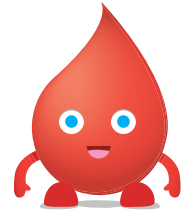


# LA NEWSLETTER DEL PACIENTE ANTICOAGULADO



Con la colaboración de

Pasión por la Innovación.  
Compromiso con los Pacientes.

## ACTUALIDAD CIENTÍFICA

## EMBOLIA PULMONAR Y TRATAMIENTOS ANTICOAGULANTES

La prolongación de los tratamientos de anticoagulación después de un primer episodio de embolia pulmonar no provocada, es incierta. Cuando se suspenden los tratamientos de anticoagulación después de 3-6 meses el riesgo de embolia aumenta, por eso en ocasiones la anticoagulación se extiende de 3 a 6 meses más. Lo que no está claro es si el riesgo vuelve a incrementarse al terminar el tratamiento.

En esta línea de análisis se sitúa el nuevo estudio de Francis Couturaud y su equipo, de la Universidad de Bretaña Occidental, en Brest (Francia), en el que 371 pacientes que habían sufrido un episodio de embolia pulmonar fueron tratados con anticoagulantes (antivitamina K) durante 6 meses, y posteriormente durante 18 meses más algunos de ellos con el anticoagulante y otros con placebo.

Durante esos 18 meses de tratamiento, con anticoagulantes en algunos pacientes y con placebo en otros, la tasa de repetición de embolia pulmonar fue del 3 por ciento en el grupo de

pacientes que tomaban anticoagulados, y del 13,5 en el grupo que tomaba placebo. Por tanto, en principio podría ser interesante mantener el tratamiento con anticoagulantes otros 18 meses más, además de los seis primeros. Este tratamiento reduciría las posibilidades de que se produjera otra embolia pulmonar.

Sin embargo, tras esos 18 meses de tratamiento, se realizó un seguimiento durante dos años de los pacientes, y aunque durante el tratamiento la antivitamina K sí reducía el riesgo de enfermedad tromboembólica venosa (ETE), al interrumpirlo sí se produjo un repunte de ésta.

Es decir, si se suman los dos periodos del tratamiento (del mes 0 al mes 18, y del mes 18 al 42), no hay diferencias reseñables entre los pacientes administrados con anticoagulantes y los que tomaban placebo en cuanto a casos de ETEV.

Profesionales del sector que han opinado sobre los resultados de

este estudio, indican que aunque prolongar la anticoagulación en estos pacientes “es acertada”, al suspender el tratamiento puede producirse un “efecto rebote” (especialmente durante los seis primeros meses). Algunos plantean “prolongar la anticoagulación de manera indefinida”, siempre que se pueda controlar adecuadamente el riesgo de hemorragia que conlleva la toma de anticoagulantes.

Así pues, los resultados de este estudio han sugerido distintos debates sobre si mantener la anticoagulación en pacientes con embolia pulmonar compensa o no en cuanto a sus posibles consecuencias.

*Fuente: The Journal of the American Medical Association*

Referencia: Couturaud, F. et al. Six Months vs Extended Oral Anticoagulation After a First Episode of Pulmonary Embolism: The PADIS-PE Randomized Clinical Trial. JAMA 2015; 314(1):31-40. doi: 10.1001/jama.2015.7046

## EXPERTOS PROPONEN MEJORAS PARA EL MANEJO DEL PACIENTE ANTICOAGULADO



El pasado 28 de septiembre se celebró el foro de debates: “Diálogos sobre Anticoagulación. Contruyendo juntos un futuro mejor” organizada por FEASAN y que reunió alrededor de 60 personas entre pacientes, médicos (cardiólogos, hematólogos, neurólogos y médicos de atención primaria), enfermeros y representantes de la Administración. El foro en formato multidisciplinar, tenía el objetivo de definir y consensuar estrategias sociosanitarias para la mejora del manejo de los pacientes anticoagulados. Y es que alrededor de 800.000 personas en España están bajo tratamiento anticoagulante para prevenir la aparición de un ictus.

