

ANTIAGREGANTS I ANTICOAGULANTS

Contraindicació, Convivència o Sinergia

Dr Xavier Borràs. Cardiòleg. Hospital de Sant Pau
Dra Elisenda sant. Metge de família. CAP Casanova. CAPSBE

CAP (Caverna Assistencial Paleolítica) LES COVES



CIP: HUGH000000001

Bruixot de capçalera

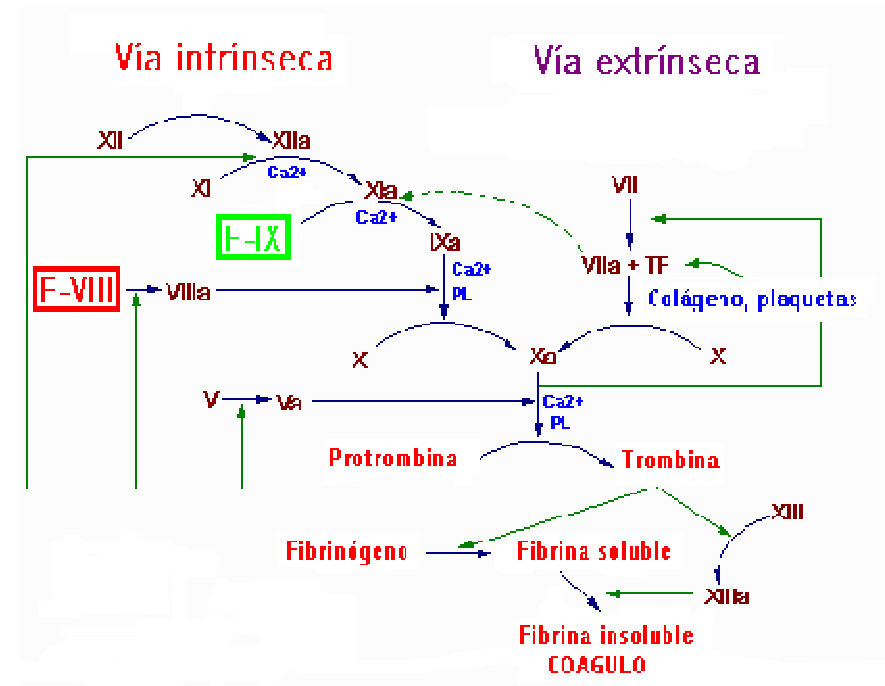
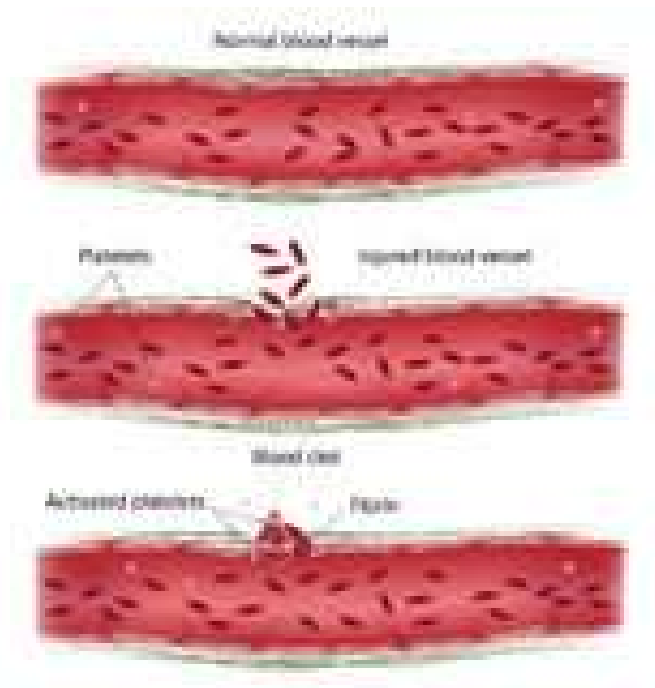
Motius de consulta freqüents:

- Mossegada d'ós de les caveres
- Ferida per cop de pedra del Neanderthal de la tribu del costat
- Hemorràgia postpart...

A la Natura, el risc és morir-se d'hemorràgia

Mecanismes biològics desenvolupats de coagulació:

- Ràpids
- Redundants
 - Activació via activació plaquetar
 - Activació via cascada de la coagulació



CAP (Centre Atenció Primària) LES COVES



CIP: PEPE1101010001

Metge de capçalera

Motius de consulta freqüents:

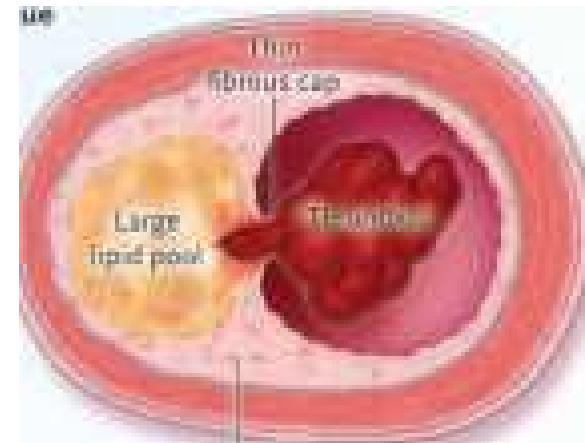
- Infart de miocardi
- Embòlia cerebral
- TEP
- Isquèmia EEII
- Estenosi carotídia
- Trombosi venosa profunda

Activació de la coagulació per:

