

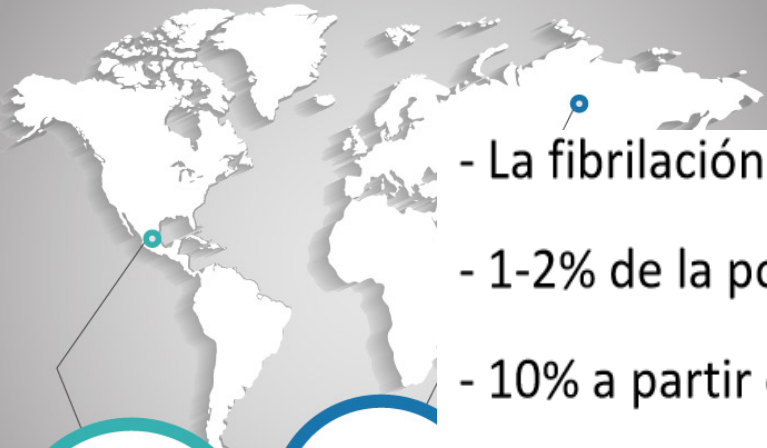
APROXIMANT VISIONS EN EL
TRACTAMENT
ANTITROMBOTIC/ANTICOAGULANT DE
LA FIBRIL·LACIÓ AURICULAR

JORNADA DE DEBAT EN
GESTIO CLINICA FA CAMFIC
27 MARÇ 2019

Carme Alonso Permanyer

Metgessa de familia . EAP
Corbera de Llobregat

EPIDEMIAS MORTÍFERAS DE LA HISTORIA



La peste o epidemia de cocoliztli, en México

Durante el siglo XVI México experimentó una gran cantidad de muertes debido a las fiebres hemorrágicas.

Tercera epidemia de cólera en Rusia

Esta epidemia que comenzó entre 1852 y 1860 causó 1 millón de muertos.

EDITORIAL

Fibrilación auricular: ¿estamos ante una epidemia?

Concepción Moro Serrano y Antonio Hernández-Madrid

Unidad de Arritmias y Departamento de Medicina. Hospital Ramón y Cajal y Universidad de Alcalá. Madrid. España.

- La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardiaca sostenida más frecuente.
- 1-2% de la población general, >6 millones de europeos (¿casos silentes?)
- 10% a partir de los 80 años, 18% a partir de los 85 años.
- ¼ adultos de >40 años desarrollarán FA en su vida.
- Pero además.... su prevalencia se va a duplicar, como mínimo, en los próximos 50 años a medida que la población envejezca.

La población >65 años se duplicará en el 2050

La población >85 años se cuadruplicará en el 2050

....en 2050, 16 millones de personas en EEUU tendrán FA



Enfoque: Epidemiología de la enfermedad cardiovascular en España en los últimos 20 años (II)

Epidemiolo

Julián Pérez-V

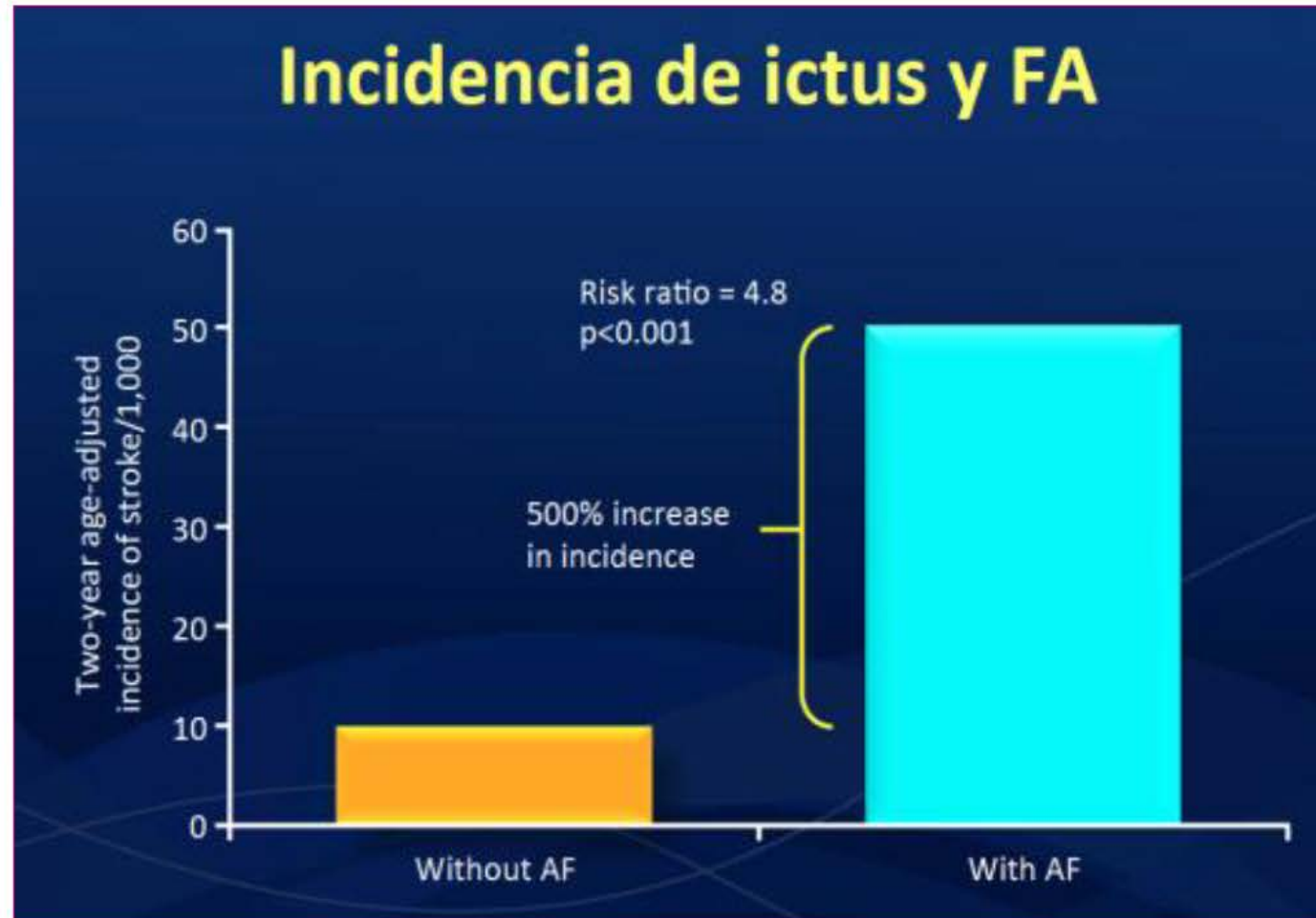
Unidad de Arritmias, Ho

Historia del artículo:
On-line el 27 de mayo d

Palabras clave:
Fibrilación auricular
Prevalencia
Incidencia
Epidemiología



➤ Los pacientes con FA presentan 5 veces más riesgo de ictus.



6



...dio Val-FAAP.

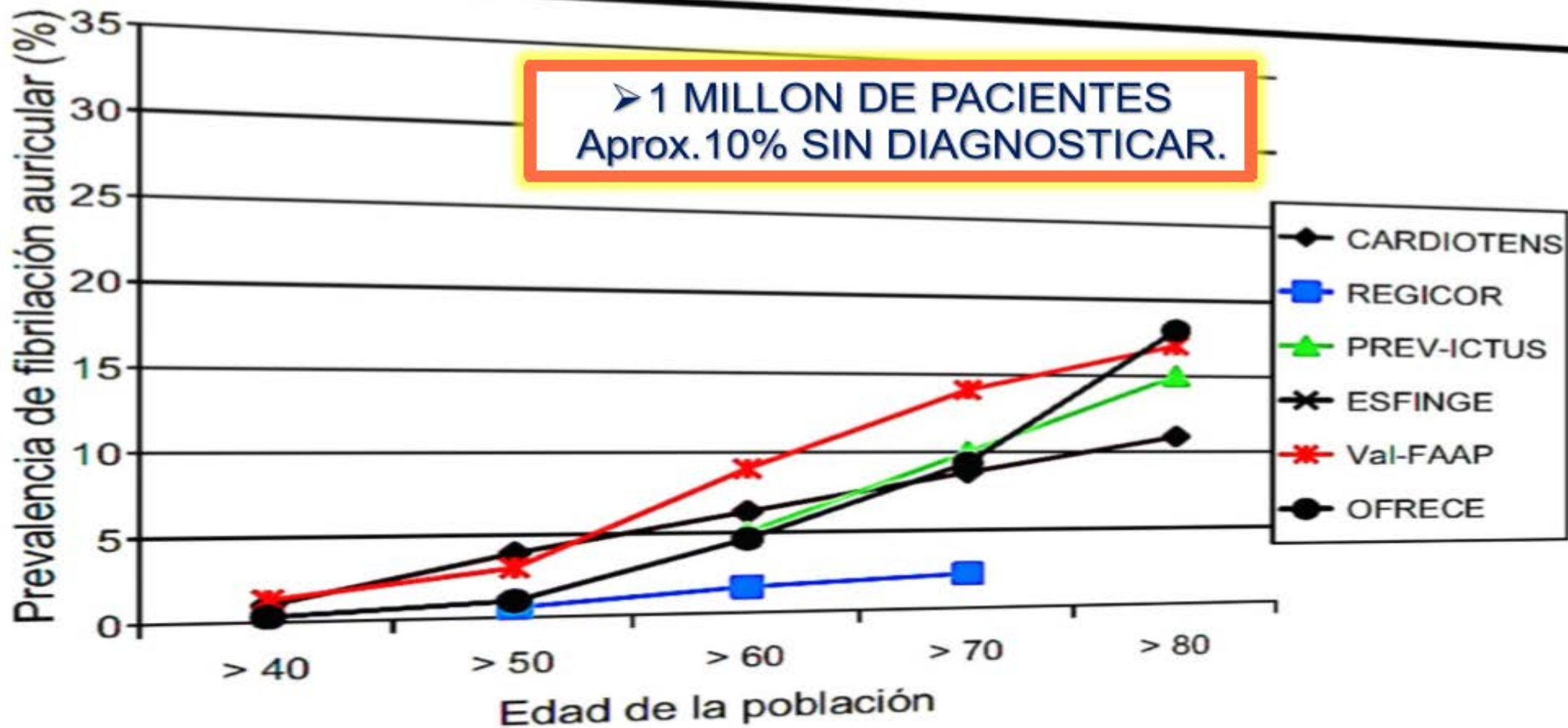


Figura. Prevalencias aproximadas de fibrilación auricular en España, recogidas en poblaciones distintas por los diferentes estudios publicados²²⁻²⁷.