La búsqueda de soluciones se debe a que “a pesar de la excelencia de nuestro sistema sanitario público, la gestión del paciente anticoagulado dista mucho de

ser excelente. Tiene mucho margen de mejora, y conseguirlo no es tarea exclusiva de la administración o de los profesionales sanitarios por separado”, expuso Luciano Arochena, presidente de FEASAN. Además es un tema “complejo por varias razones: afecta a muchísimos

pacientes, es necesario que estén controlados, y además han aparecido fármacos nuevos. Por lo tanto, hay que hacer una reflexión sobre dónde estamos y cómo podemos mejorarlo”, afirmó el doctor Ángel Moya, cardiólogo en el Hospital Universitario Vall D’Hebron (Barcelona) y coordinador de la Sección de Electrofisiología y Arritmias de la Sociedad Española de Cardiología.

Las mesas de debate han abordado tres grandes temas: el control del INR, el acceso a la innovación y la incorporación del autocontrol en la cartera de servicios básicos del SNS.

Con respecto al control del INR, se estima que alrededor de un 40% de los pacientes anticoagulados no consiguen un control óptimo, lo que puede aumentar las posibilidades de sufrir un ictus. En este sentido, la principal propuesta de mejora fue, según la opinión de los especialistas del foro, en personalizar la medicina teniendo en cuenta el perfil clínico del paciente. Para ello sería necesario que todos los médicos controlasen los “marcadores” relacionados con el mal control, como: el tabaquismo, el consumo de otros fármacos, o padecer múltiples patologías. Este screening de marcadores permitirá prever cuándo un paciente no va a conseguir un control óptimo de su INR a pesar de los esfuerzos, y le evitará así complicaciones innecesarias.

Con respecto a la introducción de los nuevos anticoagulantes orales, cuya penetración media se sitúa en torno al 10% de media, una cifra muy por debajo de la esperada, los expertos han reconocido

que la cautela a la hora de prescribirlos ya no está justificada. En un primer momento, cuando no se disponía de suficiente evidencia de práctica clínica, dicha cautela podía justificarse, pero si “se mantiene la adherencia al tratamiento y se manejan bien los pacientes” no existe razón para la restricción, según señaló el doctor Ángel Moya. Además también se planteó la necesidad de incluirlos como primera opción para casos de ictus previos. Asimismo, los asistentes señalaron la importancia de que los profesionales se formen adecuadamente para realizar un buen manejo de estos fármacos, que se incluya el seguimiento a estos pacientes en la cartera de Atención Primaria (actualmente solo se hacen en los que toman los fármacos clásicos), así como la necesidad de unificar criterios de uso para evitar diferencias entre comunidades que generan desigualdades entre pacientes.

Finalmente en la mesa que abordó el autocontrol del TAO, se concluyó claramente que el autocontrol es un método de control del TAO infrautilizado. Su incorporación en la cartera de servicios básicos no puede ser inmediata, porque requiere pasos intermedios. Es necesario trabajar de forma coordinada para hacerlo posible. Debemos impulsar estudios pilotos en todas las CCAA, con la implicación de la Red de Agencias de Evaluación de Tecnología Sanitaria y de todos los agentes, unificando costes, compartiendo riesgos, etc. Esto nos permitirá evidenciar la efectividad, eficiencia y seguridad del autocontrol TAO para que las agencias de evaluación puedan recomendar su incorporación en la cartera posteriormente.

FEASAN presentará las propuestas recogidas en el foro de debate ante el Ministerio de Sanidad y a los grupos parlamentarios.

*Fuente: Europa Press*

SALUD Y CALIDAD DE VIDA

## EL ANTIINFLAMATORIO NATURAL

La Gaultheria es un arbusto propio de zonas frías que produce una esencia con un índice muy elevado de salicilato de metilo, que es un compuesto químicamente muy similar al ácido acetilsalicílico. La Gaultheria Procumbens o Gaultheria fragrantissima, es una aspirina natural, con efectos antiinflamatorios y analgésicos.

Podría utilizarse en caso de dolor o inflamación articular o muscular, propio de la práctica de deportes.

