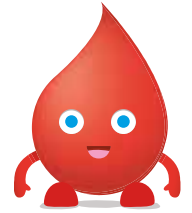


LA NEWSLETTER DEL PACIENTE ANTICOAGULADO

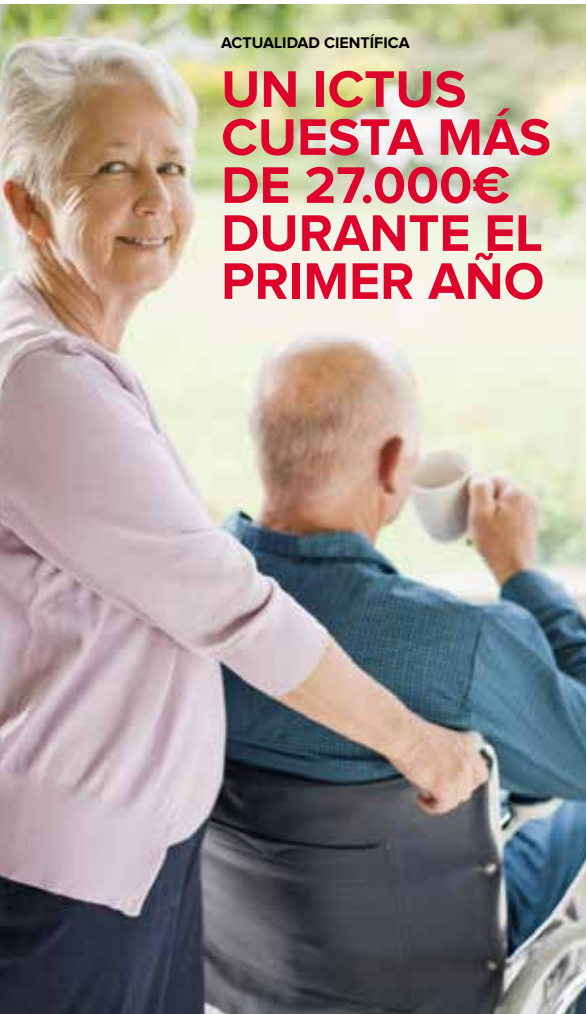


Con la colaboración de

150 Years
Science For A Better Life

ACTUALIDAD CIENTÍFICA

UN ICTUS CUESTA MÁS DE 27.000€ DURANTE EL PRIMER AÑO



Un ictus, o accidente cerebrovascular, altera la calidad de vida del paciente que lo sufre y de todo su entorno familiar. Las familias que lo han sufrido lo saben muy bien.

Un año después de haber sufrido un ictus, el 49% de los pacientes tiene algún tipo de dependencia, siendo de moderada a importante en la mitad de los casos.

El cuidador principal de un paciente con ictus suele ser una mujer (70% de los casos) con una edad media de 56,26 años que dedica de 30 a 34 horas a la semana al cuidado del paciente. La mitad de los afectados por un ictus reciben cuidados por amas de casa o pensionistas y jubilados, lo cual plantea un reto de futuro por la potencial desaparición de estos roles.

El 34,5% de los cuidadores son trabajadores activos que tienen que modificar su situación laboral, principalmente reduciendo la jornada, por la sobrecarga que conlleva cuidar de un paciente con ictus. Cabe destacar que 3 de cada 10 cuidadores se ve forzado a abandonar su trabajo.

Sólo durante el primer año un ictus cuesta 27.711€. De éstos, 18.141€ corresponden a cuidados informales prestados por personal no profesional, habitualmente familiares del paciente. Los cuidadores informales sufragan el 92% del coste del cuidado de los pacientes, puesto que son muy pocos los que reciben ayudas relacionadas con la ley de la dependencia o que tienen acceso a los servicios sociales formales que ofrecen los distintos niveles de la administración. En relación al gasto hospitalario se estima un coste de 5.850€ durante el primer año de un ictus, tan solo un 40% del coste estimado por los sistemas sanitarios. La carga global del ictus genera un coste superior a otras enfermedades y demencias. Sin embargo, a pesar de su elevado coste socio-sanitario, ni la sociedad en su conjunto ni el sistema sanitario valoran esta carga.

Estas conclusiones se desprenden del estudio CONOCES que evaluó, durante un año, la evolución y costes del ictus en las unidades de ictus de 16 hospitales de 16 comunidades autónomas de España. Las visitas se hicieron durante la hospitalización, a los tres meses y al año. El estudio se basó en 291 pacientes que habían sufrido un ictus. Los resultados del estudio CONOCES se presentaron en la LXV reunión anual de la Sociedad Española de Neurología (SEN).

Fuente: Estudio CONOCES, Europa Press.