Prevalencia de la fibrilación auricular desconocida y la no tratada con anticoagulantes. Estudio AFABE

Josep L. Clua-Espuny^{a,*}, Iñigo Lechuga-Duran^a, Ramón Bosch-Princep^b, Albert Roso-Llorach^b, Anna Panisello-Tafalla^a, Jorgina Lucas-Noll^a, Carles López-Pablo^b, Lluïsa Queralt-Tomas^a, Emmanuel Giménez-García^c, Núria González-Rojas^d y Miquel Gallofré López^e

^a Atención Primaria/Hospitalaria, Institut Català de la Salut, Gerència Territorial Terres de l'Ebre, Tortosa, Tarragona, España

^b USR Terres de l'Ebre, IDIAP Jordi Gol-IISPV-Fundació Dr. Ferran, Tortosa, Tarragona, España

^c Economía de la Salud, Antares Consulting, Barcelona, España

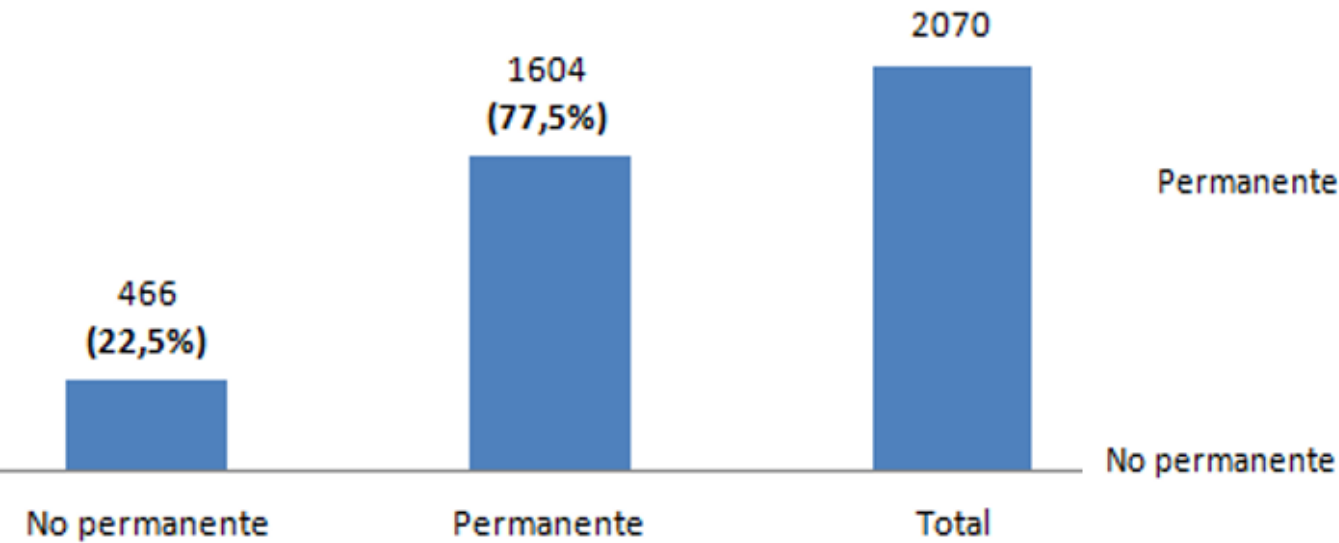
^d Economía de la Salud, Boehringer-Ingelheim España, Sant Cugat del Vallès, Barcelona, España

^e Pla Director de la Malaltia Vascular Cerebral de Catalunya, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España

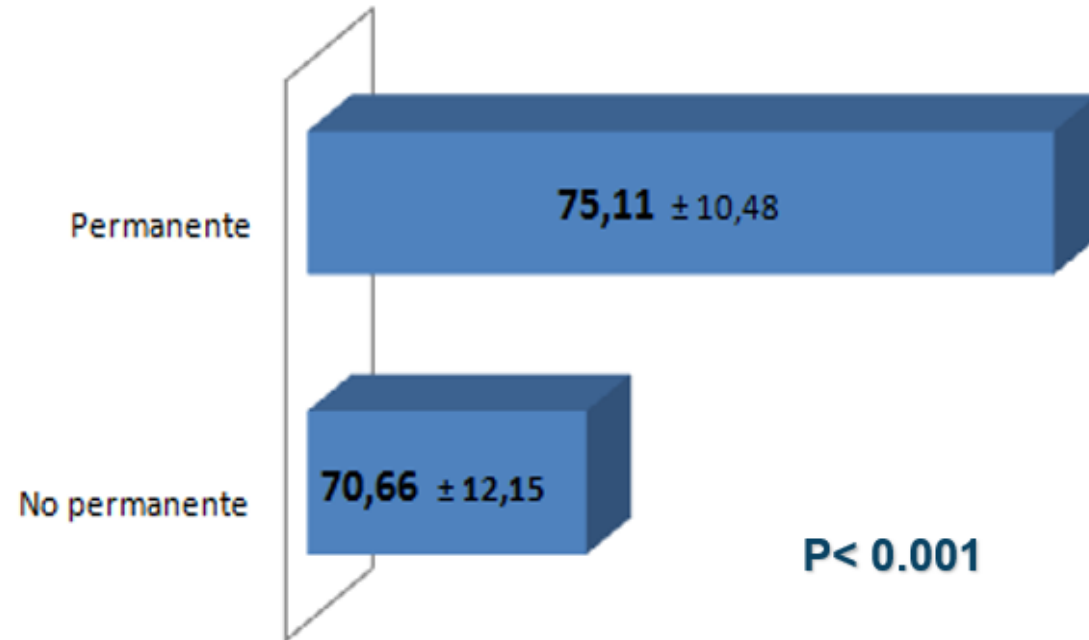
- Un estudi recent en població no hospitalitzada > 60 anys va establir prevalença de **11%**. A més, 1 /5 casos d'FA en > 60 anys no era prèviament conegut

➤ Fibrilación Auricular en AP. Estudio FIATE.

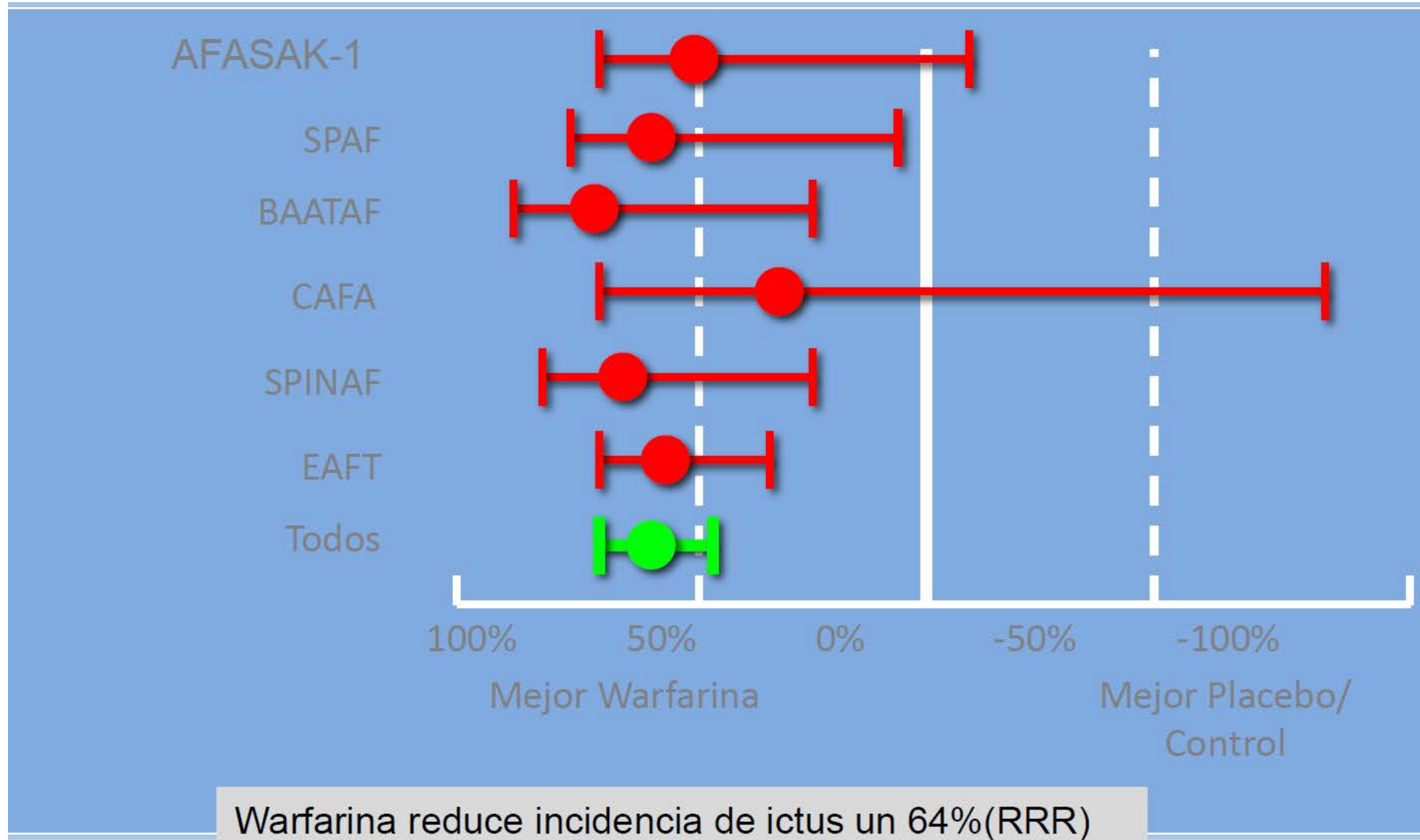
Pacientes incluidos en análisis y tipo FA