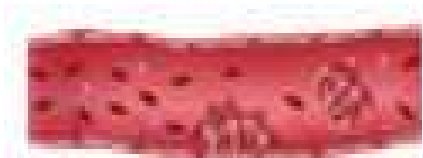
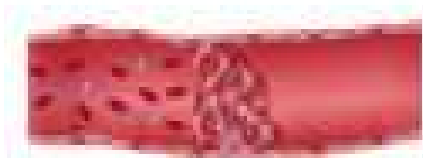
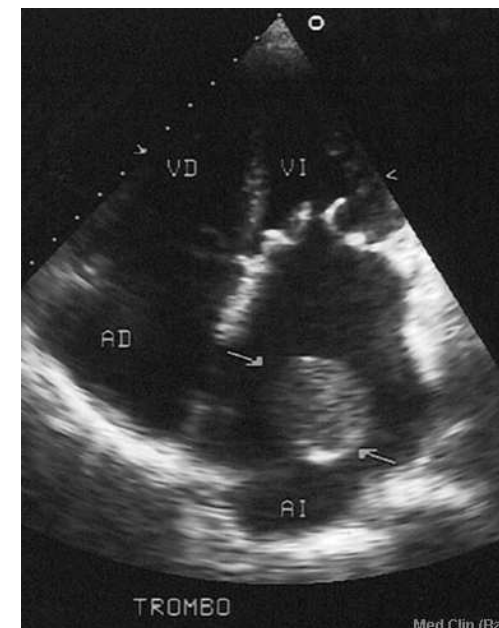
- Ateromatosis
- Disfunció endotelial
- Estasis sanguini
- Traumatisme vascular
- Factors procoagulants

Grandària
del vas

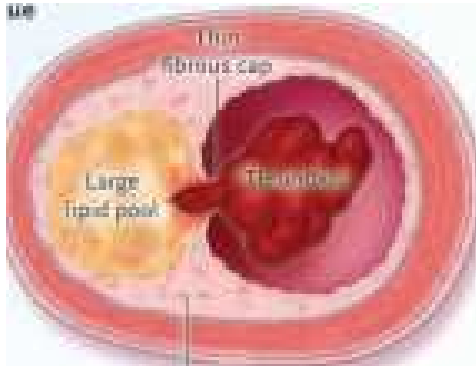
petit



gran



Vas petit



**Agregació
plaquetar**



**Trombosis
local**



**Oclusió
del vas**



**Isquèmia
local**

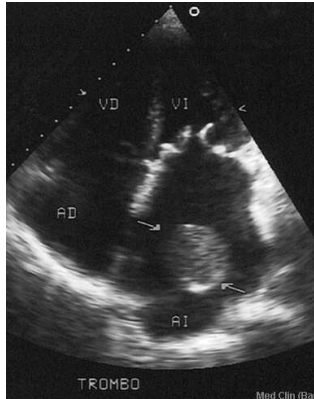
Síndromes clínics

Infart de miocardi
Angina inestable
Infart cerebral
Isquèmia aguda vascular
Trombosis de l'estent

Profilaxi farmacològica

Antiagregants plaquetaris

Vas gran



**Agregació
plaquetar**

**Estasis
sanguini**

**Trombosis
local**

**NO
oclusió
del vas**

**Fenomen
embòlic**

**Isquèmia a
distància**

Síndromes clínics

TVP

TEP

Embòlia cerebral

Embòlia perifèrica

Profilaxi farmacològica

Anticoagulants

Què passa quan s'associa una situació clínica de vas gran, amb una de vas petit?

Necessitem els 2 tractaments: Anticoagulant + Antiagregant

CONSEQÜÈNCIES:

- Reduïm el fenomen trombòtic (vas petit)
- Reduïm el fenomen embòlic (vas gran)
- Augmentem el risc d'hemorràgia greu
- Augmentem el risc de la cirurgia i l'intervencionisme



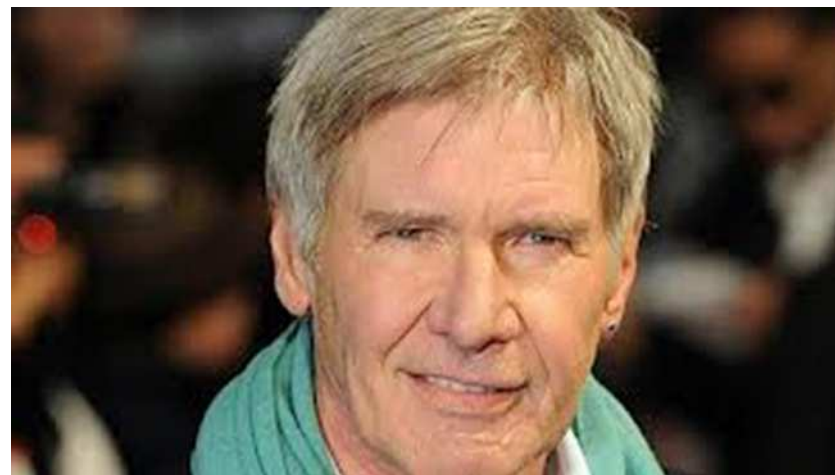
RISC o BENEFICI?



Home de 73 anys. HTA i DM2.

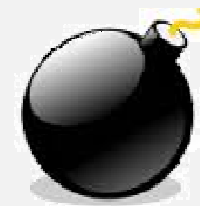
Ingrés per codi infart amb SCA a cara anterior. Angioplàstia (ICP) primària amb implantació de Stent farmacoactiu a DA. Bona evolució. Alta als 4 dies amb doble antiagregació.

Als 3 mesos arriba a urgències amb clínica de palpitations:
FA 140x' sense angor.
Amb amiodarona passa a ritme sinusal.



