

LA NEWSLETTER DEL PACIENTE ANTICOAGULADO



Con la colaboración de

Pasión por la Innovación.
Compromiso con los Pacientes.

ACTUALIDAD CIENTÍFICA

FIBRILACIÓN AURICULAR: LOS RIESGOS MÁS ALLÁ DEL ICTUS

Si bien la asociación entre fibrilación auricular (FA) y el riesgo de sufrir de ictus es conocida, la FA también podría estar asociada a un aumento del riesgo de otras enfermedades muy graves como los infartos de miocardio, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica y episodios de muerte súbita. Así se desprende de una investigación publicada en la revista *British Medical Journal* y dirigida por la Universidad de Oxford (Reino Unido).

La investigación publicada tenía el objetivo de analizar la relación entre la FA y otros episodios cardiovasculares dado que las evidencias existentes hasta el momento no eran concluyentes.

El estudio se basó en un metaanálisis (investigación basada en datos provenientes de estudios anteriores) a partir de los resultados de 104 estudios anteriores, con una muestra total de

9.686.513 participantes de los que 587.867 padecían de FA.

En comparación con aquellos que no estaban diagnosticados de FA, ésta arritmia se asoció con un aumento de 1,46 veces más de riesgo de mortalidad por cualquier causa. En relación con el aumento de la probabilidad de padecer otras enfermedades, ésta fue de 1,96 en eventos cardiovasculares mayores; 2,33 en el caso de ictus; 2,33 en ictus isquémico; 1,61 en cardiopatía isquémica; 1,88 en muerte súbita; 4,99 en insuficiencia cardíaca; 1,64 en enfermedad renal crónica; y, finalmente, 1,31 en enfermedad arterial periférica. En cambio no se encontró asociación significativa de mayor probabilidad de accidente cerebrovascular hemorrágico.

A partir estos resultados y a pesar de la conocida relación entre FA e ictus, esta arritmia estaría más asociada

a otras enfermedades y problemas cardiovasculares (especialmente en insuficiencia cardíaca) por lo que, según el experto, estos resultados tendrían implicaciones en la priorización tanto de los recursos sanitarios públicos como de innovaciones en el desarrollo de intervenciones en pacientes adultos con FA.

Hay que tener en cuenta que la FA es la arritmia cardíaca más frecuente en la práctica clínica, afectando hasta el 4,3% de los españoles mayores de 40 años (3,9% en el caso de las mujeres y 4,7% en hombres) según datos de 2013 del Estudio de Observación de Fibrilación y Enfermedad Coronaria en España (OFRECE), por lo que se requiere "la puesta en marcha de intervenciones dirigidas a reducir estos riesgos en los adultos afectados por este tipo de arritmia", como apuntó Ayodele Odutayo.

Fuente: ABC Salud

RECLAMAN LA FINANCIACIÓN DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

Si bien las barreras para el acceso a los nuevos tratamientos anticoagulantes (ACOD o Anticoagulantes de Acción Directa) son importantes en pacientes con fibrilación auricular, éstas son aún mayores en el caso de la enfermedad tromboembólica venosa (ETV). En la ETV, los ACOD no están financiados por el Sistema Nacional de Salud (SNS), lo que conlleva una indicación minoritaria y el uso casi único del tratamiento con heparinas de bajo peso molecular (HBPM) y antagonistas de la vitamina K (AVK).

Esta ausencia de financiación de los ACOD por parte del Sistema Nacional de Salud (SNS) para la ETV, hace de España el único país europeo en esta situación, a pesar de la evidencia clínica disponible y las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

Los ACOD serían igual de eficaces que los tratamientos clásicos pero tienen un menor riesgo de sangrado (producen menos hemorragias) y son más cómodos tanto para pacientes como profesionales dado que facilitan el control de la coagulación.

Estas barreras de acceso a los ACOD se deben a una justificación por cuestiones económicas dado que, por ejemplo, el tratamiento con Sintrom (AVK) tiene un coste mensual de unos tres euros mientras que el de los ACOD es de entre 80 y 100 euros. No obstante, un estudio reciente publicado en Farmacia Hospitalaria ha concluido que a la larga, el coste de los ACOD es más barato. Esto se debe a que los pacientes que reciben estos nuevos fármacos tienen menos complicaciones debido a su mayor seguridad y no requieren de una monitorización periódica del tiempo de coagulación de la sangre a través de analíticas para comprobar el INR (índice que mide el tiempo que tarda la sangre en coagularse), lo que también ahorra tiempo y dinero al SNS.