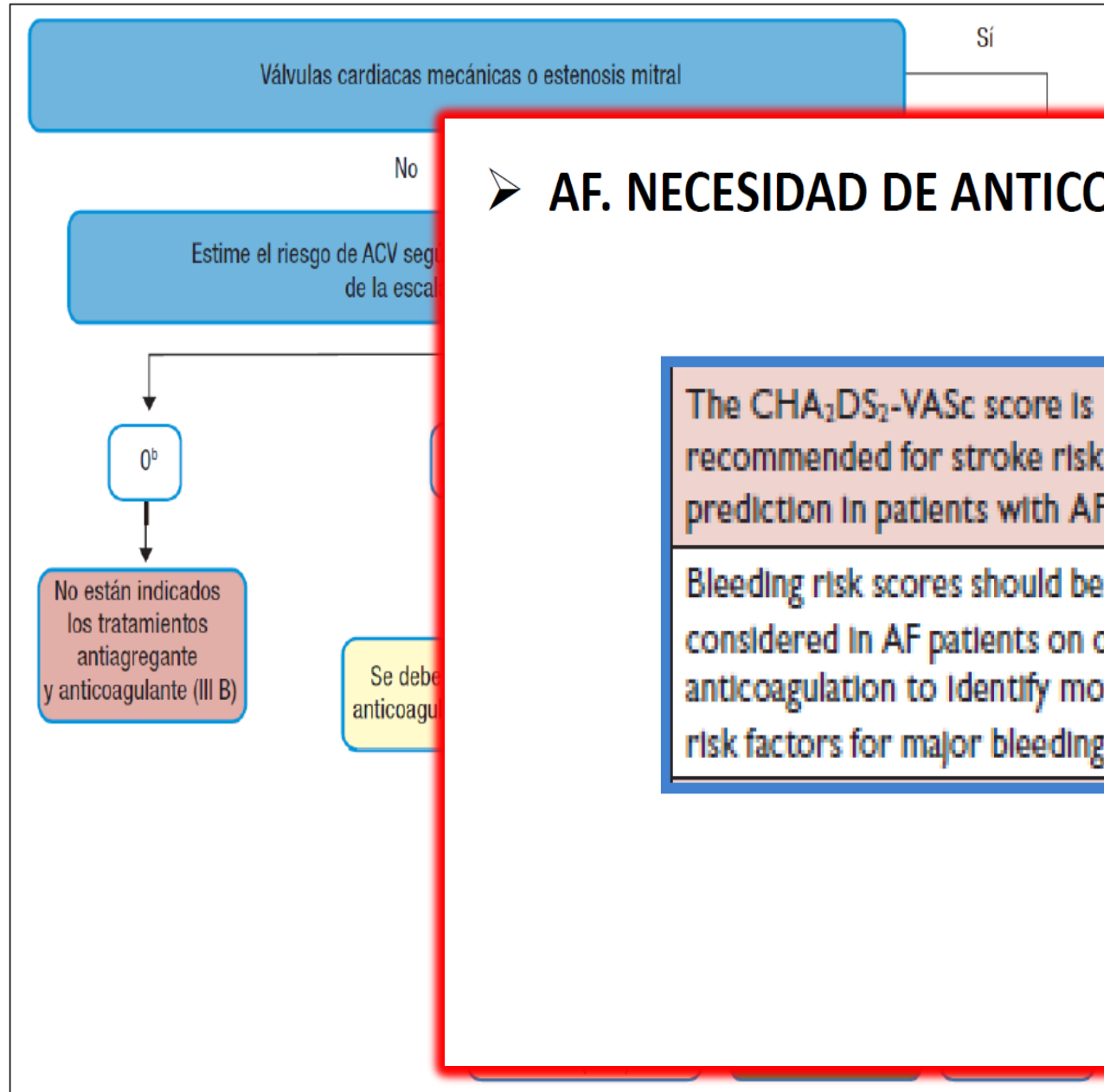
Edad (media) según tipo de FA



84% pacientes en tratamiento anticoagulante, sobre todo FA permanente.
Control frecuencia en 4/5 pacientes.



Guías ESC 2016 – Fibrilación Auricular



➤ AF. NECESIDAD DE ANTICOAGULACIÓN.

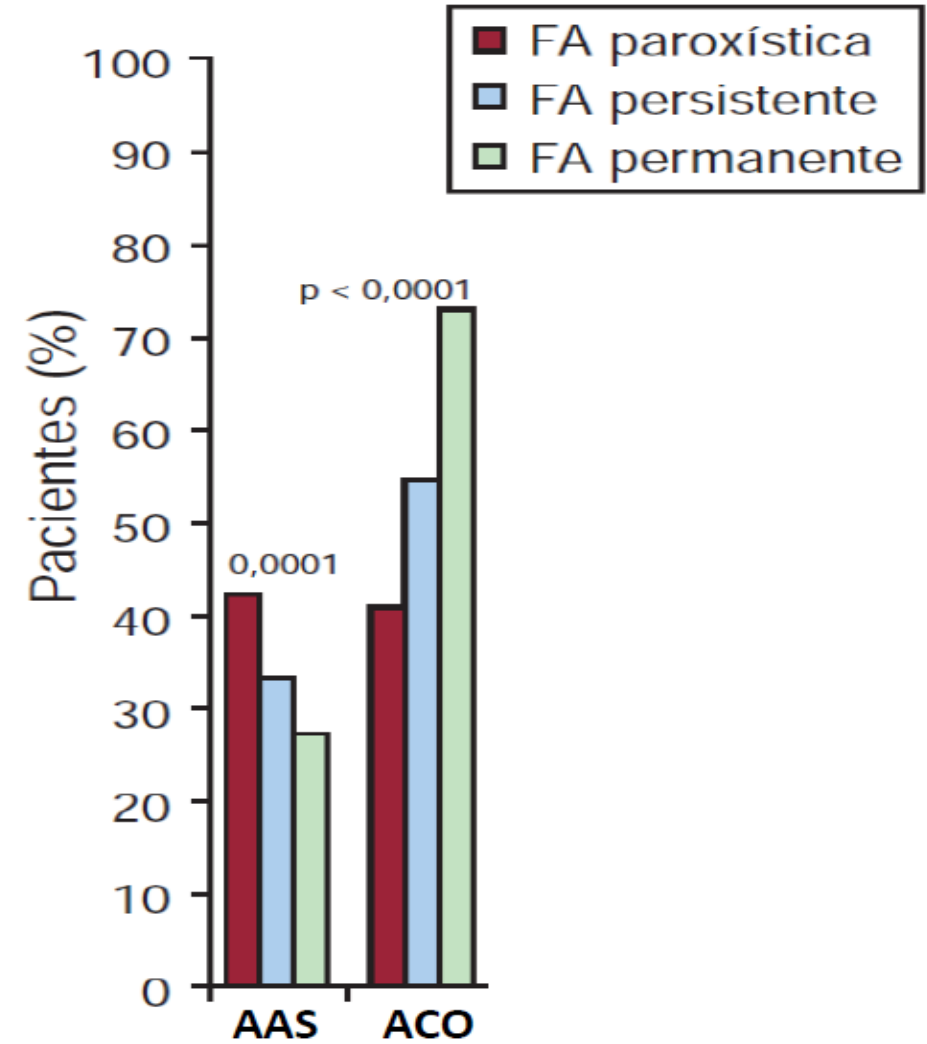
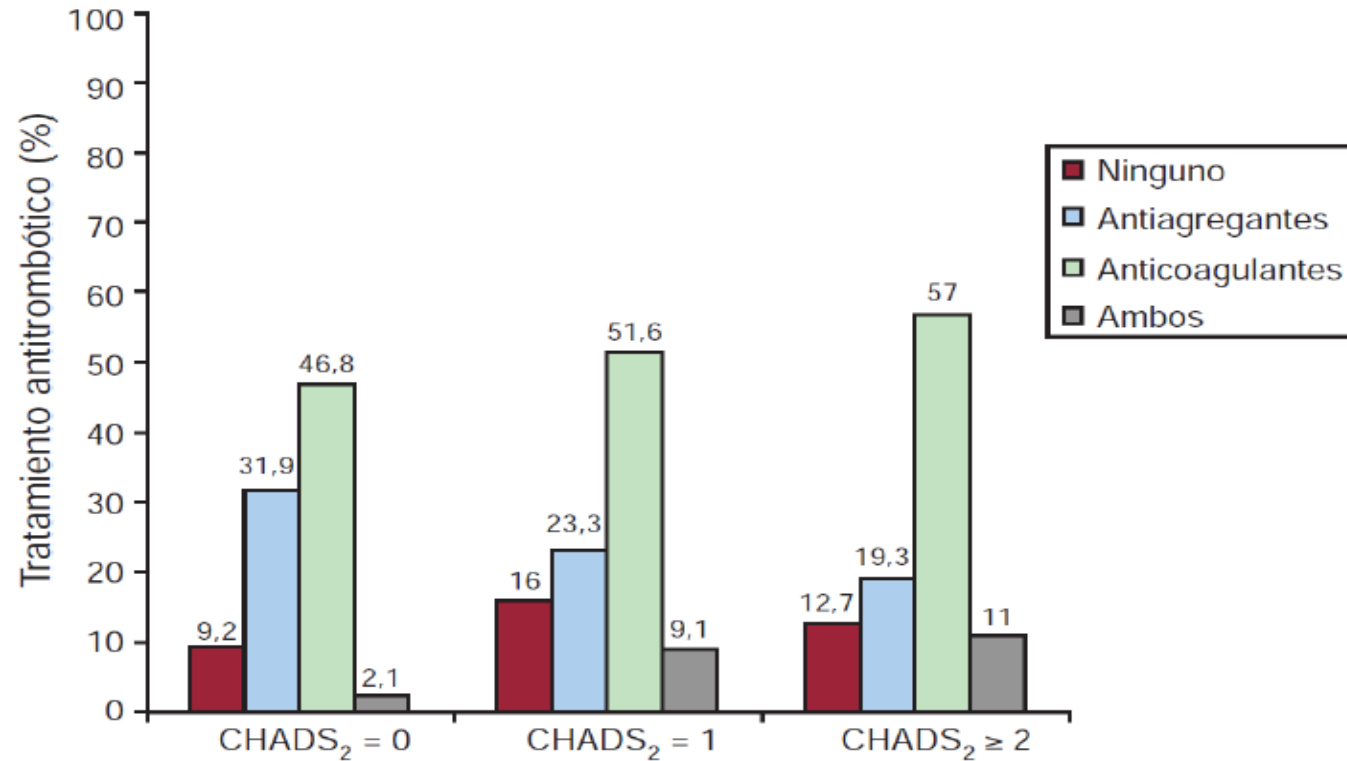
The CHA ₂ DS ₂ -VASc score is recommended for stroke risk prediction in patients with AF.	I	A
Bleeding risk scores should be considered in AF patients on oral anticoagulation to identify modifiable risk factors for major bleeding.	IIa	B