ACTUALIDAD

SER MUJER ENTRAÑA MAYORES RIESGOS DE PADECER UN ICTUS Y TENER PEOR CALIDAD DE VIDA QUE LOS HOMBRES

La supervivencia a un ictus cada vez es mayor gracias a la mejora del tratamiento y la prevención. Sin embargo, a los tres meses de haber padecido un ictus las mujeres tienen peor calidad de vida que los hombres. Un año después de haber padecido un ictus la magnitud de esas diferencias se reduce. Estos datos se obtuvieron a partir de una investigación con 1.370 pacientes de entre 56 y 77 años cuyos resultados se publicaron en la edición digital de la revista Neurology.

La investigación detectó que la edad realmente tiene muy poco efecto sobre la calidad de vida. La calidad de vida se observó mediante una fórmula que evalúa la movilidad, el autocuidado, las actividades cotidianas, la depresión y/o ansiedad y el dolor.

Dado que el sexo es un factor clave de la calidad de vida de los supervivientes a un ictus, la revista Stroke acaba de publicar la primera guía científica para ayudar a prevenir los riesgos específicos de ictus en mujeres ya que a los riesgos habituales una mujer debe añadir el riesgo ocasionado por las

hormonas, la salud reproductiva, el embarazo, el parto y otros factores relacionados con el sexo. Además, las mujeres mayores de 75 años deben someterse a análisis de riesgos de fibrilación auricular, debido a su vinculación con los accidentes cerebrovasculares. La guía también advierte que las mujeres que tienen preeclamsia tienen el doble de posibilidades de sufrir un ictus. Por otro lado, el estrés emocional es otro factor a tener muy en cuenta puesto que tiene mayor incidencia en mujeres.

Fuente: ABC.



NOTICIAS FEASAN

FEASAN SE POSICIONA EN DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS

En el último año, el colectivo de pacientes anticoagulados de nuestro país ha sido espectador de: denuncias, manifiestos, informes, guías, recomendaciones, etc., en relación al uso y acceso a una nueva generación de tratamientos anticoagulantes. Iniciativas impulsadas por parte de diferentes organizaciones, públicas y privadas, relacionadas con la anticoagulación.

En este sentido, recientemente FEASAN, como colectivo de pacientes, ha dado a conocer un documento de posicionamiento con respecto a la situación actual de acceso a los nuevos anticoagulantes orales. Un documento, con un enfoque centrado en el paciente, que cuenta con el aval de siete sociedades científicas y la Federación Española de Ictus.

Con el documento la Federación ha puesto de manifiesto las dificultades de acceso y la inequidad territorial en relación a este grupo de fármacos.

En primer lugar, FEASAN considera incoherente e innecesario que algunas comunidades autónomas hayan propuesto recomendaciones propias en relación con el uso de los nuevos anticoagulantes orales después de que la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) ya hubiera publicado unos criterios comunes de uso, consensuados y aprobados posteriormente en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), órgano en el que participan todas las comunidades autónomas.

A este respecto, el colectivo de pacientes anticoagulados ha denunciado tanto el incumplimiento generalizado de dichos criterios como la imposición de condiciones de visado de inspección especialmente duras y restrictivas en algunas regiones concretas.

Asimismo, ocho comunidades autónomas: Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, La Rioja y Murcia, excluyen al médico de atención primaria como posible prescriptor de este tipo de fármacos, debiendo derivar al paciente a un especialista hospitalario, caso que sea candidato a recibir un nuevo anticoagulante. Hechos que suponen evidentes desigualdades entre unos pacientes de un territorio u otro.

Lo cierto es que actualmente, y después de dos años en el mercado, en España el 9% de los pacientes anticoagulados accede a los nuevos anticoagulantes orales, cuando las estimaciones de los diferentes grupos de expertos indican que alrededor del 30% de los pacientes anticoagulados son potenciales candidatos.

De ahí, que desde el colectivo de pacientes se apele a la ética y a la responsabilidad de las administraciones sanitarias y de los profesionales implicados, para que garanticen la equidad y el acceso a cualquier tratamiento disponible y financiado por nuestro Sistema Nacional de Salud, independientemente del territorio en el que se encuentre y primando siempre el criterio clínico sobre cualquier otro criterio que no se basa en la evidencia científica.

Por último, FEASAN no olvida reivindicar la información y la educación sanitaria de los pacientes así como también la formación continuada y el reciclaje de los profesionales sanitarios implicados en el abordaje de la anticoagulación, un hecho clave cuando hablamos de anticoagulación (sea cuál sea el tratamiento anticoagulante). Para FEASAN apostar por la información y educación del paciente, haciéndole corresponsable de la gestión de su propia salud, repercute en una mejora de la calidad de vida, la autoeficacia y el control de la enfermedad, además de un mejor uso de los recursos sanitarios.