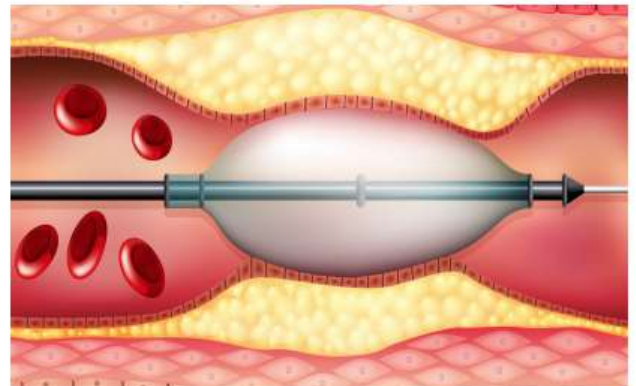
Esto se ha comprobado con un estudio de coste-eficiencia llevado a cabo por la consultora Porib, la Universidad Complutense y los hospitales Gregorio Marañón (Madrid), Josep Trueta (Girona) y Hospital de Elche.

Fuente: Correo Farmacéutico



EVITAR EL SINDROME POSTROMBÓTICO SEVERO CON MAYOR CALIDAD DE VIDA

A pesar de los avances en el diagnóstico, prevención y tratamiento, la trombosis venosa profunda (TVP) sigue siendo un problema de salud grave que puede acontecer a cualquier edad. Hasta en el caso de la aplicación correcta del tratamiento de anticoagulación, entre el 30 y el 50 por ciento de los pacientes afectados por TVP desarrollan un síndrome postrombótico (SPT). El tratamiento clásico también incluye terapia compresiva (como mínimo durante dos años) así como el tratamiento de los síntomas.



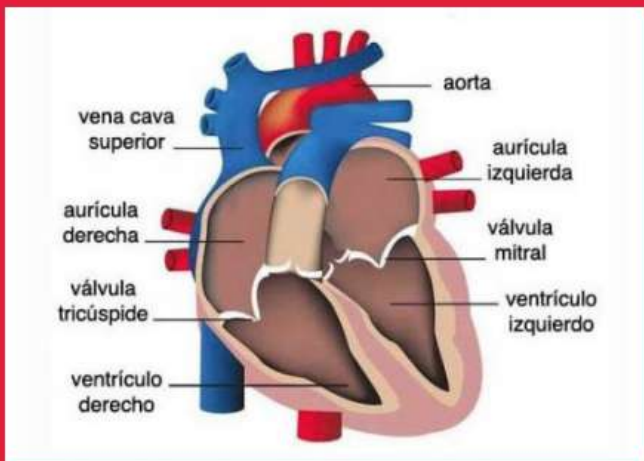
La sintomatología del SPT abarca desde dolor, calambres, pesadez, prurito, edema, induración de la piel, hiperpigmentación, enrojecimiento, dolor a la compresión en la pantorrilla, hasta varices y úlceras de difícil curación que además pueden reaparecer una vez terminada la convalecencia, lo que cronifica los síntomas, limita la vida diaria de los pacientes con un importante impacto personal y sociolaboral. Dependiendo de los síntomas, el SPT puede ser clasificado en leve, moderado y severo.

Recientemente, una nueva técnica aplicada hasta el momento a casos moderados-severos consigue mejorar el dolor hasta en un 80%, el edema hasta en un 75% y la curación de úlcera a casi el 70%. Este nuevo tratamiento para evitar la aparición del SPT consiste en la disolución química del trombo en los primeros días de su desarrollo. Posteriormente, y una vez realizado el diagnóstico, se recanaliza la vena enferma dilatándola con balones y, finalmente, se implanta uno o más stents para que la vena se mantenga abierta. El procedimiento se lleva a cabo con el paciente en sedación o anestesia general y a partir de la visualización con rayos X. La punción para entrar en la vena se realiza en el muslo, brazo o cara posterior de la rodilla, dependiendo del caso.

Con la aplicación de esta técnica poco invasiva, el paciente puede ser dado de alta al día siguiente con analgésicos vía oral y con la posibilidad de reincorporarse de manera completa a su vida cotidiana en 2 o 3 días, con la consiguiente mejora de la calidad de vida. Dados estos resultados, ya se está planteando que esta técnica se indique a todo paciente con SPT, independientemente de la gravedad de sus síntomas. Es importante, no obstante, acudir a un Servicio de Angiología, Cirugía Vasculay Endovascular que tenga una amplia experiencia en este campo.