Datos biodemográficos

Edad (años)	71,9 ± 10,1
Sexo (varones), %	52,3
Índice de masa corporal	28,6 ± 4,5
Antigüedad del diagnóstico de FA (años)	4,6 ± 4,1

Factores de riesgo cardiovascular

Hipertensión arterial (%)	92,6
Hipercolesterolemia (%)	70,6
Hipertrigliceridemia (%)	38,6
Diabetes mellitus (%)	33,7
Síndrome metabólico (%)	32,6





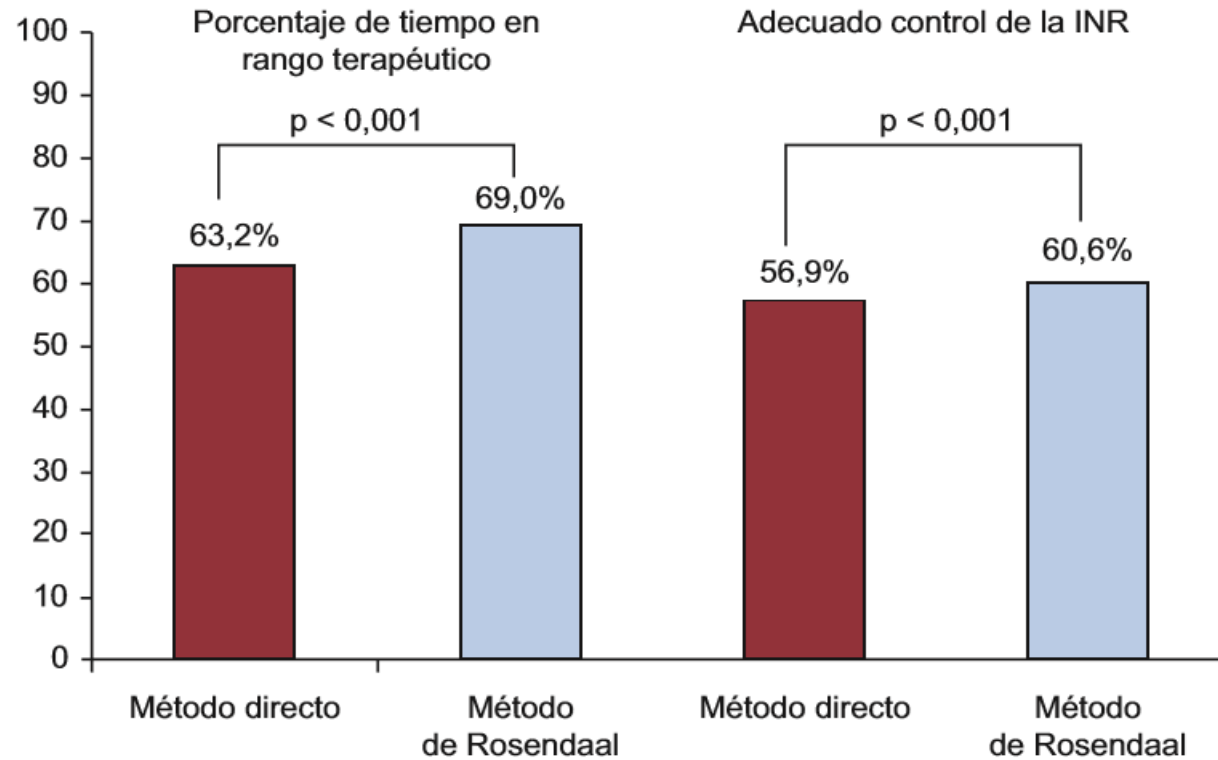
La antiagregación no se recomienda en la prevención de las complicaciones tromboembólicas en el paciente con FA

Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b
No se recomienda el tratamiento antiplaquetario para la prevención de ACV en pacientes con FA, independientemente del riesgo de ACV	III (perjudicial)	A

Variables asociadas con mal control de la razón internacional normalizada (análisis multivariable) según el método directo y el método de Rosendaal

Variable	Método directo		Método de Rosendaal	
	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Antecedentes de INR lábil	7,14 (4,78-10,75)	< 0,001	6,89 (4,69-10,10)	< 0,001
Mujeres	1,55 (1,24-1,93)	< 0,001	1,67 (1,33-2,10)	< 0,001
Hábitos dietéticos	1,38 (1,04-1,85)	0,026	1,44 (1,07-1,92)	0,014
Número total de comprimidos	1,04 (1,01-1,07)	0,005	1,04 (1,01-1,07)	0,007

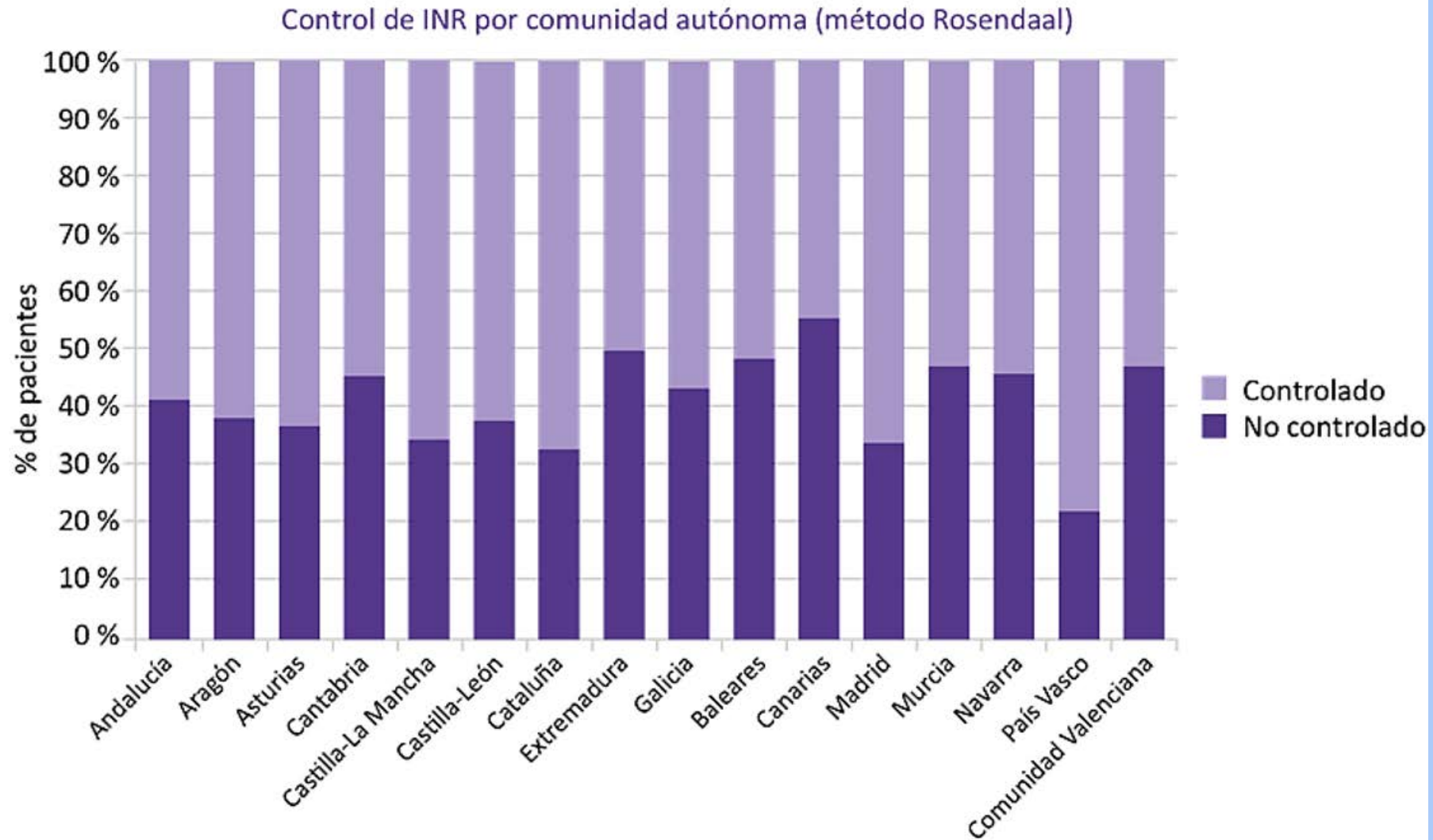
IC95%: intervalo de confianza del 95%; INR: razón internacional normalizada; OR: *odds ratio*.



Estudio Paula

Figura. Porcentaje de tiempo en rango terapéutico y control de la razón internacional normalizada según el método directo y el método de Rosendaal. INR: razón internacional normalizada.

Estudio PAULA (consultas de Atención Primaria)



Editorial

Mal control de la anticoagulación en la fibrilación auricular. ¿Hasta cuándo?

Poor Anticoagulation Control in Atrial Fibrillation: How Much Longer?

José López-Sendón* y José Luis Merino

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Instituto de Investigación La Paz (IdiPAZ), Madrid, España

Tabla 1

Opciones terapéuticas para pacientes con fibrilación auricular y mal control de la anticoagulación

Opción	Comentario
Suspensión de anticoagulación	Es la opción más frecuente cuando el mal control se asocia a hemorragias
Control en servicio de hematología	Escasa mejoría esperable. El control inadecuado depende de factores independientes del ajuste de INR
Cambio a antiagregantes	No son efectivos en la prevención de la embolia sistémica
Cambio a heparina no fraccionada o de bajo peso molecular	Incómodo. Solo recomendable para pacientes seleccionados (p. ej., embarazo)
Nuevos anticoagulantes orales	Probablemente la mejor opción
Cierre de orejuela	Probablemente opción reservada a pacientes seleccionados (con episodios embólicos y hemorrágicos) en tratamiento con nuevos anticoagulantes orales)

INR: cociente internacional normalizado.