Su uso es eminentemente tópico, ya que su consumo por vía oral puede generar irritación gástrica y toxicidad. Precisamente por su sistema de administración, está indicado para personas que toman anticoagulantes.

*Fuente: La Vanguardia Salud*



## LOS CARDIÓLOGOS PROPONEN MODIFICACIONES PARA EL USO DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES

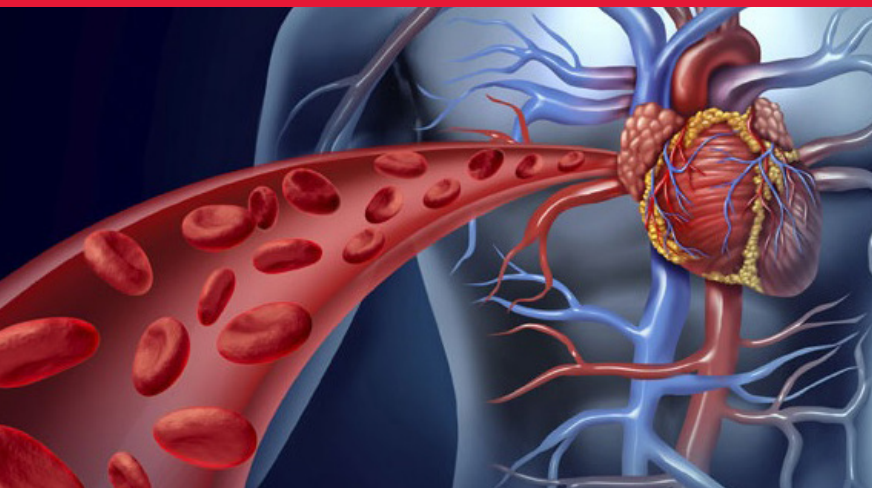
La Sociedad Española de Cardiología (SEC) para el uso de nuevos anticoagulantes orales (NACO). La SEC ha identificado 7 puntos de mejora y elaborado un documento de consenso que propone modificar algunas pautas en el empleo de los NACO.

Las propuestas de mejora son:

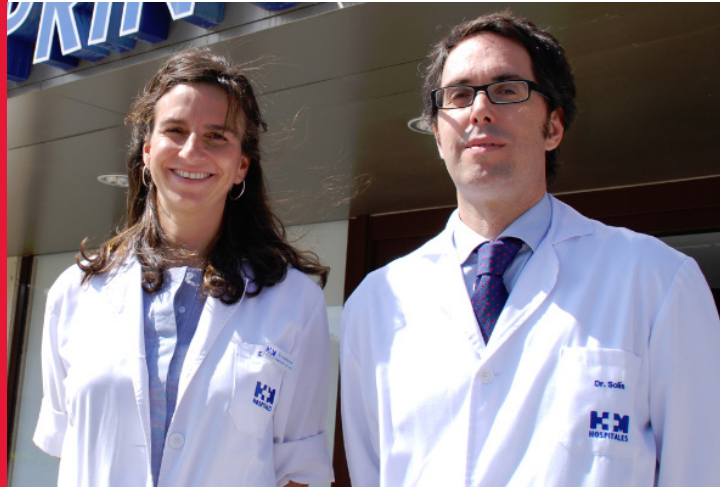
1. El uso de la escala CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc para la estimación del riesgo embólico, porque ha demostrado un mayor poder discriminativo, sobre todo en pacientes de menor riesgo.
2. Considerar a los pacientes con alto riesgo hemorrágico como candidatos a ser tratados con los anticoagulantes orales directos, ya que estos nuevos tratamientos han demostrado una reducción de un 50 por ciento en la hemorragia intracranial respecto al tratamiento tradicional con antivitamina K.
3. Simplificar el acceso a la información de los controles de INR para facilitar la identificación rápida de los pacientes mal controlados. Los médicos que atiendan a los pacientes con fibrilación auricular deben tener acceso de manera fácil al menos a las últimas 6 determinaciones del INR.
4. La calidad de la anticoagulación debe lograrse en un margen de tres meses desde el inicio del tratamiento con los antivitamina K. Todos los pacientes que no hayan conseguido un buen ajuste de dosis, deberán ser candidatos a recibir los nuevos anticoagulantes orales.
5. También solicitan el uso de una nueva escala, la SAME-TT2R2, que permita estimar desde el inicio qué pacientes no van a tener un buen control con los antivitamina K. Evitando así riesgos innecesarios.
6. Cardioversión eléctrica. Los NACOs son igual de efectivos que los fármacos anti- vitamina K en prevenir embolismos en la cardioversión eléctrica. El uso de NACOs en pacientes que van a someterse a ella podría ayudar en la programación, y reducirían el tiempo de espera en el procedimiento. Así, se pide que los pacientes que vayan a someterse a una cardioversión puedan recibir un NACO previamente y un mes después.
7. Eliminar el visado de inspección necesario para la prescripción de los NACO.

