

ANTIAGREGANTS I ANTICOAGULANTS

**Contraindicació,
Convivència o
Sinèrgia**

CAP (Caverna Assistencial Paleolítica) LES COVES



CIP: HUGH00000001

Bruixot de capçalera

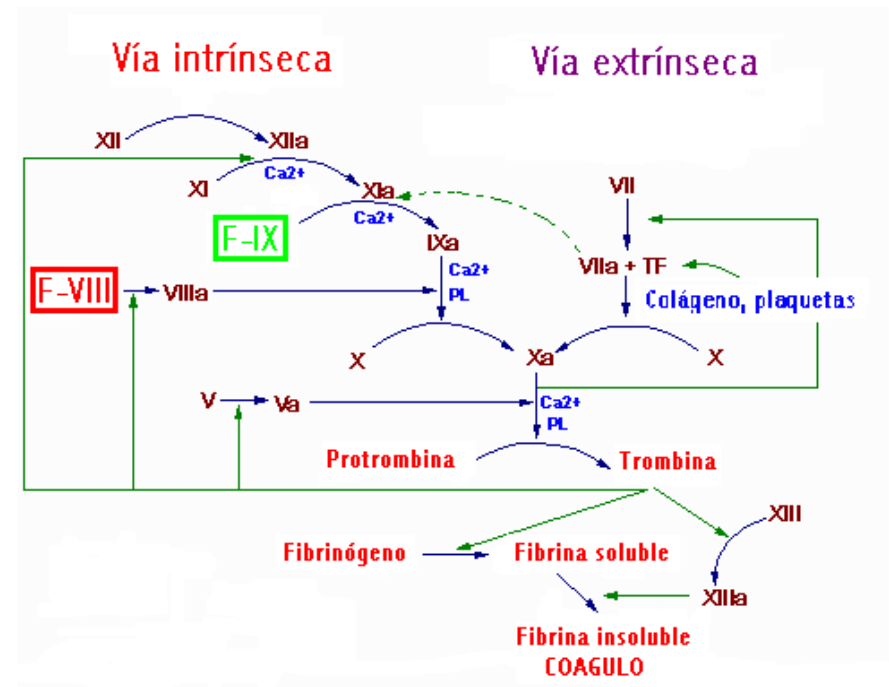
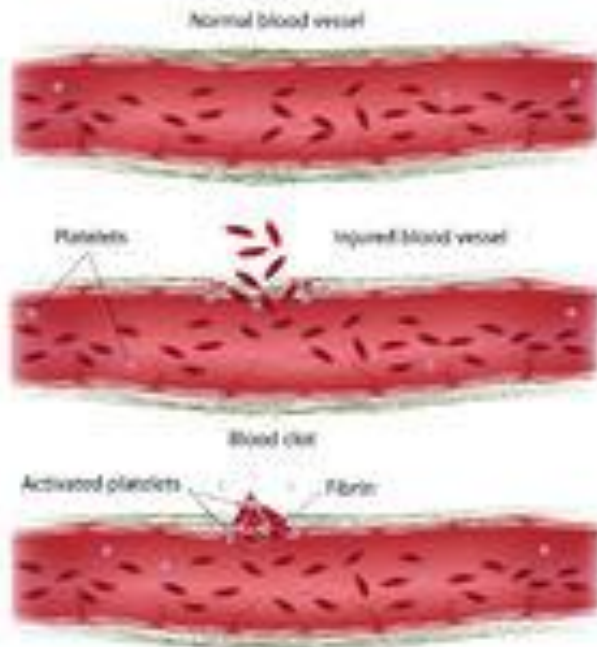
Motius de consulta freqüents:

- 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:

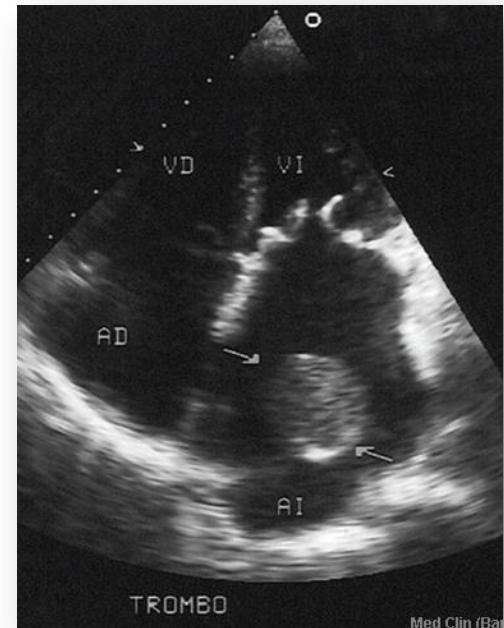
- Ateromatosis
- Disfunció endotelial
- Estasis sanguini
- Traumatisme vascular
- Factors procoagulants

Grandària
del vas

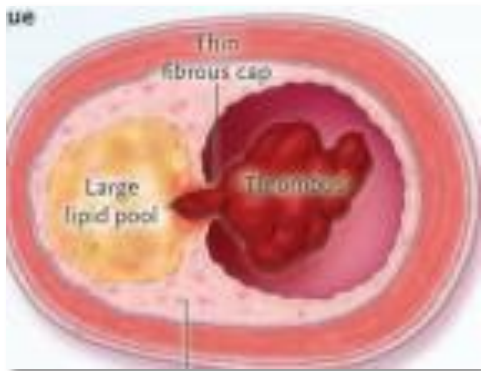
petit



gran



Vas petit



Agregació
plaquetar



Trombosis
local



Oclusió
del vas



Isquèmia
local

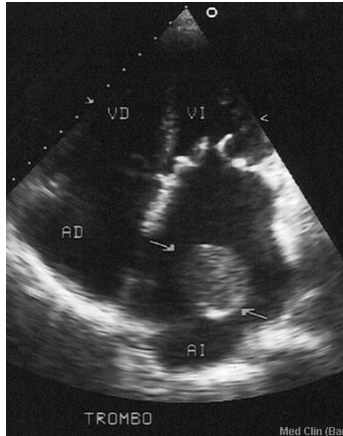
Síndromes clínics:

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

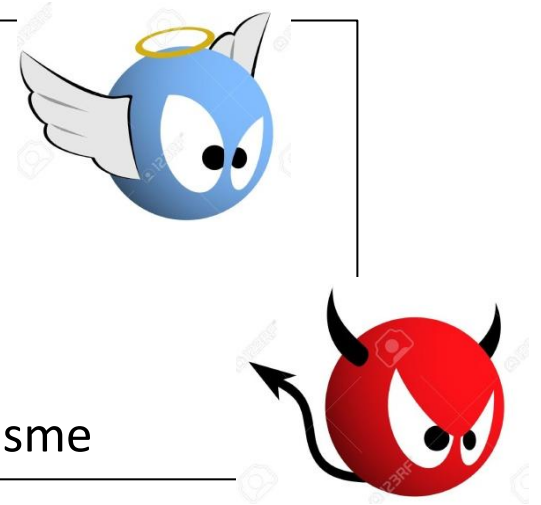
Anticoagulants

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



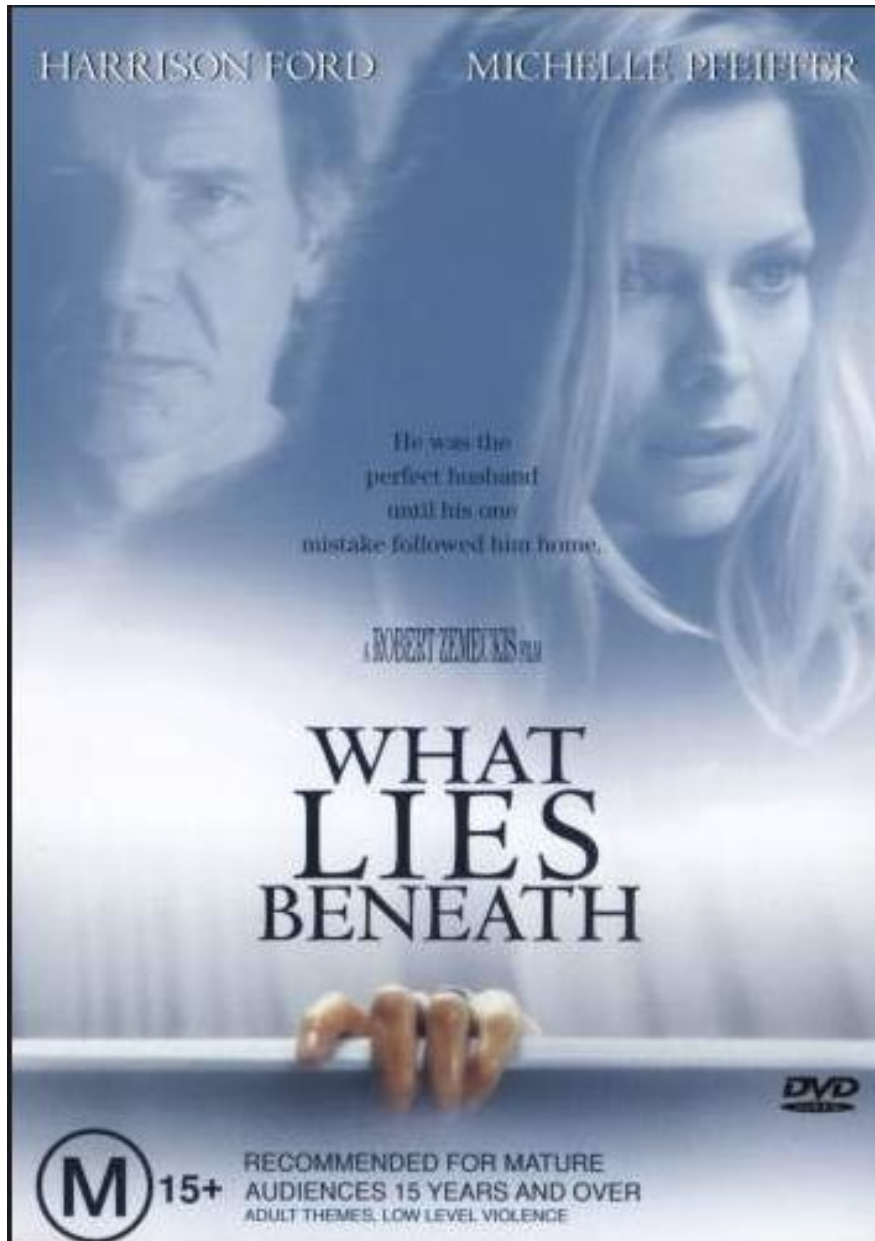
RISC Vs BENEFICI?



DADES CATSALUT 2015

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





*Cas 1

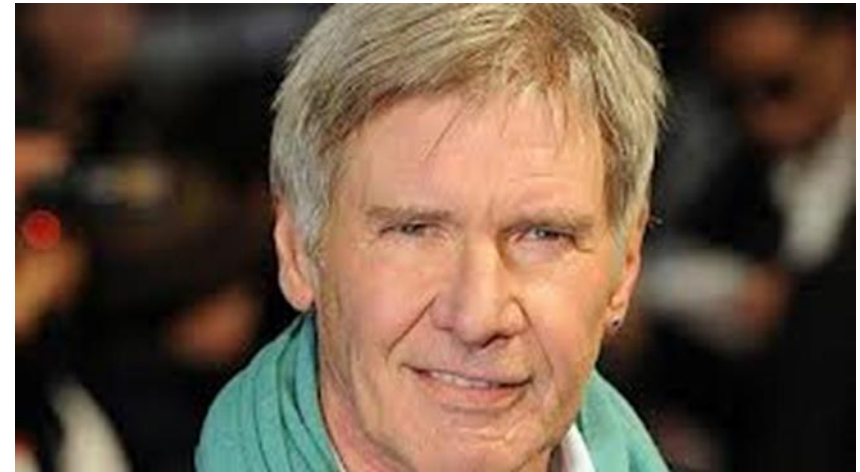
“Lo que la verdad esconde”

Home de 73 anys. HTA i DM2.