Situaciones en pacientes con FANV en las que los ACOD pueden considerarse una opción terapéutica en el marco del SNS

4.2.1. Situaciones clínicas:

- **Pacientes con hipersensibilidad conocida o con contraindicación específica al uso acenocumarol o warfarina.**
- **Pacientes con antecedentes de hemorragia intracraneal (HIC)** (excepto durante la fase aguda) en los que se valore que los beneficios de la anticoagulación superan el riesgo hemorrágico.
- **Pacientes con ictus isquémico que presenten criterios clínicos y de neuroimagen de alto riesgo de HIC**, definido como la combinación de HAS-BLED ≥ 3 y al menos uno de los siguientes: leucoaraiosis grado III-IV [25] y/ o microsangrados corticales múltiples [26]. Los ACOD podrían representar un beneficio en comparación con AVK en estos pacientes debido a su menor potencial para inducir HIC [14-16, 18; ANEXO I].
- **Pacientes en tratamiento con AVK que sufren episodios tromboembólicos arteriales graves a pesar de un buen control de INR.** Entre otras opciones terapéuticas, los ACOD podrían representar una alternativa en estos pacientes.

4.2.2. Situaciones relacionadas con el control de INR

- **Pacientes que han iniciado tratamiento con AVK en los que no es posible mantener un control de INR dentro de rango (2-3) a pesar de un buen cumplimiento terapéutico.** Se considerará que el control de INR es subóptimo cuando el porcentaje de tiempo en rango terapéutico (TRT) sea inferior al 65% [27], calculado por el método de Rosendaal [28]. En los casos en los que este método no esté disponible, se considerará que el control de INR es subóptimo cuando el porcentaje de valores de INR dentro de rango terapéutico (TRT directo) sea inferior al 60%. En cualquiera de los supuestos, el periodo de valoración es de al menos los últimos 6 meses, excluyendo los INR del primer mes (en caso de ajuste inicial de dosis) o periodos de cambio debidos a intervenciones quirúrgicas o dentales u otros procedimientos invasivos, etc. que conlleven la modificación de la pauta de AVK.
- **Imposibilidad de acceso al control de INR convencional.**

MODELO
INTEGRADO DE
ASISTENCIA
CARDIOLOGIA
PRIMARIA en el
área de Hospital
Moisés Broggi

Carta científica

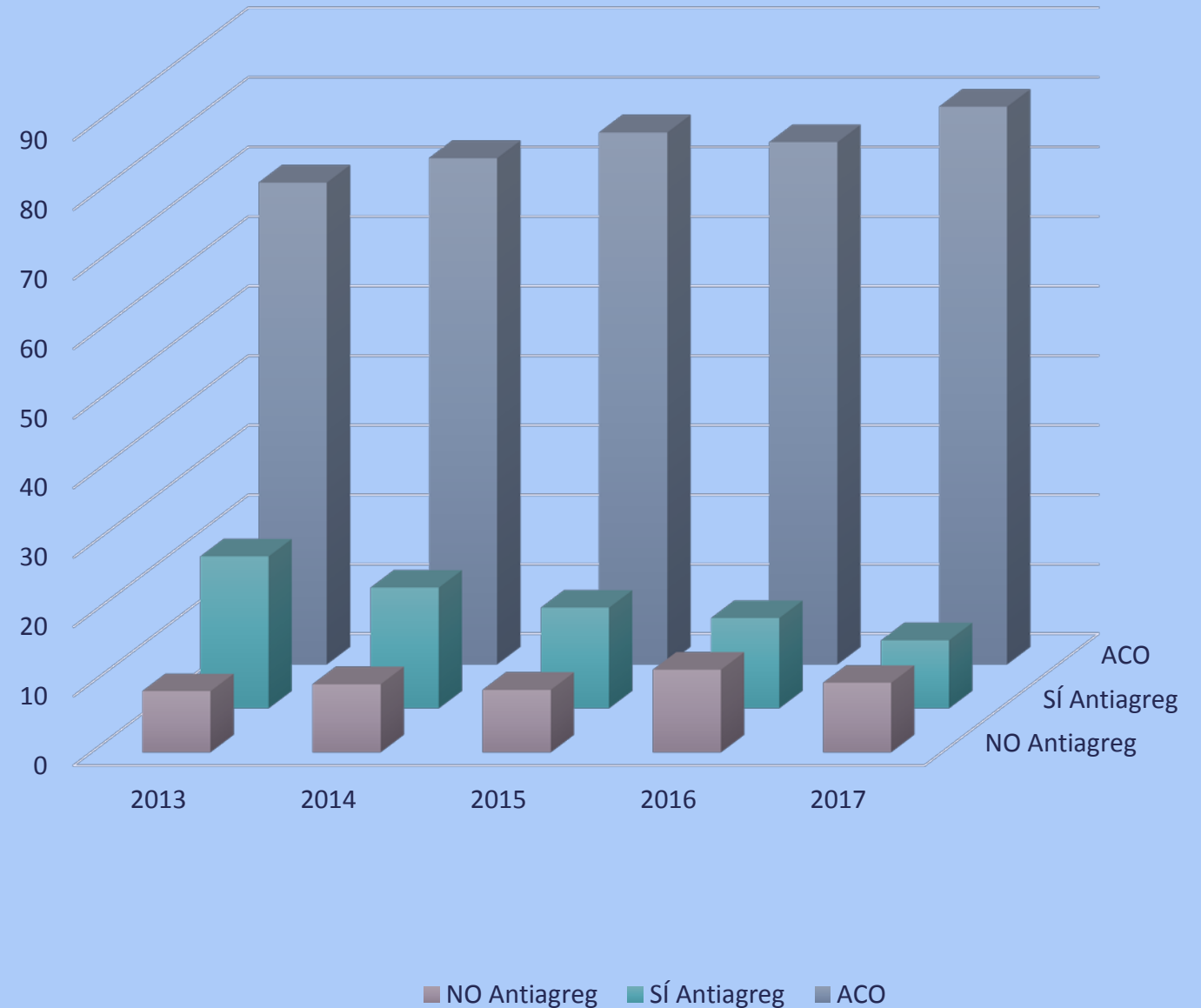
Mejorar la atención médica mediante un modelo integrado de asistencia para pacientes con cardiopatía isquémica o fibrilación auricular

Improving Medical Attention Through an Integral Care Model for Patients With Ischemic Heart Disease or Atrial Fibrillation

Sr. Editor:

MODELO
INTEGRADO DE
ASISTENCIA
CARDIOLOGIA
PRIMARIA en el
área de Hospital
Moisés Broggi

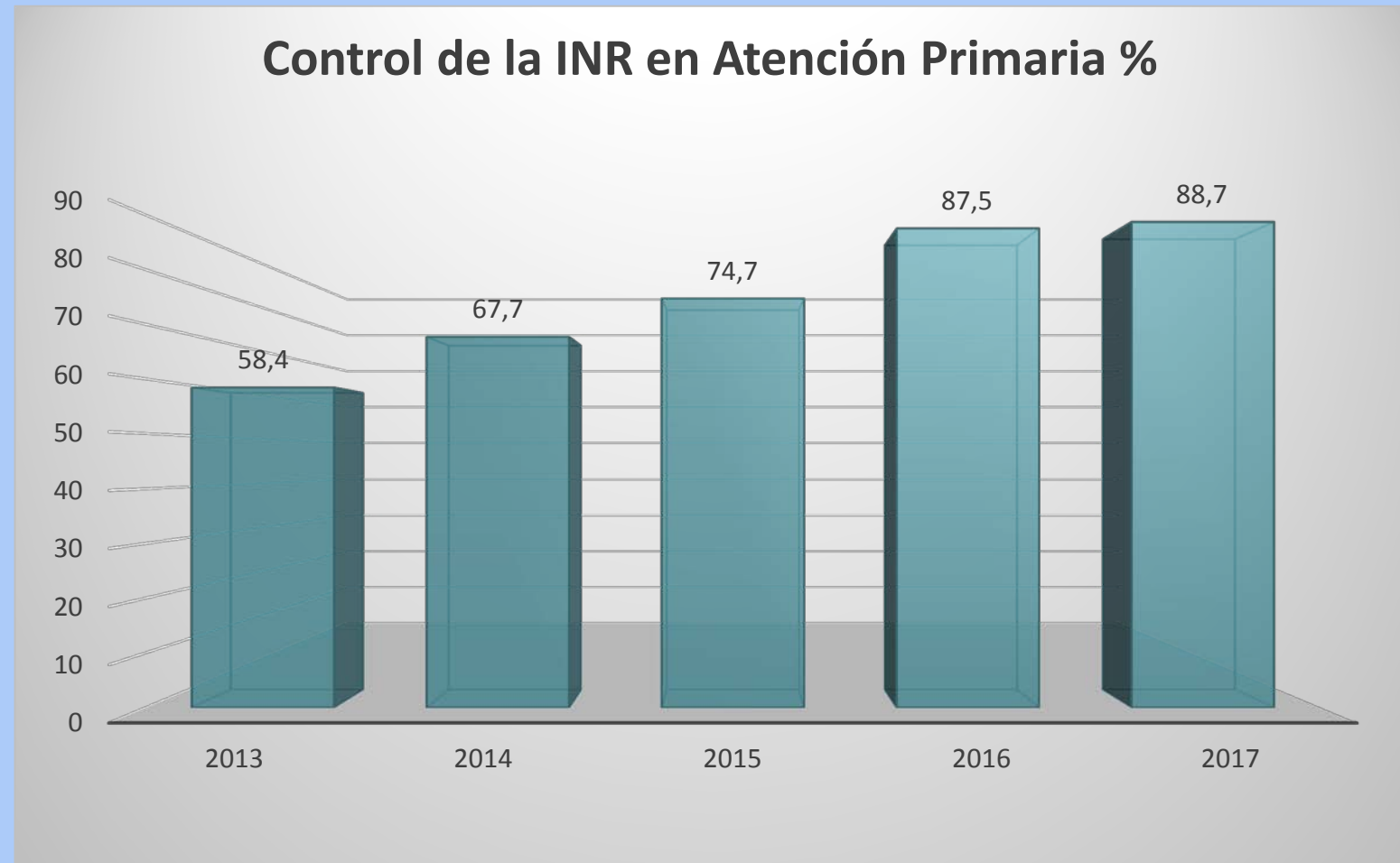
Tratamiento Antitrombótico (No/Sí
antiagr/ACO)%



MODELO
INTEGRADO DE
ASISTENCIA
CARDIOLOGIA
PRIMARIA en el
área de Hospital
Moisés Broggi