Fuente: La Razón.

PIDEN REVISAR LOS CRITERIOS PARA PODER OPERAR LA VÁLVULA TRICÚSPIDE



La aurícula derecha del corazón y el ventrículo derecho se conectan a través de la válvula tricúspide. La afectación de esta válvula siempre se había considerado que tenía una repercusión menor en comparación a la válvula aórtica o a la mitral. No obstante, esto no sería así según la Dra. Patricia Mahía, miembro de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) y cardióloga del Hospital Clínico San Carlos (Madrid).

Según la especialista, del total de pacientes a quienes se les somete a cirugía de la válvula mitral o de la aórtica, más de un tercio acaban desarrollando insuficiencia tricúspide severa en el seguimiento, es decir, después de la operación.

La insuficiencia tricúspide acaba reduciendo la calidad de vida del paciente de manera importante, lo que conlleva que tenga que ser operado otra vez. A largo plazo, esto significa un aumento de la morbilidad y de la mortalidad.

En el contexto del Congreso Europeo de Cardiología (ESC Congress 2016), un equipo de investigadores españoles liderados por la mencionada experta ha presentado un estudio que tenía como objetivo valorar la idoneidad de los criterios actuales existentes en las guías de manejo clínico de la válvula tricúspide. La problemática radica en que si esta válvula no es intervenida en el momento de la cirugía primaria de la válvula mitral o de la aórtica (dependiendo del caso), se puede desarrollar insuficiencia tricúspide después de la operación. No obstante, los criterios actuales de las guías clínicas son muy estrictos y, por ejemplo, dictaminan que la válvula tricúspide se opere solamente en caso de que su anillo tenga un diámetro de 40mm, mientras que la conclusión o recomendación de este estudio es que se opere a partir de los 35mm.

Así, con un grupo de 109 pacientes con patología valvular reumática e insuficiencia tricúspide funcional, el estudio comprobó que solamente el 2% de los pacientes de la muestra serían seleccionados para cirugía simultánea de la válvula tricúspide (es decir de la válvula tricúspide y de la aorta o de la mitral), mientras que con la recomendación de rebajar el criterio a 35mm, la operación se hubiese realizado en un 53% de los pacientes.

A la espera de nuevos estudios y evidencias, la Dra. Mahía considera que los criterios actuales para poder intervenir sobre esta válvula no se ajustan a la realidad, subestimando la gravedad de su dilatación, dejando de operar a pacientes algunos de los cuales (más de un tercio) desarrollarán insuficiencia tricúspide por no haber sido operados simultáneamente.

Fuente: *Gaceta Médica*.

OBESIDAD Y RIESGO DE ICTUS ISQUÉMICO EN MUJERES

Hasta un 12,6% de los adultos españoles padecen obesidad, enfermedad que se asocia a patologías como la diabetes, el cáncer y a las enfermedades cardiovasculares. Por su lado, a nivel mundial más de 17 millones de personas padecen un ictus al año, en España, la cifra es de cerca de 120.000 casos/año, siendo más propenso en mujeres que en hombres. Entre las secuelas, destacan que un 30% de las personas fallecerá a consecuencia del mismo ictus mientras que otro 40% adquirirá una discapacidad grave.

La relación entre obesidad en mujeres y ataque cerebrovascular ha sido analizada y publicada recientemente en la revista *Neurology*. Este estudio se ha basado en un seguimiento de 1,3 millones de mujeres adultas británicas durante un periodo de 12 años, de todas ellas, 20.459 sufrieron un ictus. La clasificación de los diferentes tipos de peso se basó en el Índice de Masa Corporal (o IMC; medida de asociación entre el peso y la altura).

Así, los resultados mostraron como entre las mujeres con un peso (IMC=22,5 – 25kg/m²), el ictus isquémico sucedió en un 0,7% de los casos, mientras que el hemorrágico lo hacía en un 0,5%. En cambio, en el caso de las mujeres obesas (IMC igual o superior a 30kg/m²), esa incidencia fue del 1% y del 0,4% respectivamente según tipo de ictus. Además, un incremento



de cinco unidades en el IMC aumentaría el riesgo de sufrir un ictus isquémico en un 21% y un descenso del 12% de probabilidad de padecer un ictus hemorrágico. Esto conlleva que cada tipo de ictus tiene su perfil de riesgo específico, como explicó el Dr. Gillian Reeves, director de la investigación (Universidad de Oxford).