Tractament a l'alta:

- AAS
- Clopidogrel
- Sintrom
- Amiodarona 200mg/24h
- Enalapril 10m/24h
- Metformina 850mg/8h
- Atorvastatina 4mg/24h



1.- debut FA i ACO

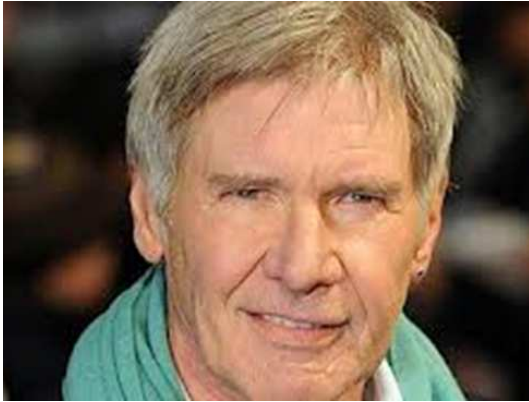
2.- risc benefici: risc
hemorràgic

3.- doble antiagregació + ACO:
gastroprotecció?
- omeprazol vs pantoprazol

4.- ticagrelor + sintrom?
consulta



Dra E. Sant. Metge de Família



1.- debut FA i ACO **AP**

3.- doble antiagregació + ACO:
gastroprotecció?
- omeprazol vs pantoprazol **AP**

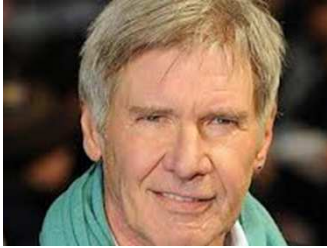
2.- risc benefici: risc
hemorràgic **AP**

4.- ticagrelor + sintrom?->
consulta **Cardio**



Dra E. Sant. Metge de
Família

Cas 1



1.- debut FA i ACO **AP**



Tipus FA:

FA de debut

Coneixem estat previ?

Tres mesos abans presentava RS (alta hospitalària)

Podem saber quants dies portava amb FA?

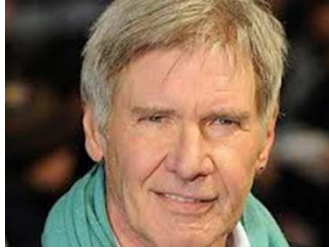
Mr. Ford: I have had palpitation since 1 hour before coming to the Emergency Room.

1) Control de símptomes
Inestabilitat
hemodinàmica

2) Prevenció ictus
CHADS2
CHADS₂vasc

3) Control de freqüència
vs control del ritme

Amiodarona → RS
AC: rítmic a 74x



1.- debut FA i ACO **AP**

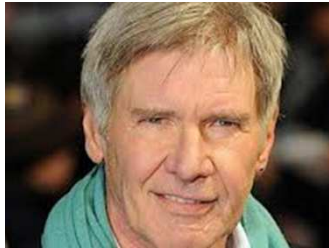
3) Prevenció ictus



Dra E. Sant. Metge de Família

ESCALA CHA₂DS₂VASC. VALORACIÓ RISC TROMBOEMBÒLIC EN FA

Factor de riesgo	Puntuación
Insuficiencia cardíaca o EFVI < 40%	1
HTA	1
Edad ≥ 75 años	2
Diabetes mellitus	1
Ictus/AIT/tromboembolia	2
Enfermedad vascular ^a	1
Edad 65-74 años	1
Categoría de sexo (sexo femenino)	1
Puntuación máxima	9