<i>Tratamiento antitrombótico (ninguno/antiagregantes/ anticoagulantes), %</i>			<i>< 0,001</i>
2013	8,8/21,9/69,3	7,8/17,4/74,8	
2014	9,8/17,4/72,8	8,6/14,3/77,1	
2015	9,0/14,5/76,5	13,2/14,6/72,2	
2016	11,9/13,0/75,1	7,2/11,8/81,0	
2017	10,0/9,8/80,2	12,6/12,0/75,4	
<i>Pacientes con CHA₂DS₂-VASc conocido, n (media de CHA₂DS₂-VASc)</i>			
2017	974 (3,2)	200 (3,4)	NS
<i>Pacientes con CHA₂DS₂-VASc = 0, n (%)</i>			
2017	49 (5,0)	6 (3,0)	NS
<i>Pacientes anticoagulados con CHA₂DS₂-VASc = 0, n (%)</i>			
2017	16 (32,7)	4 (66,7)	NS

MODELO INTEGRADO ASISTENCIA CARDIOLOGIA PRIMARIA AREA H. MOISES BROGGI



CAE	GTS	Centre	POBLACIÓ RCA 2016 TOTAL
Sant <u>Feliu</u>	Baix Llobregat	AP Corbera de Llobregat	16.791
Cornellà	Baix Llobregat	AP Cornellà - 1 (Martí i Julià)	32.374
Cornellà	Baix Llobregat	AP Cornellà - 2 (St. Ildefons)	25.941
Cornellà	Baix Llobregat	AP Cornellà - 3 (Gavarrà)	13.150
Cornellà	Baix Llobregat	AP Cornellà - 4 (Jaume Soler)	16.666
Cornellà	Baix Llobregat	AP Esplugues de Llobregat-1 (Can Vidalet)	18.399
Cornellà	Baix Llobregat	AP Esplugues de Llobregat-2 (Lluís Millet)	28.634
Sant <u>Feliu</u>	Baix Llobregat	AP <u>Molins</u> de Rei	28.996
Sant <u>Feliu</u>	Baix Llobregat	AP St. Feliu de Llobregat-1 (El Pla)	17.569
Sant <u>Feliu</u>	Baix Llobregat	AP St. Feliu de Llobregat-2 (La Rambla)	26.357
Cornellà	Baix Llobregat	AP St. Joan Despi-1 (Verdaguer)	20.262
Cornellà	Baix Llobregat	AP St. Joan Despi-2 (Les Planes)	13.236
Cornellà	Baix Llobregat	AP St. Just Desvern	17.095
Sant <u>Feliu</u>	Baix Llobregat	AP Vallirana	21.081
Torrassa	L'Hospitalet	AP Hospitalet de Llobregat3-Collblanc	26.043
Torrassa	L'Hospitalet	AP Hospitalet de Llobregat4-La Torrassa	26.870
Torrassa	L'Hospitalet	AP Hospitalet de Llobregat7-Florida nord	21.423
Torrassa	L'Hospitalet	AP Hospitalet de <u>Llobregat 8</u> -Florida sud	22.323
Torrassa	L'Hospitalet	AP Hospitalet de Llobregat 9-Pubilla Cases	28.563

S'hi inclourà la població de **> 60 anys** que contacti amb el sistema sanitari amb l'objectiu de:

- Detectar casos incidents
- Revisar maneig casos prevalents.

Contact Us



Ruta Fibril·lació Auricular

Ruta Assistencial

Servei d'Atenció Primària Baix Llobregat Centre
 Servei d'Atenció Primària Delta del Llobregat
 Consorci Sanitari Integral

1.- Millorar l'atenció a la FA:

- cooperació entre professionals,
- coordinació entre proveïdors,
- establiment i optimització dels circuits
- promoció de la bona pràctica
- recurs més adient a la situació



La població amb FA **diagnosticada i no diagnosticada** així com la població **en risc** de desenvolupar-la.

2.- Reducció morbimortalitat de la FA

- millorar resultats en salut
- qualitat de vida

DERIVACIO A CARDIOLOGIA. CRITERIS DE DERIVACIO.

- **FA de Nova presentació**
- Control inadequat, malgrat tractament correcte en Atenció Primària
- Necessitat de valoracions posteriors (sospita de malaltia valvular, insuficiència cardíaca moderada a greu).
- Valoració de l'ACO en casos intermedis
- Pacients tributaris de cardioversió: primer episodi en pacients sense o amb escassa cardiopatia estructural, o en pacients amb episodis de FA paroxística / persistent simptomàtica
-
- **FA paroxística**
- • Les anteriors i en casos de dubtes sobre el diagnòstic o en casos amb símptomes prou importants per garantir l'eficàcia dels antiarítmics
- • Recurrència de FA paroxística molt simptomàtica malgrat tractament farmacològic
- • Indicació d'ablació de FA.
- En cas de dubtes diagnòstics i alta sospita de FA.

prsf632 - Intel·ligència Activa Clínica

CONRADO BAETA BUIL (HOME, 69 ANYS) **GMA 2** 1,5% reingr. BABU050022200 eCon

Seguiment Procediment S. Analític Imatg

Totes Més Seg.

19/03/2019

Tabaquisme

Alcohol (grau de risc)

Hàbits alimentaris

Activitat física

Pressió Arterial Sistòlica

Pressió Arterial Diastòlica

Freqüència cardíaca

Ritme cardíac

Pes

IMC - Índex de Massa Corporal

Perímetre abdominal

Glicèmia venosa dejú 97,308 82 93 96 97,308

Creatinina Sèrum 0,8249 0,81 0,71 0,96 0,8249

Filtrat glomerular (fórmula MDRD) 60 60

Filtrat glomerular (fórmula CKD_EPI) 90 90 98,46 90

Àcid Úric (Sang) 4,872 5,6 4,872

Colesterol total 196,7794 186,234 241 196,7794

HDL-Colesterol 71,1344 51,44 4,6 68,7 71,1344

LDL-Colesterol 108,248 110 143,8 146,5 108,248

Triglicèrids (dejú)(TG) 86,625 66 78 137 86,625

Risc coronari (REGICOR) +

GPT(ALT) 19 25 21 25 19

<VVK4011>

Talla: Braç Control PA:

Valors de la variable

Buscar %

Valors	Descripció
Ritm	Ritmica
Aritm	Aritmica

Buscar Aceptar Cancelar

funcion*

HTA D T S

OBES S

HBP T S

19/03/2019

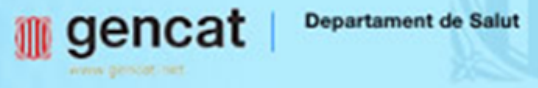
RITMICA/ARITMICA

Totes

09/11/2018

Escala CHA2DS2-VASc - Windows Internet Explorer

http://p400.ecap.intranet.gencat.cat/ecap/ajuda/suport/CHA2DS2-VASc.htm



CHAD2VASc

Escala de risc embòlic (CHA₂DS₂-VASc)

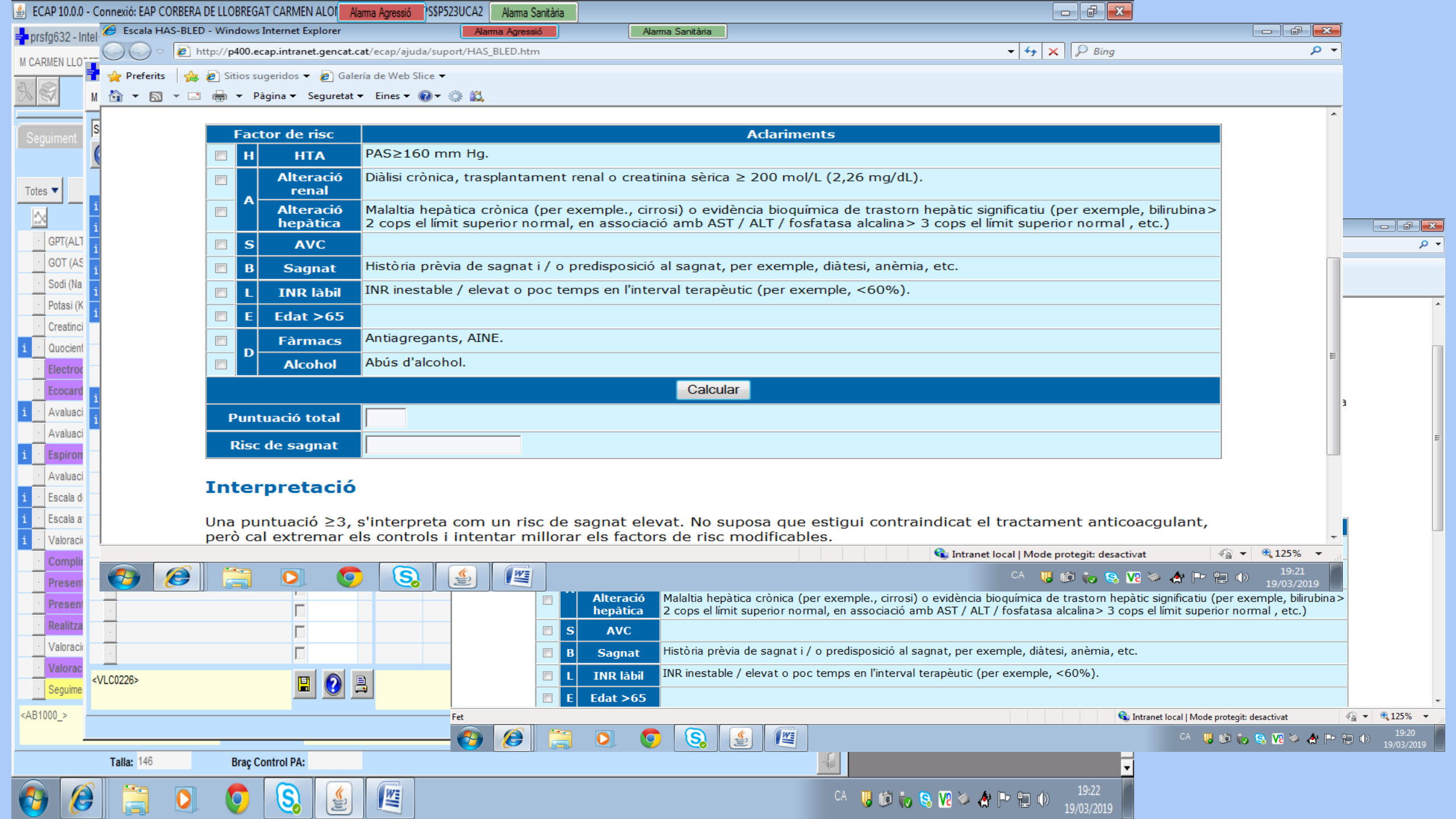
Escala CHA2DS2-VASc - Windows Internet Explorer