Según el Dr. José Ramón González-Juanatey, presidente de la SEC, este documento de propuestas "recoge los puntos más críticos y está en línea con el compromiso de la SEC de defender la incorporación de la innovación". Implementándose estas propuestas, estima que la utilización de los NACO se incrementaría del 19 al 30 por ciento, y la seguridad y eficacia que supondría para los pacientes redundaría en coste-eficacia para el sistema sanitario.

Fuente: SEC



## DESCUBIERTO EL GEN QUE PROVOCA EL PROLAPSO VALVULAR MITRAL



El descubrimiento del gen DCHS1, como causante de una patología consistente en el engrosamiento de la válvula mitral (lo que supone que ésta no pueda cerrarse de forma correcta y genere una insuficiencia), supone una buena noticia en cuanto al aspecto genético, ya que esto permitirá a corto plazo identificar pacientes que presentan una mutación en este gen, y comenzar a plantear terapias preventivas para evitar el progreso de esta enfermedad en la válvula mitral.

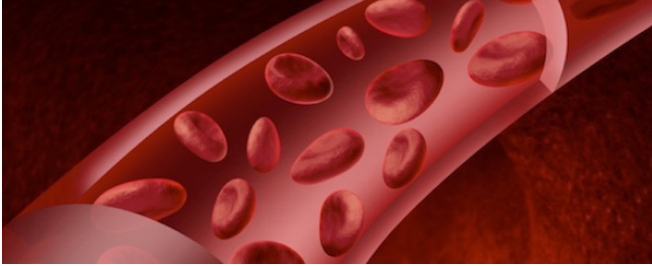
Por otra parte, además de las cuestiones genéticas también es importante seguir indagando en los aspectos más clínicos, indican el Dr. Jorge Solís y la Dra. Leticia Fernández Frieria, del Centro Integral de Enfermedades Cardiovasculares del Hospital Universitario Montepíncipe, artífices de este hallazgo. Es fundamental identificar a los pacientes que puedan tender a desarrollar complicaciones graves. Para ello hay que crear unidades específicas de patología valvular, como la que existe precisamente en este hospital madrileño, y que incluye no sólo expertos en el campo de las valvulopatías sino también un equipo quirúrgico especialista en la reparación de la válvula mitral.

Igualmente, este centro, y en concreto el grupo de investigación internacional de prolapso valvular mitral, es pionero en el campo de la identificación de los prolapsos que tienen peor pronóstico y más riesgo de generar insuficiencia cardíaca y muerte súbita. Por eso, son esenciales las técnicas de imagen, sobre todo la ecografía tridimensional y la resonancia cardíaca.

Los doctores Solís y Fernández Frieria destacan que sólo el trabajo conjunto desde los tres ámbitos: genético, clínico y de imagen, permitirá avanzar mejor y de manera más ágil en la mejora del diagnóstico, prevención y tratamiento de estas dolencias cardíacas.

Fuente: PRnoticias

## LA AGENCIA EUROPEA DE MEDICAMENTOS APRUEBA UN “ANTÍDOTO” PARA REVERTIR EL EFECTO DE UNO DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES.