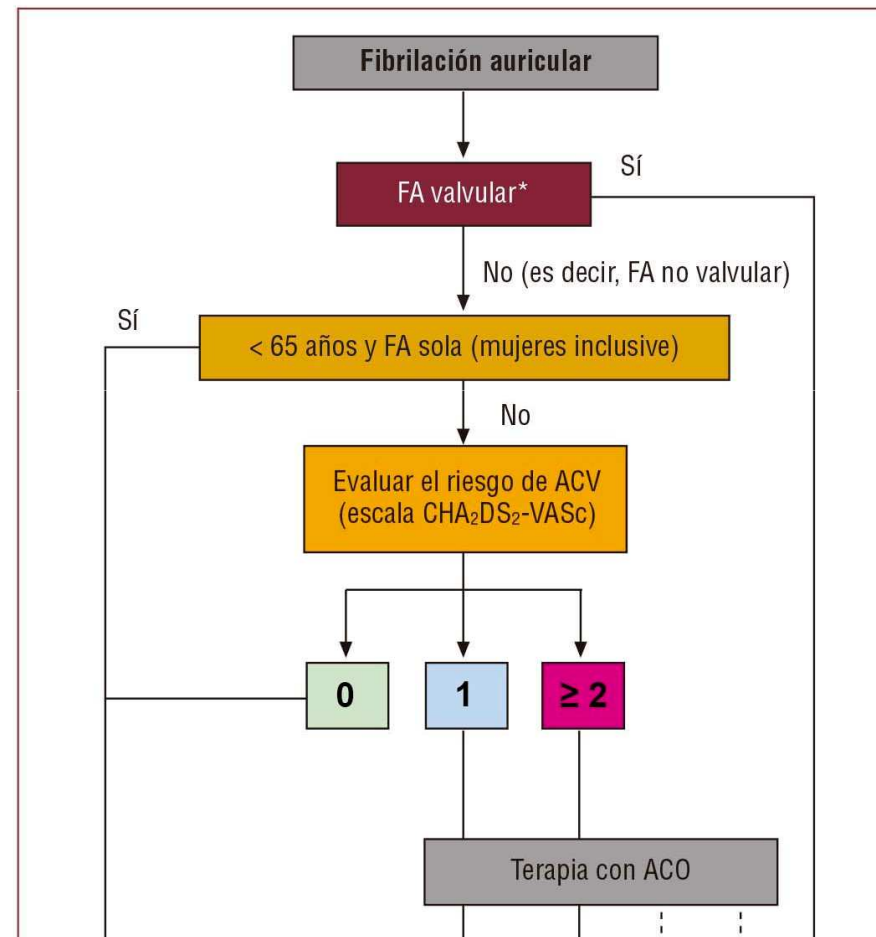
1.- debut FA i ACO

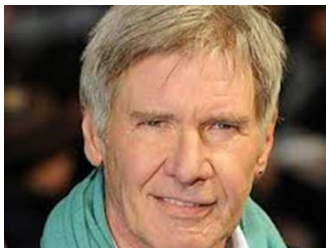
3) Prevenció ictus



etge de Família

ESCALA CHA₂DS₂VASC 4





2.- risc benefici: hemorràgia

AP

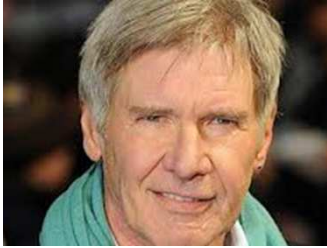


Dra E. Sant. Metge de Família

ESCALA HAS-BLED: valoració de risc de sagnat amb ACO

Característica	Puntuació
H : hipertensió arterial ¹	1
A : alteració de la funció hepàtica i/o renal (un punt cada una) ²	1 o 2
S (stroke): ictus o AIT	1
B (bleeding: sagnat)	1
L : INR làbil ³	1
E : edat avançada (> 65 anys)	1
D (drugs): fàrmacs gastrolessius o alcohol (1 punt cada un) ⁴	1 o 2
¹ hipertensió arterial, definida com a TA sistòlica >160mmHg; ² l'alteració de la funció hepàtica definida com hepatopatia crònica (p.e. Cirrosi) o alteració important de la bioquímica hepàtica (bilirrubina x 2 o AST/ALT/Fosfatassa alcalina x 3) i/o renal definida com a diàlisi, trasplantament o creatinina >200 µmol/L, ³ la labilitat de l'INR (p.e. <60% de temps en rang), ⁴ l'edat avançada l'abús d'alcohol o fàrmacs com antiagregants plaquetaris, AINE.	

Font: Pisters R, Lane DA, Nieuwlaat R, de Vos CB, Crijns HJ, Lip GY. A novel user- friendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in atrial fibrillation patients: the Euro Heart Survey Chest 2010;138:1093-1100.



2.- risc benefici: hemorràgia

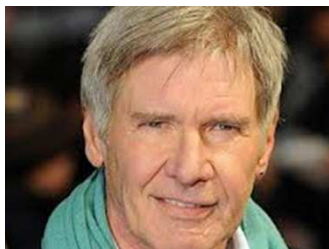


Dra E. Sant. Metge de Família

ESCALA HAS-BLED: valoració de risc de sagnat amb ACO

*Per sobre o igual a 3 es considera risc de sagnat alt, i tot i que **no és una contraindicació taxativa per a l'anticoagulació**, indica que cal tenir precaució a l'hora d'indicar el tractament i que se n'ha de fer un **seguiment més acurat**.*

Mr Jones' HASBLED=**3**



2.- risc benefici: hemorràgia

AP

Acenocumarol
AAS
Clopidogrel



Dra E. Sant. Metge de Família

Avaluar l'eficàcia i seguretat de la teràpia "correctament gestionada" amb AVK en pacients amb FA no valvular, el risc de complicacions, especialment el sagnat intracranial (HIC), en pacients amb un ús concomitant d'AAS i l'impacte del control del INR (TTR)

N=40.000 warfarina

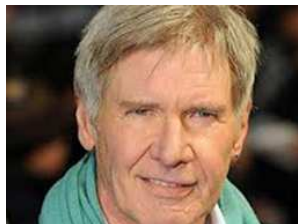
5.000 warfarina+AAS

Incidència de sagnats greus significativament major en ACO+AAS 36%

El risc d'hemorràgia digestiva va augmentar en un 59 % (HR:1,59 (IC 1.24 a 2.20) pels pacients que rebien ACO+AAS en comparació als que rebien ACO.

No diferències en mortalitat

Outcomes in wafarin-treated population with atrial fibrillation. Björk. JAMA cardiol apr 2016

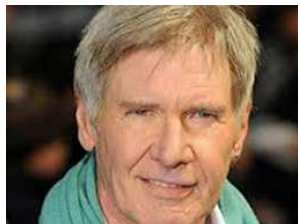


2.- risc benefici: hemorràgia. Teràpia doble



- La **doble antiagregació** incrementa substancialment el risc d'hemorràgia, que pot ser mortal.
- Cal individualitzar el tractament en base a eines per estimar el risc de trombosi (CHA2DS2-VASc) i del risc d'hemorràgia (HAS-BLED) en cada pacient. (ACO)
- La **doble antiagregació** llarga incrementa la incidència d'hemorràgia greu
- Un 30% de les hemorràgies greus són intracranials
- La doble antiagregació ha de durar el mínim temps possible
- Un tractament llarg no disminueix la mortalitat cardiovascular, augmenta el risc d'hemorràgia greu i incrementa la mortalitat no cardiovascular

Quant ha de durar el tractament antiagregant plaquetari doble després d'un infart?
Teràpics núm 10- Març 2016.



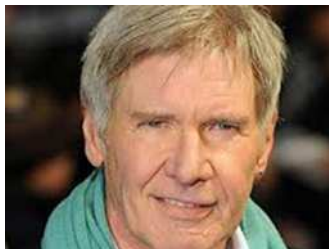
2.- risc benefici: hemorràgia. Teràpia triple



El risc d'un sagnat major amb triple teràpia s'estima sobre 2.2% durant el primer mes, augmenta al primer any a un 4–12%. El risc és més alt com més dura el tractament.

Paikin JS, Wright DS, Crowther MA, Mehta SR, Eikelboom JW. Metanalysis: Triple antithrombotic therapy in patients with atrial fibrillation and coronary artery stents. *Circulation*. 2010;121:2067–2070.

Thrombosis and Haemostasis: Faxon DP, Eikelboom JW, Berger PB, Holmes DR, Bhatt DL, Moliterno DJ, Becker RC, Angiolillo DJ. Consensus Document: Antithrombotic therapy in patients with atrial fibrillation undergoing coronary stenting. A North-American perspective. *Thromb Haemost*. 2011;106:572–584.



3.- doble antiagregació + ACO: gastroprotecció?
omeprazol vs pantoprazol



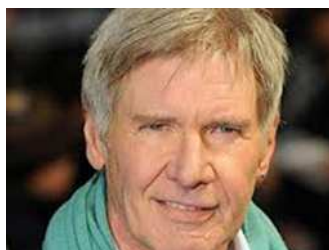
En pacients amb anticoagulació i antiagregants cal considerar-la protecció gàstrica amb IBP. (Class IIa, level of evidence C).