http://p400.ecap.intranet.gencat.cat/ecap/ajuda/suport/CHA2DS2-VASc.htm

Factor de risc	Puntuació
Insuficiència cardíaca congestiva / disfunció ventricular esquerra (FE <40%)	<input checked="" type="radio"/> No (0 punts) <input type="radio"/> Sí (1 punt)
HTA	<input checked="" type="radio"/> No (0 punts) <input type="radio"/> Sí (1 punt)
Edat	<input type="text"/> (65-74: 1 punt; ≥75: 2 punts)
Diabetis <i>mellitus</i>	<input checked="" type="radio"/> No (0 punts) <input type="radio"/> Sí (1 punt)
AVC / AIT / tromboembòlia	<input checked="" type="radio"/> No (0 punts) <input type="radio"/> Sí (2 punts)
Malaltia vascular (Infart de miocardi previ, malaltia arterial perifèrica, placa aòrtica)	<input checked="" type="radio"/> No (0 punts) <input type="radio"/> Sí (1 punt)
Sexe	<input checked="" type="radio"/> Home (0 punts) <input type="radio"/> Dona (1 punt)
Calcular	
Puntuació total (CHA2VASc2)	<input type="text"/>
Recomanació (segons les Guías de pràctica clínica para el manejo de la fibrilación auricular)	<input type="text"/>
(CHADS2)	<input type="text"/>

Fet



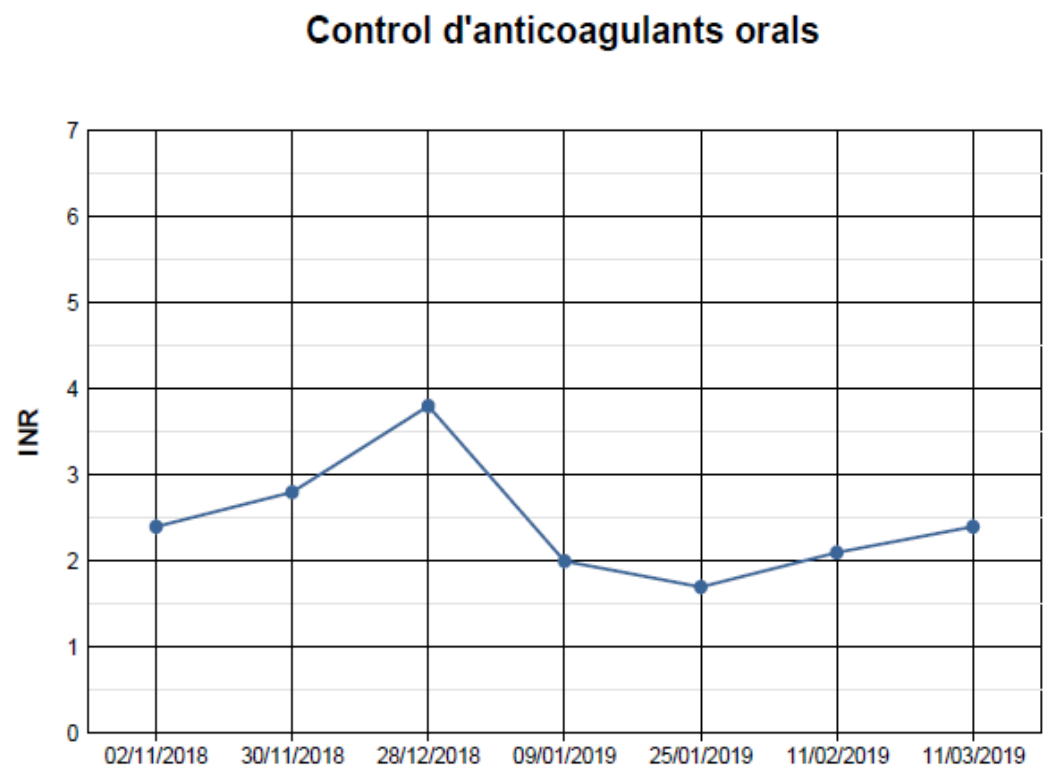


Factor de risc		Aclariments
<input type="checkbox"/>	H HTA	PAS ≥ 160 mm Hg.
<input type="checkbox"/>	A	Alteració renal: Diàlisi crònica, trasplantament renal o creatinina sèrica ≥ 200 mol/L (2,26 mg/dL).
<input type="checkbox"/>		Alteració hepàtica: Malaltia hepàtica crònica (per exemple., cirrosi) o evidència bioquímica de trastorn hepàtic significatiu (per exemple, bilirubina > 2 cops el límit superior normal, en associació amb AST / ALT / fosfatasa alcalina > 3 cops el límit superior normal , etc.)
<input type="checkbox"/>	S	AVC
<input type="checkbox"/>	B	Sagnat: Història prèvia de sagnat i / o predisposició al sagnat, per exemple, diàtesi, anèmia, etc.
<input type="checkbox"/>	L	INR làbil: INR inestable / elevat o poc temps en l'interval terapèutic (per exemple, <60%).
<input type="checkbox"/>	E	Edat >65
<input type="checkbox"/>	D	Fàrmacs: Antiagregants, AINE.
<input type="checkbox"/>		Alcohol: Abús d'alcohol.
Calcular		
Puntuació total		<input type="text"/>
Risc de sagnat		<input type="text"/>

Interpretació

Una puntuació ≥ 3, s'interpreta com un risc de sagnat elevat. No suposa que estigui contraindicat el tractament anticoagulant, però cal extremar els controls i intentar millorar els factors de risc modificables.

<input type="checkbox"/>	Alteració hepàtica	Malaltia hepàtica crònica (per exemple., cirrosi) o evidència bioquímica de trastorn hepàtic significatiu (per exemple, bilirubina > 2 cops el límit superior normal, en associació amb AST / ALT / fosfatasa alcalina > 3 cops el límit superior normal , etc.)
<input type="checkbox"/>	S	AVC
<input type="checkbox"/>	B	Sagnat: Història prèvia de sagnat i / o predisposició al sagnat, per exemple, diàtesi, anèmia, etc.
<input type="checkbox"/>	L	INR làbil: INR inestable / elevat o poc temps en l'interval terapèutic (per exemple, <60%).
<input type="checkbox"/>	E	Edat >65



- Liurar
- RE-336
- RE-296
- RE-296
- RE-92
- RE-92
- RE-92
- RE-92
- RE-92
- RE-92
- RE-92
- RE-15

INDÈNCIES

NIDA


Indicador	Resultat	Evolució 3 mesos	Numerador	Denominador
Tires reactives en DM tipus 2				
TIR001 Pacients diabètics tipus 2 amb tractament amb dieta sense tires	85,71		6	7
TIR002 Pacients diabètics tipus 2 amb tractament amb ADO no secretagogs sense tires	92,31		36	39
TIR003 Pacients diabètics tipus 2 amb tractament amb ADO secretagogs amb menys de 4 tires/setmana	88		22	25
TIR004 Pacients diabètics tipus 2 amb tractament amb insulina lenta amb menys de 8 tires/setmana	75		6	8
TIR005 Pacients diabètics tipus 2 amb tractament amb insulina ràpida amb menys de 15 tires/setmana	40		4	10
TAO				
TAO001 Percentatge de pacients amb seguiment complet a AP	38,46		5	13
TAO002 Mitjana de controls anuals (en pacients amb seguiment a AP)	18		90	5
TAO003 Mitjana de dies entre controls (en pacients amb seguiment a AP)	17,68		1.662	94
TAO004 Percentatge de controls en rang terapèutic ampliat (en pacients amb seguiment a AP)	62,77		59	94
TAO005 Percentatge de temps en rang terapèutic ampliat (en pacients amb seguiment a AP)	73,04		1.214	1.662
Atenció a la cronicitat				
CRO001 PCC i MACA amb recomanacions en cas de crisi partit per població assignada (tant per mil)	8,9		17	1.911
Altres indicadors clínics proposats per professionals				
IAD0004 Transaminases elevades sense serologies hepàtiques	28,57		2	7
IAD0005 IC amb escala NYHA	15,15		5	33
IAD0006 MPOC amb escala de la dispnea feta	47,06		8	17