El Comité de Medicamentos para Uso Humano (CHMP) de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) ha aprobado el uso de un antídoto para revertir el uso de los nuevos anticoagulantes orales.

Esta noticia es especialmente interesante en el caso de urgencia en pacientes anticoagulados con este tipo de fármacos, ya que permite interrumpir el tratamiento de manera inmediata, y además, segura.

La opinión favorable se da tras los resultados positivos obtenidos en voluntarios sanos y en un análisis preliminar del ensayo, que ha mostrado efectos inminentes tras la administración de 5 gramos, con una reversión completa y mantenida. Tampoco se manifestaron acontecimientos adversos.

Fuente: *El Global*

## NUEVOS PACIENTES EXPERTOS ANTICOAGULADOS ACREDITADOS POR FEASAN

La Federación Española de Asociaciones de Anticoagulados, comprometida con el millón de personas en España con fibrilación auricular (FA), creó en el año 2012 el programa “Paciente Experto Anticoagulado con FA”.

El objetivo es convertir a personas con FA en pacientes responsables de su cuidado y con capacidad para ayudar a otras personas en su misma situación, para que aprendan a manejar la enfermedad y se pueda prevenir el ictus en la FA.

El programa cuenta con dos fases: una de ellas de formación y acreditación de pacientes expertos, y la segunda fase, en la que estos pacientes expertos informan, sensibilizan y forman a otros pacientes en centros sanitarios, con la supervisión de un profesional sanitario. De esta manera se crea una red de pacientes que fortalece el contacto y la ayuda mutua entre ellos; este sistema precisamente, fomenta la cercanía y por tanto, la confianza y la empatía, y facilita que esta red se consolide.

Hasta ahora eran diez los pacientes expertos, y el grupo crece hasta 13, con la reciente certificación de tres nuevos pacientes procedentes de Ontinyent, Valencia y El Puerto de Santa María, que a partir del mes de septiembre acudirán a los centros de salud de sus ciudades a ejercer sus funciones con otros pacientes en su misma situación.

Este programa es el resultado de la necesidad de convertir a los pacientes en agentes activos ante su enfermedad, y de la coordinación de todos los protagonistas implicados (profesionales sanitarios, administración y asociaciones de pacientes).

Fuente: *FEASAN*

## newsletter feasan

¿Quiéres recibir noticias sobre anticoagulación periódicamente en tu email o tu smartphone? Estar bien informado/a es ahora más rápido y fácil

Inscríbete en [www.anticoagulados.info](http://www.anticoagulados.info)



## Tu asociación más cercana

### ● ANDALUCÍA

ACAP | Asociación de Pacientes Cardíacos y Anticoagulados Portuenses  
Teléfono: 956 872 155

ACPA | Asociación Cordobesa de Pacientes Anticoagulados  
Móvil: 687 440 736

ASPAYPVC | Asociación Sevillana de Pacientes Anticoagulados y Portadores de Válvulas Cardíacas  
Móvil: 649 832 283

### ● ARAGÓN

ASANAR | Asociación de Anticoagulados de Aragón  
Teléfono: 976 22 66 60

### ● CATALUÑA

Associació Anticoagulats de Lleida  
Móvil: 625 625 634

### ● COMUNIDAD DE MADRID

AEPOVAC | Asociación Española de Portadores de Válvulas Cardíacas y Anticoagulados  
Móvil: 685 148 601

AMAC | Asociación Madrileña de Pacientes Anticoagulados y Cardiovasculares  
Móvil: 630 027 133

### ● COMUNIDAD VALENCIANA

AMCA | Associació de Malalts Cardíacs i Anticoagulats d'Ontinyent  
Móvil: 634 262 365

AVAC | Asociación Valenciana de Anticoagulados y Portadores de Válvulas Cardíacas  
Teléfono: 963 525 577

### ● GALICIA

APACAM | Asociación de Pacientes Cardíacas y Anticoagulados de La Coruña  
Teléfono: 981 278 173

FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE ANTICOAGULADOS - FEASAN

Dr. Gil y Morte 24. Pta. 7.  
46007 Valencia  
Teléfono / Fax: 963 525 577