Lip. European Heart J 2014; 35, :3155–3179

L'ús de la triple teràpia (ACO+AAS+ Clopidogrel) incrementa el risc de sagnat.

Per reduir el risc de sagnat gastrointestinal està indicat l'ús de fàrmacs gastroprotectors.

Prescribing antiplatelet and anticoagulant agents. Journal Watch 2011 . American College of Cardiology, American College of Gastroenterology and American Heart Association



3.- doble antiagregació + ACO: gastroprotecció?
omeprazol vs pantoprazol



Omeprazol vs **Clopidogrel**



Dra E. Sant. Metge de Família

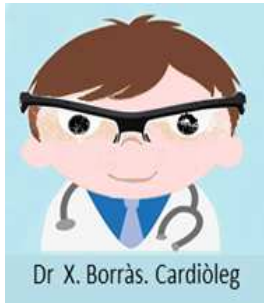
- Resultats estudis discordants
- Revisió sistemàtica de 31 estudis observacionals i 4 AACC: morbimortalitat cardiovascular més alta pel grup IBP.
Aquest resultat no es va trobar en cap AACC
- Un nou AACC tampoc troba augment de risc amb IBP
- Els resultats dels estudis observacionals tenen una rellevància clínica limitada
- Alguns IBP (pantoprazol, esomeprazol, rabendazol) tenen escassa o nul·la activitat inhibidora del CYP2C19. Però els estudis no han mostrat diferències entre ells.

DADES CATSALUT 2015

- 118.000 pacients a Catalunya reben tractament crònic amb anticoagulants.
- 416.000 pacients reben tractament antiagregant.
- 17.000 pacients reben 2 antiagregants plaquetaris.
- 15.000 pacients reben tractament simultani: 1 anticoagulant + 1 antiagregant.
- 340 pacients reben 1 anticoagulant + 2 antiagregants.
- El 45% dels pacients que reben tractament anticoagulant són majors de 80 anys.
- El 22% tenen 85 anys o més.

Butlletí groc abril-juny 2015





4.-ticagrelor + sintrom?



visfg110 - Assignació de visites

AAA AAAA,AAAA

AAAA0200501VA

Altres Visites

Agenda: Altres

Tipus visita: PVIR

Tipus visita: PRIM VIS VIRTUALS

24/05/2016

DI MARTS

Hora: 09:00

Cita: 09:00

Coment: Visites Forçades: 0

Mòdul: CARDIOLOGIA

Inici	Final	Descripció	Nom i cognoms
09:00	09:10		LLIURE
09:10	09:20		LLIURE
09:20	09:30		LLIURE
09:30	09:40		LLIURE
09:40	09:50		LLIURE
09:50	10:00		LLIURE
10:00	10:15	P	SUCCESIVA PROGRAI
10:15	10:30	P	PRIMERA VISITA
10:30	10:45	P	SUCCESIVA PROGRAI
10:45	11:00	P	SUCCESIVA PROGRAI
11:45	12:00	P	SUCCESIVA PROGRAI
12:00	12:15	P	SUCCESIVA PROGRAI
12:15	12:30	P	SUCCESIVA PROGRAI
12:30	12:45	P	SUCCESIVA PROGRAI
12:45	13:00	P	SUCCESIVA PROGRAI
13:00	13:15	P	SUCCESIVA PROGRAI

Passats: 0 DIES

CeRcar

Confirmar

Mes: 05 2016

Any: 2016

Origen: P PROVEIDOR

Tipus Alternatiu: PVIR

Tipus Alternatiu: PRIM VIS VIRTUAL

Vista: Recordatori: No

Recordatori: Totes les visites

Recordatori: Només visita actual

Telèfon: 933436140

Text: DR. BORRÀS: CANVIO A TICAAGRELOR + SINTROM ?

Activació

Nova visita

Recordatori

Visites Pendants

Veure només lliure

Detall Agenda

Sortir

EMA

NOU PROBLEMA

COMENTARI

Data alta: 05/05/2015

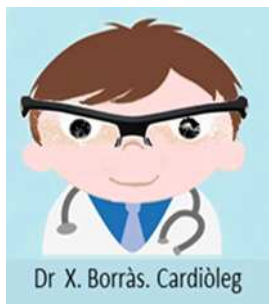
Codi: E11.9

Descripció: DM2

Comentari:

AL·LÈRGIES

VAC. PEND.



4.-ticagrelor + sintrom?



- No hi ha estudis en triple teràpia amb els nous AA
- De forma global el risc hemorràgic és més elevat amb els nous AA
- Es recomana canviar el tractament a Clopidogrel

A series of measures can be applied to reduce the risk of bleeding in this setting in general, such as using low doses of aspirin (75 – 100 mg o.d., which is the standard of care in Europe anyway); **use of clopidogrel as the preferred P2Y12 inhibitor instead of the more potent ticagrelor or prasugrel**; use of bare-metal stents (BMS), thus minimizing the required duration of triple therapy, and the use of the radial approach, thus minimizing the risk of access site bleeding.

Lip. European Heart J 2014; 35, :3155–3179

4 mesos després...