Fuente: FEASAN

ACTUALIDAD

DISEÑAN UN ANTICUERPO QUE EVITA LA FORMACIÓN DE COÁGULOS SIN RIESGO DE SANGRADO EN LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS

Cuando la sangre se cuaja se forma un coágulo sanguíneo. Si el coágulo taponan los vasos sanguíneos la sangre no puede circular y se produce una trombosis. Cuando esto ocurre hay riesgo de padecer una hemorragia, es decir, que la sangre se salga de los vasos sanguíneos porque estos se rompen. Los medicamentos anticoagulantes tienen la función de regular la coagulación de la sangre para evitar la trombosis pero acarrean un mayor riesgo de padecer hemorragias.

Una alternativa más segura para los pacientes anticoagulados podría ser el anticuerpo 3F7 que ha diseñado un equipo de investigadores suecos del Instituto Karolinska. Este anticuerpo detiene la coagulación (previene la trombosis) pero sin el riesgo de padecer hemorragias (sin causar sangrado anormal). Además, el organismo no rechaza el anticuerpo 3F7 porque es similar a los anticuerpos producidos de forma natural por el sistema inmunológico humano.

El anticuerpo 3F7 actúa bloqueando el factor XII, una enzima esencial para la formación del coágulo. Por el momento el anticuerpo 3F7 se ha probado en ratones y conejos. Los resultados muestran que estos animales estaban protegidos contra la trombosis y que no tenían un mayor riesgo de hemorragia.

*Fuentes: ABC y Science Translational Medicine.
Referencia: Varios autores. A Factor XIIa Inhibitory Antibody Provides Thromboprotection in Extracorporeal Circulation Without Increasing Bleeding Risk. Sci. Transl. Med. 6, 222ra17 (2014).*

LA SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES PUEDE DEPENDER DE LA CARGA DE TRABAJO DE LAS ENFERMERAS



La carga de trabajo de las enfermeras y su nivel de estudios puede condicionar la supervivencia de los pacientes después de una intervención quirúrgica. Esta es la principal conclusión de un estudio retrospectivo realizado en 9 países europeos y en el que han participado 300 hospitales. Se analizaron las respuestas de más de 26.500 enfermeras y se revisaron los registros médicos de 422.730 pacientes mayores de 50 años dados de alta tras una cirugía común.

Si bien los resultados varían entre hospitales, más que entre países, a más formación y menor carga, más supervivencia. Por lo que a España se refiere, es el único país considerado, junto con Noruega, donde todas las enfermeras tienen titulación universitaria. Por el contrario, entre los países analizados, España presenta la ratio más alta de pacientes por enfermera (12,7) frente al 5,2 de Noruega, que es la más baja. En España no existe ninguna ley que regule el número de pacientes por enfermero, sólo en las unidades de críticos.

Según el estudio, cada paciente adicional a la carga de trabajo habitual de una enfermera eleva en un 7% el riesgo de fallecer de los pacientes quirúrgicos en los 30 días siguientes a la admisión. Asimismo, un incremento del 10% en la proporción de enfermeros que poseen un título de grado se relaciona con una disminución del 7% en el riesgo de muerte de los pacientes. En los hospitales donde las enfermeras atienden a un promedio de seis pacientes cada una y la proporción de enfermeras con títulos de licenciatura es del 60% o más, el riesgo de muerte hospitalaria es un 30% más bajo que en los centros donde las enfermeras atienden a un promedio de ocho pacientes y en los que sólo el 30% están licenciadas.

Fuentes: *El Mundo*, *Infosalus* y *JANO*.
Referencia: Prof Linda H Aiken PhD et al. *Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study*. *The Lancet*, Early Online Publication, 26 February 2014. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8

COMIENDO MEDIO KILO DE FRESAS AL DÍA SE REDUCE EL COLESTEROL

Los niveles de colesterol LDL y triglicéridos se reducen comiendo medio kilo de fresas al día. Así lo ha evidenciado un estudio en que un grupo de 23 voluntarios sanos, durante un mes, añadieron 500gr de fresas al día en su dieta. Antes y después de este período se les tomaron muestras de sangre para poder comparar los datos. Tras comer fresas durante un mes se comprobó que los triglicéridos disminuyeron un 20%. Asimismo, la cantidad total de colesterol se redujo un 8,78%, los niveles de lipoproteínas de baja densidad (LDL o colesterol malo) un 13,72% y la cantidad de triglicéridos un 20,80%. La lipoproteína de alta densidad (HDL o colesterol bueno) se mantuvo sin cambios.