No obstante, es importante señalar que a partir de estos resultados no se puede afirmar que la obesidad en mujeres sea protectora ante el ictus al rebajar el riesgo de sufrir ictus de tipo hemorrágico, ya que las mujeres obesas tienen más probabilidad de sufrir un ictus en general (de cualquier tipo), siendo la obesidad un factor de riesgo significativo de ictus en todas las edades así como en ambos sexos.

Fuente: *ABC Salud*.

VER LA TELEVISIÓN MUCHAS HORAS AUMENTA EL RIESGO DE AMBOLIA PULMONAR



Las muertes a causa de la embolia pulmonar (EP) podrían estar infra-detectadas por la dificultad de diagnosticarla ya que sus síntomas son parecidos a los de otras problemáticas: dolor en pecho y dificultad para respirar. El sedentarismo y los malos hábitos de salud se encuentran entre las principales causas de riesgo de padecer EP, entre estos hábitos se encuentra el ver la televisión durante muchas horas. En un estudio publicado en *Circulation*, investigadores japoneses analizaron los resultados de 86.024 personas de 40 a 79 años, las cuales informaron sobre el número de horas de visionado de televisión. Los resultados se compararon respecto de los que veían la televisión menos de 2,5 horas al día. Los resultados mostraron como los participantes que veían la televisión entre 2,5 y 4,9 horas al día tenían un 70% más de probabilidades de morir por EP. Esa probabilidad aumentaba un 40% por cada dos horas adicionales, y 2,5 veces entre los que miraban la televisión cinco o más horas.

Hay que tener en cuenta que los datos procedentes del estudio se recogieron entre los años 1988 y 1990 por lo que los nuevos hábitos relacionados con las nuevas tecnologías podrían haber aumentado las horas de visionado de televisión, tabletas, móviles, etc. lo que aumentaría el tiempo de estar sentado y el sedentarismo en general. Por ese motivo, los autores del estudio recomiendan que aproximadamente cada hora, las personas que pasan largos ratos mirando la televisión se levanten, caminen, tensen los músculos durante un rato, así como que beban agua, ya que estas prácticas disminuyen la posibilidad de que se forme un coágulo en las piernas el cual puede pasar al pulmón produciendo la EP. Otra de las recomendaciones sería la de reducir el peso dado que la obesidad sería la segunda causa, después del sedentarismo, de sufrir EP.

Fuente: *Diario Médico*.

MEDIDAS PARA DETECTAR Y ACTUAR CONTRA LA FALTA DE ADHERENCIA



Solo la mitad (49,9%) de los pacientes crónicos españoles cumpliría el tratamiento prescrito, según un estudio encargado por Farmaindustria (la patronal de la industria farmacéutica).

Según éste, el olvido sería la principal causa de falta de adherencia, seguido del malestar provocado por el tratamiento, la mejora de los síntomas una vez iniciado el tratamiento y no tomar el medicamento durante el horario indicado por el médico. Por otro lado, el perfil de paciente más adherente al tratamiento sería el de las personas mayores (el 63,9% de los mayores de 65 años siguen el tratamiento) de zonas rurales y sin estudios (55,9%); al contrario que los jóvenes (71,2% de los menores de 45 años no lo cumplen) y con estudios medios o superiores (56,1%), quienes serían los menos cumplidores. Según enfermedades, los pacientes crónicos cardiovasculares y los diabéticos son los más cumplidores (por encima del 60%). La encuesta se realizó a partir de una muestra representativa de 1.400 pacientes crónicos.

Así, se hacen necesarias medidas casi personales para aumentar la adherencia al tratamiento dado que las causas finales obedecen a particularidades de cada paciente, opina Luis-Yagüe, responsable de Farmaindustria para las relaciones con las administraciones autonómicas y coordinador del Plan de Adherencia al Tratamiento. Hay que recordar que, en el caso del tratamiento anticoagulante, la adherencia es uno de los factores clave para el buen control del nivel de coagulación.

En base a esta realidad y contexto, se basa el Plan de Adherencia al Tratamiento coordinado por el Sr. Luis-Yagüe, que tiene la finalidad de llegar a conclusiones homogéneas sobre el paciente menos adherente y actuar en consecuencia.

Fuente: *Somospacientes (Farmaindustria)*.

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

● 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