Full de control de Sintrom:

INR: 1,7

INR: 1,9

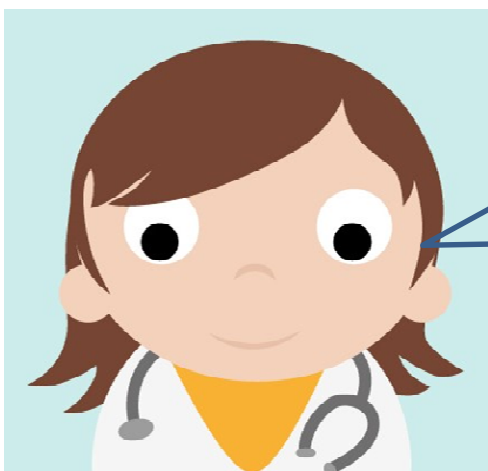
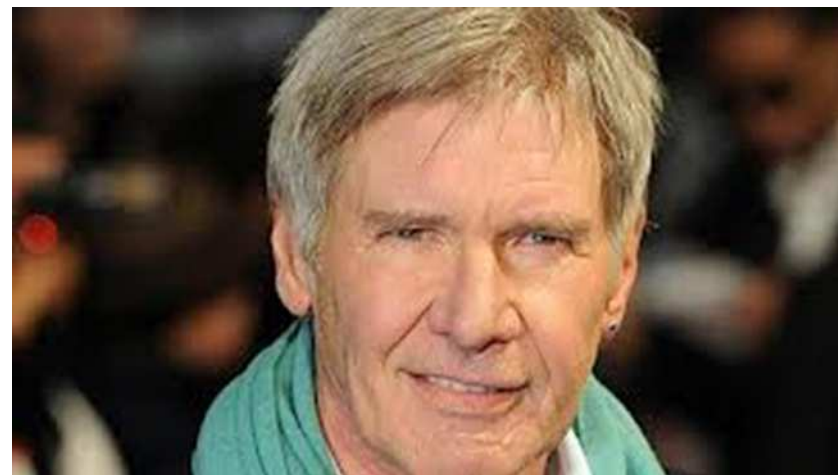
INR: 2,7

INR: 4,1

INR: 2

INR: 3,8

INR: 1,6



Dra E. Sant. Metge de Família

5.- als 4m mal control INR:

- compliment?
- interaccions i dieta?

canviar a NACOs o warfarina?

canviar amiodarona?

consultoria Cardiologia



5.- als 4m mal control INR:
canviar a NACOs o warfarina?
canviar amiodarona?



- No hi ha publicacions independents amb 2AA + apixaban o rivaroxaban
 - En el registre RE-AL (68.000 amb dabigatran), el 20% estaven amb AA per ICP
 - En pacients amb dabigatran 150 c/12 h està indicat baixar a 110 c/12h
 - Hi ha en marxa un treball amb dabigatran 110 + AAS + Ticagrelor (RE-DUAL PCI)
- La warfarina és un fàrmac amb una vida mitjana més llarga i amb més estabilitat de l'INR.
Té el mateix risc hemorràgic que l'acenocumarol.
- L' amiodarona competeix amb el transport d'acenocumarol.
Dóna problemes en la introducció i la retirada.

1 mes després...

Fa mala cara, Hb 9...

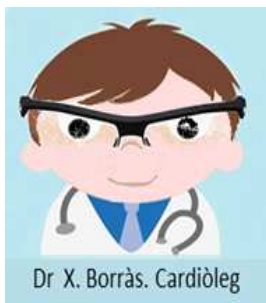


Dra E. Sant. Metge de Família

- 6.- fibrocolonoscòpia
- demorable 6m de doble?
 - estudi anèmia FCS sense biòpsia sense retirar tractament
 - FCS amb biòpsia

Consulta Cardiologia

Cas 1



- 6.- fibrocolonoscòpia
- sense biòpsia sense retirar tractament
- amb biòpsia



Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy, including direct oral anticoagulants: British Society of Gastroenterology (BSG) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guidelines

6.8 Triple antithrombotic therapy

Patients on dual antiplatelet therapy for coronary artery stents may develop AF requiring anticoagulation with warfarin or DOACs. Conversely, patients anticoagulated for chronic AF may develop ACS requiring DAPT. Consensus guidelines have been produced for the management of these situations [74], but patients on triple antithrombotic therapy have a high risk of haemorrhage and caution is advised [75, 76]. There are no data on endoscopy in these patients and advice should be sought from a cardiologist, or other relevant specialist such as a stroke physician, if endoscopy is essential.

Dona de 79 anys.

Dislipèmia

HTA

Portadora substitució valvular mitral
mecànica des dels 62 anys

FA permanent

- acenocumarol
- furosemida 20mg/24h
- espironolactona 25mg/24h
- bisoprolol 5mg/12h



Ingrés per hemiparèsia esquerra i dificultat al parlar que desapareixen al cap de dues hores.

INR a l'ingrés de 2,4.

TAC negatiu per isquèmia aguda.

Ecografia transtoràcica i ecografia transesofàgica mostra SVM normofuncionant i absència de trombos intracardíacs.

Eco carotídia: ateromatosi carotídia extensa amb oclusió 65% de caròtida interna dreta i lesions difuses no obstructives de la resta de vasos.

Tractament a l'alta:

- Sintrom
- AAS 300mg



1.- es podria atribuir a INR sota de rang 2,4?

AP

2.- adiro 300 vs adiro 100 **AP**

3.-endarterectomia?

Cardio



Dra E. Sant. Metge de Família



1.- es podria atribuir a INR sota de rang 2,4?



Objectiu INR en pròtesi valvulars mecàniques mitral i tricuspídia és 2.5-3.5

- **INR** a l'ingrés de 2,4.
- **TAC** negatiu per isquèmia aguda.
- **Ecografia transtoràcica i ecografia transesofàgica** mostra **SVM normofuncionant i absència de trombos intracardíacs**.
- **Eco carotídia**: trombosi supraaòrtics amb ateromatosis carotídia important amb oclusió 65% de caròtide interna dreta i lesions difuses no obstructives de la resta de vasos.

TRACTAMENT A L'ALTA:

- Sintrom
- AAS 300mg



2.- adiro 300 vs adiro 100



A metaregression analysis of the dose-response effect of aspirin on stroke

*Johnson E S, Lanes S F, Wentworth C E, Satterfield M H, Abede B L, Dicker L W
Cochrane Systematic Revision 2013*

- Un anàlisi de regressió i amb estratificació entre els amplis marges de tractaments amb aspirina (50 a 1.500mg), mostra que el RR d'ictus és uniforme.
- Hi ha evidència de l'eficàcia de l'aspirina en reduir el risc de ictus en un 15% i no hi ha reducció adicional utilitzant dosis més altes d'aspirina
- La dosi més baixa efectiva de l'aspirina encara no s'ha determinat, però podria ser menor de 50mg

Canviem a AAS 100 mg. No posem 75 ó 50 mg perquè no en tenim!!



