangre. Se utilizan para **prevenir y tratar la formación de trombos en el sistema circulatorio.**

Algunas de las indicaciones son: trombosis venosa en las piernas, embolias de pulmón, prótesis valvulares cardíacas, pacientes con algunas arritmias en el corazón o con el corazón dilatado, etc.

Son comprimidos fraccionables y la dosis diaria se ajusta mediante un **análisis de sangre** (en la vena o por punción en el dedo). Se trata de una medicación con la que debe tener especial cuidado ya que se influye por cualquier cambio en el tratamiento o en la dieta. Nunca debe modificarla por su cuenta.

Riesgos del tratamiento:

- **Hemorragias:** Es el riesgo más frecuente. La mayoría de las ocasiones es leve pero algunas veces pueden resultar graves, sobre todo cuando hay un exceso de efecto anticoagulante o se presentan otros factores que, por sí mismos, aumentan el riesgo de hemorragia (tensión arterial muy alta y descontrolada, úlceras digestivas, traumatismos, etc.). Por ello, **ante la presencia de cualquier signo de hemorragia deberá acudir a la consulta de tratamiento anticoagulante o a urgencias. Antes de cualquier intervención quirúrgica, extracción dentaria, biopsias, etc., debe indicar su condición de paciente anticoagulado.**
- **Malformaciones en el embrión.** En caso de que sea mujer en edad fértil y desee un embarazo, debe advertirlo a su médico y acudirá al Hospital para cambiar el tratamiento anticoagulante oral por heparina y seguir controles en el Hospital hasta por lo menos un mes después del parto.
- **Fracaso del tratamiento.** Pueden producirse episodios trombóticos cuando hay un escaso efecto anticoagulante (por dosis insuficiente o por procesos o medicación intercurrente). También pueden producirse fenómenos trombóticos incluso con un buen nivel de anticoagulación ya que el tratamiento anticoagulante no elimina completamente el riesgo de trombosis.

Alternativas posibles:

1. No iniciar tratamiento anticoagulante con lo que seguirá teniendo el mismo riesgo sufrir un episodio trombótico.
2. Utilizar Heparinas de Bajo Peso Molecular (Enoxaparina, Dalteparina, Nadroparina) que se utilizan como inyecciones subcutáneas diaria y que tienen los siguientes efectos secundarios.
 - a. Hemorragias: menos frecuentes que los anticoagulantes orales.
 - b. Disminución del número de plaquetas que a veces se asocia a trombosis.
 - c. Irritación y cardenal en la zona de inyección.

Debe conocer que sus datos demográficos y analíticos serán introducidos en una base de datos única para todo el servicio de salud de Castilla la Mancha (SECAM) y sólo accesible a personal sanitario.

Tenga en cuenta que su médico le ha prescrito esta medicación porque, después de hacer una valoración clínica y analítica de la idoneidad del tratamiento, los beneficios que le aportarán superan claramente a los posibles riesgos de la medicación.

**SI TIENE CUALQUIER DUDA PREGUNTE, NOSOTROS LE INFORMAREMOS
PERSONALMENTE**



ACEPTACIÓN/DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO, FIRMAS Y POSIBILIDAD DE REVOCACIÓN DE PRUEBA DE ANTICOAGULACIÓN ORAL

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE: D./Dña/ _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL/FAMILIAR/PERSONA CON OTRA VINCULACIÓN DE HECHO (en caso de incapacidad del paciente para consentir o denegar, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (Padre, Madre, Tutor, etc.)

D./Dña/ _____, en calidad de _____

D.N.I DEL PACIENTE/REPRESENTANTE: _____ FECHA ____ / ____ / ____

CIP DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL SANITARIO QUE INFORMA :

D./Dña/ _____

Nº COLEGIADO: _____

Declaro que:

- He sido informado de forma comprensible de la naturaleza y los riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.
- Estoy satisfecho con la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y, me han sido aclaradas todas mis dudas.
- En consecuencia, doy mi consentimiento para su realización sabiendo que puedo revocarlo en cualquier momento firmando la denegación/revocación si llegara el caso.
- Si surgiera alguna situación urgente, que requiriese algún procedimiento distinto del que he sido informado, autorizo al equipo médico para realizarlo sin previo consentimiento.

Firma del paciente

Firma del Tutor o Representante Legal

Firma del Profesional

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi **DENEGACIÓN/REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

Firma del paciente

Firma del Tutor o Representante Legal

Firma del Profesional