Seguiment anticoagulació oral

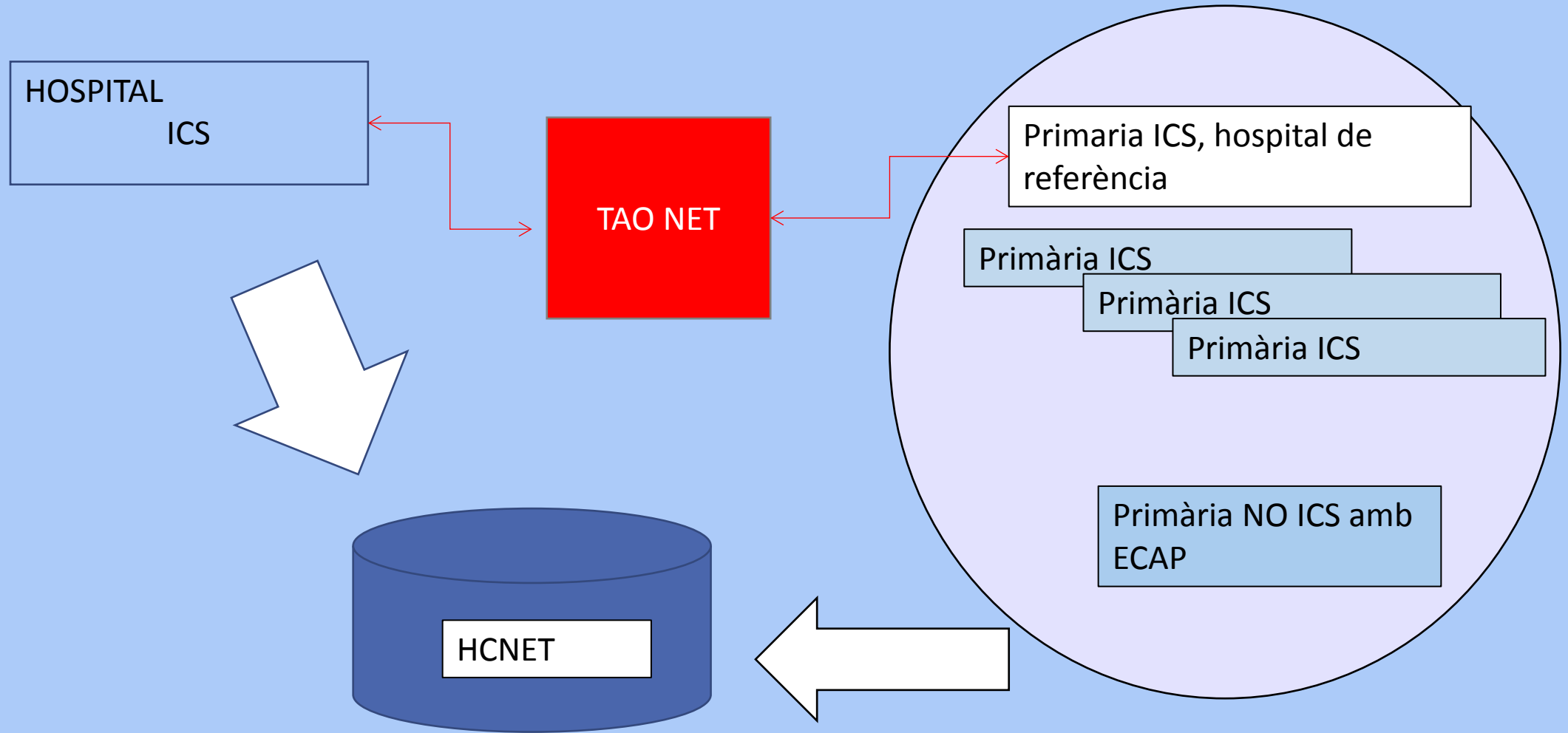
Unitats HC3 Unitats ECAP

  Més ▾

	<input type="checkbox"/> 26/03/2019 	26/02/19	12/02/19	22/01/19	27/12/18	27/11/18	13/11/18	30/10/18	26/02/2019
i <input type="checkbox"/> International Normalized Ratio (INR)	<input type="checkbox"/>	2,6	3	1,9	2,2	2,4	1,7	1,8	2,6
i <input type="checkbox"/> ACO: Dosi de Acenocumarol	<input type="checkbox"/> +	9	9	9	9	8,9	9	8,5	9
i <input type="checkbox"/> ACO: Dosi de Warfarina	<input type="checkbox"/> +								7
i <input type="checkbox"/> ACO: Període de revisió	<input type="checkbox"/>	28	14	21	28	30	14	14	28
i <input type="checkbox"/> ACO: Rang terapèutic inferior	<input type="checkbox"/>	2	2	2	2	2	2	2	2
i <input type="checkbox"/> ACO: Rang terapèutic superior	<input type="checkbox"/>	3	3	3	3	3	3	3	3
<input type="checkbox"/> Factors alteració INR	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/> Manifestacions hemorràgiques en ACO	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/> Nombre de caigudes darrer any	<input type="checkbox"/>								
i <input type="checkbox"/> Escala de risc d'embòlia CHA2DS2-VASc	<input type="checkbox"/> +								
i <input type="checkbox"/> Escala de risc d'hemorràgia (HAS-BLED)	<input type="checkbox"/> +								
i <input type="checkbox"/> ACO. Temps en rang(%) 6 mesos	<input type="checkbox"/>	72,64	72,64	73,7	72,96	56,29	56,01	60,33	72,64
i <input type="checkbox"/> ACO. Temps en rang(%) 12 mesos.	<input type="checkbox"/>	61,29	57,46	57,39	59,78	59,78	61,42	64,43	61,29
i <input type="checkbox"/> ACO. Temps en rang (%) 24 mesos	<input type="checkbox"/>	58,96	58,89	59,19	60,38	60,38	61,2	63,12	58,96
<input type="checkbox"/> Indicació del tractament anticoagulant	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

Comunicació ECAP-TaoNet



Dosificar al Hospital

Suggestor

Gestió TAO

Modalitat de control de TAO *:

[no informat]

*: els canvis a la modalitat de control es guardaran automàticament

Medicament: WARFARINA

Rang Terapèutic 1 - 7

Valor alarma: 7

ANÀLISI D'ESTAT

	Resultat INR	Dosi Suggestida	Dosi pautaada
15/10/2015	4		<input type="text"/>
14/10/2015	3,8	2,5	
21/09/2015	4,9	2,5	

Gràfica Evolució

COMENTARI INR

DESCRIPCIÓ

ANÀLISI DE TENDÈNCIES

PROPERA VISITA

Període control suggerit: diesProper control: dies

SUGGERIMENT:

Dosi:

mg/setmana

OBSERVACIONS DIAGNÒSTICS I TRACTAMENTS RELLEVANTS

Diagnòstics:

Tractaments:

La dosi proposada, el període de revisió i el quadre de dosificació són només una recomanació del programa. L'únic criteri vàlid és el del professional responsable.

Quadre Dosificació

 Imprimir el segon full del quadre de dosificació

 Català


Comunicació ECAP-TaoNet

MAMO TAO TAO (DONA, 48 ANYS)

Modalitat de control de TAO *: *: els canvis a la modalitat de control es guardaran automàticament

Medicament: WARFARINA

Rang Terapèutic 1 - 7 Valor alarma: 7

ANÀLISI D'ESTAT

	Resultat INR	Dosi Suggestida	Dosi pautaada
15/10/2015	4		<input type="text"/>
14/10/2015	3,8	2,5	
21/09/2015	4,9	2,5	

Gràfica Evolució

COMENTARI INR

DESCRIPCIÓ

PROPERA VISITA

Període control suggerit: dies

Proper control: dies

SUGGERIMENT:

- Atenció Primària
- [no informat]
- Atenció Primària
- Especialitzada
- Autocontrol
- Autoanàlisi
- Domicili
- Altra
- Control primària/Dosificació esp.

Limitaciones del tratamiento con AVK

Respuesta impredecible

Ajustes frecuentes de la dosis

➤ AF. ANTICOAGULANTES (ANTIVITAMINA K).

Intervalo terapéutico estrecho (rango)

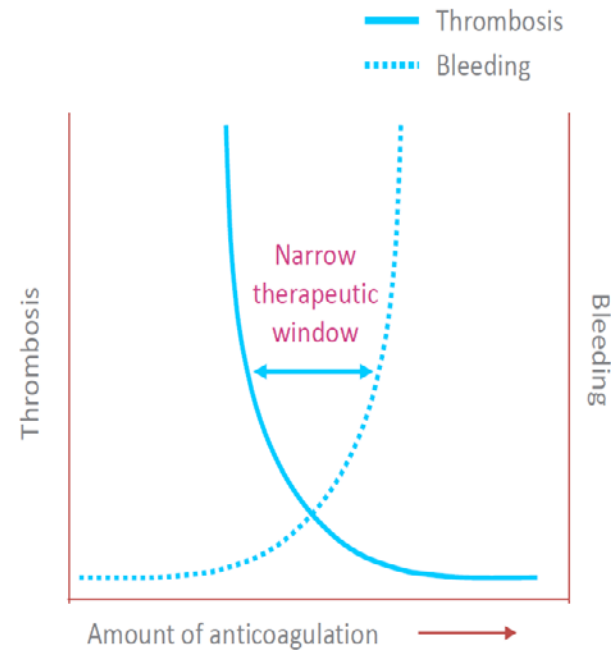
Numerosas interacciones entre alimentos y fármacos

Control sistémico de la coagulación

Numerosas interacciones farmacológicas

Aparición de sangrados
Desaparición de la acción

Resistencia a la warfarina



Los ACOD mostraron un perfil riesgo-beneficio favorable frente a AVK

Los meta-análisis de los ensayos de fase III sobre prevención de **ictus** y ES en pacientes con FA demostraron vs AVK:

19 % de reducción de ictus/ES

52 % de reducción de HIC

14 % de reducción de hemorragia mayor

25 % de incremento de hemorragia GI

La eficacia y la seguridad relativas de los ACOD fueron constantes en todo el espectro de pacientes con FA

ANTICOAGULANTE IDEAL.

- EFICAZ.
- BAJO RIESGO DE SANGRADO.
- DOSIS FIJA.
- BUENA BIODISPONIBILIDAD ORAL.
- NO NECESIDAD DE MONITORIZACIÓN RUTINARIA.
- REVERSIBLE.
- RÁPIDO INICIO DE ACCIÓN.
- ESCASA INTERACCIÓN CON ALIMENTOS U OTROS FÁRMACOS.
- ANTÍDOTO DISPONIBLE.

Updated European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation

Actualización sobre los NACO en pacientes con FA no valvular.

Estos fármacos han demostrado, con respecto a los antivitaminas K, un mejor cociente eficacia/seguridad, efectos predecibles sin necesidad de monitorización rutinaria, y menores interacciones dietéticas y farmacológicas.

www.NOACforAF.eu

NACOS Y DOSIS APROBADAS EN LA PREVENCIÓN DE EMBOLIA SISTÉMICA Y STROKE EN PACIENTES CON FA NO VALVULAR

Dabigatran

Arixaban

Edoxaban

Rivaroxaban

La European Heart Rhythm Association (EHRA) recomienda en su Guía sobre la utilización de los NACO un seguimiento que incluye variables clínicas y analíticas. Propone una primera visita al mes y, posteriormente, cada 3 meses, pudiendo modificarse en función de los hallazgos o problemas detectados en cada paciente en particular.

La Sociedad Española de Calidad Asistencial recomienda elaborar un listado de verificación (*check list*) para el manejo seguro del paciente con NACO basado en la Guía de la EHRA.

- **o paciente fragil:** función renal cada 6 meses.
- Si $CICr \leq 60$ ml/min: comprobar cada (en meses) = " $CICr / 10$ " (p. ej., cada 4 meses si $CICr = 40$)
- **En caso de problema intercurrente que pudiese afectarlas:** función renal y/o hepática

Fecha	Creatinina suero	Clearance creatinina	Hemoglobina	Función hepática

Antiplaquetario(s) simultáneos: tipo, indicación, fecha de inicio y finalización:

Fibrilación Auricular Tarjeta de Anticoagulación oral

para anticoagulantes no cumarínicos (NOACs)

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Anticoagulante oral: _____

Dosis: _____

Frecuencia: _____

Con o sin comida: _____

Iniciado en: _____



GRÀCIES