3.-endarterectomia?



REVISIO CONSTANT DELS RESULTATS DE L'ENDARTERECTOMIA CAROTIDIA

Guies actuals (escàs consens)

- En asimptomàtics amb obstrucció de més del 70% només reducció d'ictus inferior a l'1 % anual.
- En simptomàtics, no o mínim benefici si estenosis <70%, si benefici si 70-99%, i no benefici si 100%. Valorar risc quirúrgic del pacient.
- L' estent carotidi no és superior a la endarterectomia (risc embòlic important)
- Optimitzar sobre tot el tractament mèdic amb antiagregants.

- Systematic Review and Meta-Analysis of Carotid Artery Stenting Versus Endarterectomy for Carotid Stenosis. Zhang L et al; 2015
- ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral artery diseases. Tendera M; 2011



Dra E. Sant. Metge de Família

4.- M'he torçat el turmell fent Aeròbic. Què em puc prendre?



- El incremento de riesgo CV varía mucho dependiendo del tipo de AINE utilizado.
Nivell evidència: 1++; Grau Recomanació: A; Grau d'Acord: 100%

- El naproxeno es uno de los AINE más seguros en cuanto a riesgo CV.
NE: 1++; GR: A; GA: 100%

- Diclofenaco, indometacina, etoricoxib son los AINE con más riesgo CV.
NE: 1+; GR B; GA: 100%

- La combinación de anticoagulantes (warfarina, dicumarínicos, etc.) con AINE se debe evitar. En caso de ser absolutamente necesario, los COXIB parecen asociarse a menor riesgo de complicaciones hemorrágicas.
NE: 2+; GR: C; GA: 89%

Recomendaciones para una prescripción segura de antiinflamatorios no esteroideos:
documento de consenso elaborado por 3 sociedades científicas (SER-SEC-AEG)
Lanas. Reumatol Clin 2014; 10(82):68-84



Dra E. Sant. Metge de Família

4.- M'he torçat el turmell fent Aeròbic. Què em puc prendre?



AINE crònic

Resumen de los efectos de los diferentes AINE a dosis antiinflamatorias

Tipo de AINE	Daño GI alto	Daño GI bajo	Necesidad de IBP para proteger el tracto GI alto	Interacción con AAS o ACO	Riesgo CV
Diclofenaco	++	++	++	+	+++
Ibuprofeno	+++	+++	++	+++	++
Naproxeno	++++	++++	+++	+++	-
Celecoxib	+	+	-	+	++
Etoricoxib	+	++	+	¿?	+++

El número de cruces indica una evaluación semi-cuantitativa del nivel de riesgo frente a no uso. Los niveles de evidencia no son idénticos y en ocasiones limitados (ver recomendaciones más específicas).

AAS: ácido acetilsalicílico; ACO: anticoagulantes; CV: cardiovascular; GI: gastrointestinal; IBP: inhibidor de la bomba de protones.

Mesures locals: immobilització, repòs, crioteràpia

Analgèsia: Paracetamol, opioides menors

.....

Ibuprofeno durant els primers 1-2 dies

Celecoxib 200mg/24h + IBP 7-15 dies

Recomendaciones para una prescripción segura de antiinflamatorios no esteroideos: documento de consenso elaborado por 3 sociedades científicas (SER-SEC-AEG) Lanús. Reumatol Clin 2014; 10(2):68-84

MISSATGES (To take home)

L'ús simultani de AA+ACO és una “bomba”



INDICACIONS

- Alt risc d'embòlia (pròtesis, ACxFA, TEP,..)
+
Alt risc de trombosis (Stent, SCA, AIT trombòtic)

RISC

- Increment important del risc hemorràgic
- Reassignació personalitzada del balanç RISC / BENEFICI

DURADA

- La mínima possible

Editorial

Triple Antithrombotic Therapy: Risky but Sometimes Necessary



Tratamiento antitrombótico combinado triple: arriesgado pero a veces necesario

Rikke Sørensen* and Gunnar Gislason

Department of Cardiology, Copenhagen University Hospital Bispebjerg, Copenhagen, Denmark

Recommendations for Everyday Care of Triple Therapy

1. Assess the indication for oral anticoagulation

Is it clear and persistent?

Most common indications for oral anticoagulation are: AF, venous thromboembolism, prosthetic heart valves. Oral anticoagulation in AF patients is usually recommended if CHA₂DS₂VASc-score ≥ 1 (unless if 1 point is for female sex). Duration of oral anticoagulation in venous thromboembolism depends on factors as predisposition, cause and previous history.

2. Assess the indication for dual antiplatelet therapy

Is there Acute Coronary Syndrome?

If PCI what stent type?

Triple therapy is recommended for 1–12 months (dependent on bleeding risk). *Without MI*: Bare-metal stent 1 month triple therapy, drug-eluting stents 3–6 months triple therapy (depending stent-type). *With MI*: 12 months triple therapy, but shorter period if a high bleeding risk.

3. Assess the bleeding risk

Bleeding risk can be assessed by use of e.g. the HAS-BLED score. A HAS-BLED score ≥ 3 is related to a high risk.

4. Determine the length of triple therapy

Triple therapy should be as short as possible. The decision should be based on the planned duration of oral anticoagulation (temporarily or life-long), the planned duration for dual antiplatelet therapy (according to presence of MI or a stent), the patients bleeding risk and general clinical considerations as e.g. compliance and comorbidities.

5. Questions to clear when using triple therapy

- Does the patient receive prasugrel or ticagrelor? If yes, change to clopidogrel.
- Does the patient receive apixaban or rivaroxaban? If yes, change to dabigatran 110 mg twice daily or VKA.
- Does the patient receive dabigatran 150 mg? If yes, change to dabigatran 110 mg twice daily.
- INR controls planned? INR between 2.0 and 2.5 is recommended.
- Gastric protection prescribed? Gastric protection with PPIs is recommended.
- Plan for discontinuation of triple therapy? Triple therapy should be as short as possible.