Según los expertos, el consumo de las fresas también mejoró otros parámetros como el perfil general de los lípidos (grasas) en el plasma, los biomarcadores antioxidantes (como la capacidad de absorción de radicales de oxígeno o la vitamina C), las defensas antihemolíticas y la función plaquetaria. Todos los parámetros volvieron a sus valores iniciales a los 15 días de dejar de comer fresas regularmente.

Este estudio internacional fue llevado a cabo por un equipo de investigadores de la Universidad Politécnica delle Marche (Italia) en el que participaron expertos de las universidades de Sevilla, Granada y Salamanca. Los resultados se publicaron en el *Journal of Nutritional Biochemistry*, apoyando así por primera vez el papel protector de los compuestos bioactivos de las fresas frente a reconocidos marcadores y factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares. Aunque todavía no hay evidencia directa sobre qué compuestos de las fresas están detrás de estos efectos beneficiosos, todos los indicios y estudios epidemiológicos apuntan hacia las antocianinas, los pigmentos vegetales que les dan el color rojo.



Otros estudios también han confirmado que comer fresas es eficaz contra la radiación ultravioleta, reduce los daños que produce el alcohol en la mucosa gástrica, fortalece los eritrocitos o glóbulos rojos y mejora la capacidad antioxidante de la sangre. Los mismos investigadores prevén publicar más adelante otro trabajo donde se demuestra que comer fresas incrementa la función antioxidante del flujo sanguíneo, los eritrocitos y las células mononucleares.

Fuentes: *ABC*, *Cardionet*.

Referencias: Varios autores. "One-month strawberry-rich anthocyanin supplementation ameliorates cardiovascular risk, oxidative stress markers and platelet activation in humans". *Journal of Nutritional Biochemistry* 25 (3): 289-294, marzo de 2014.

Varios autores. "Strawberry intake increases blood fluid, erythrocyte and mononuclear cell defenses against oxidative challenge". *Food Chemistry* 156: 87-93, agosto de 2014.

FEASAN IMPULSA LA CREACIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE PACIENTES ANTICOAGULADOS DE EXTREMADURA

El Hospital de Mérida acogió el pasado día 12 de marzo, la Jornada para Pacientes Anticoagulados dirigida a pacientes y familiares, actividad enmarcada en la estrategia de expansión de FEASAN, que persigue el impulso de la creación de asociaciones de pacientes anticoagulados con el objetivo de acercar la información y la educación sanitaria de los pacientes anticoagulados.

La primera parte del programa versó sobre “La anticoagulación oral del s.XXI”, en la que se trataron temas como los diferentes perfiles del paciente anticoagulado, el autocontrol como una opción de automanejo y el presente y futuro de la anticoagulación. En la segunda parte de la jornada, se expuso el valor de la unidad de las asociaciones de pacientes, su papel en la promoción de la educación sanitaria del paciente anticoagulado y el proyecto de impulso de la Asociación de Anticoagulados en Extremadura.

Fuente: FEASAN.

IMPLANTADOS CON ÉXITO NOVEDOSOS DISPOSITIVOS SIN CABLES PARA EL CORAZÓN

Ya se han empezado a implantar dispositivos sin electrodos (cables endocárdicos) para el corazón. El nuevo marcapasos sin cables se llama Nanostim, mide un 10% menos y es recuperable. La intervención, menos invasiva, evita molestias e infecciones porque no hay incisión ni intervención quirúrgica. También se evitan las roturas del cable y las erosiones de la piel. Desaparecen la cicatriz y el bulto que quedan tras implantar un marcapasos convencional. Otra de las ventajas para los pacientes es que su reducido tamaño les permite seguir llevando a cabo sus actividades cotidianas sin miedo de que el cable se disloque o sufra algún daño.

Por otro lado, el desfibrilador sin cables evita las complicaciones originadas por el cable. Su implantación es sencilla porque no se toca ni el corazón ni los vasos sanguíneos y además no requiere el uso de rayos X durante el procedimiento. Este nuevo dispositivo permite tratar a pacientes sin otras alternativas para la arritmia.

Fuentes: EFE Salud y JANO.

newsletter feasan

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

Inscríbete en
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
Teléfono: 649 832 283
- Aragón**
ASANAR | Asociación de Anticoagulados de Aragón
Teléfono: 976 22 66 60
- 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 Cardiópatas y Anticoagulados de La Coruña
Teléfono: 981 278 173
- País Vasco**
AVET | Asociación Vizcaína para enfermos de Trombosis
Teléfono: 944 236 497
- Federación Española de Asociaciones de Anticoagulados - FEASAN**
Dr. Gil y Morte 24. Pta. 7.
46007 Valencia
Teléfono / Fax: 963 525 577