- Valorar la indicació d'ACO
- Valorar la indicació de 2AA
- Valorar el risc d'hemorràgia
- Determinar la duració de la triple teràpia
- Punts clau a ajustar:
 - Prescriure IBP per protecció gàstrica
 - Evitar fàrmacs gastrolessius
 - AAS a dosi de 100 mgr
 - Si Tica o Prasu, passar a Clopidogrel
 - Si ACODs, passar a AVK (maig 2016)
 - Valorar ajustar INR a 2-2,5
 - Avisar de no IQ
 - Programar visites retirada de fàrmacs

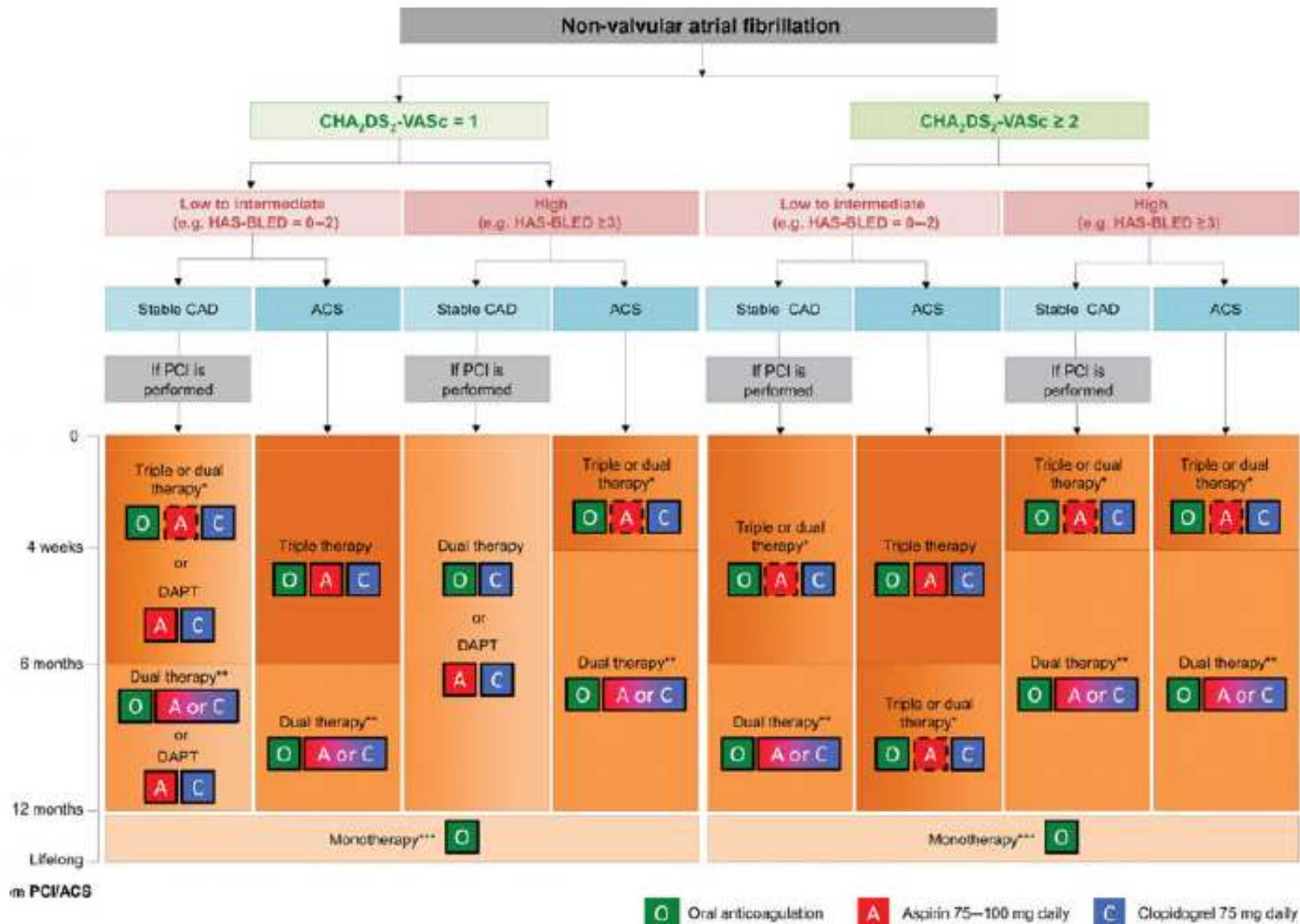


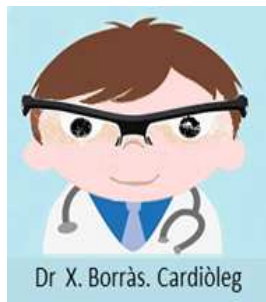
European Heart Journal (2014) 35, 3155–3179
doi:10.1093/eurheartj/ehu298

CURRENT OPINION

Management of antithrombotic therapy in atrial fibrillation patients presenting with acute coronary syndrome and/or undergoing percutaneous coronary or valve interventions: a joint consensus document of the European Society of Cardiology

Des de 2010 a 2014
29 estudis de cohorts i un estudi randomitzat
132.364 pacients





Gràcies per la vostra atenció

Dr Xavier Borràs. Cardiòleg. Hospital de St Pau

Dra Elisenda Sant. Metge de Família. CAP Casanova. CAPSE. Grup anticoagulació oral (ACO) CAMFiC

Dra Belén Enfedaque. Metge de Família. SAP Esquerra Barcelona. ICS. Grup ACO CAMFiC

Dra Marta Mourelo. Metge de Família. CAP Gòtic. ICS. Grup ACO CAMFiC

Dr Joan Antón Vallès. Farmacòleg. SAP Dreta-Litoral. ICS. Grup ACO CAMFiC

Dr Pedro Aparicio. Metge de Família. CAP Figueres. ICS. Grup ACO CAMFiC