Ingrés per codi IAM amb Síndrome Coronària Aguda a cara anterior. Angioplàstia (ICP) primària amb implantació de Stent farmacoactiu a Descendent Anterior.

Bona evolució.

Alta als 4 dies amb doble antiagregació.



Home de 73 anys. HTA i DM2.

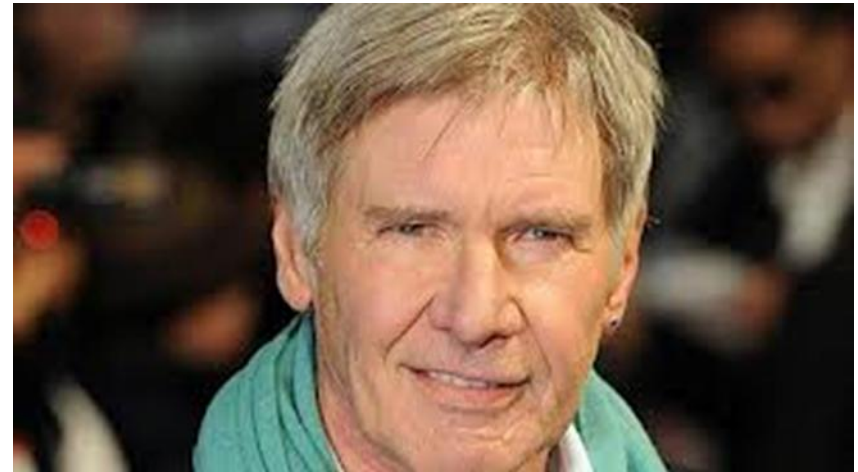
Ingrés per codi IAM amb Síndrome Coronària Aguda a cara anterior. Angioplàstia (ICP) primària amb implantació de Stent farmacoactiu a Descendent Anterior.

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.



Home de 73 anys. HTA i DM2.

Ingrés per codi IAM amb Síndrome Coronària Aguda a cara anterior. Angioplàstia (ICP) primària amb implantació de Stent farmacoactiu a Descendent Anterior.

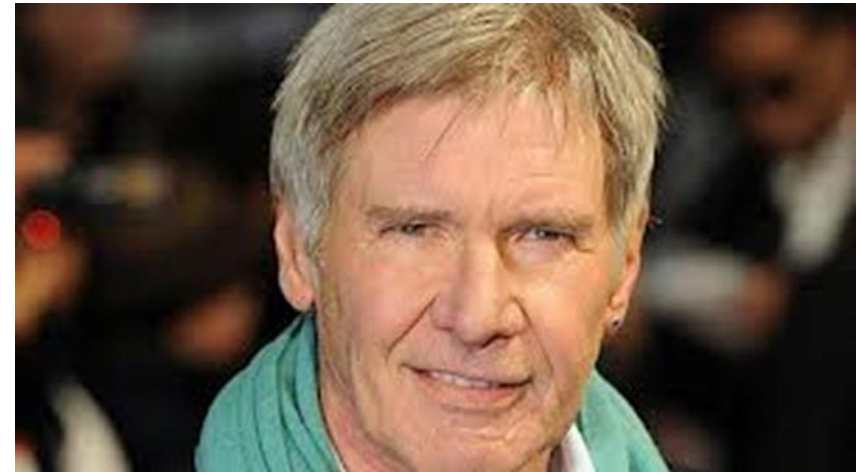
Bona evolució.

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**
- **Acenocumarol**
- Amiodarona 200mg/24h
- Enalapril 10m/24h
- Metformina 850mg/8h
- Atorvastatina 40mg/24h



...GLUBS...



1.- debut FA i ACO

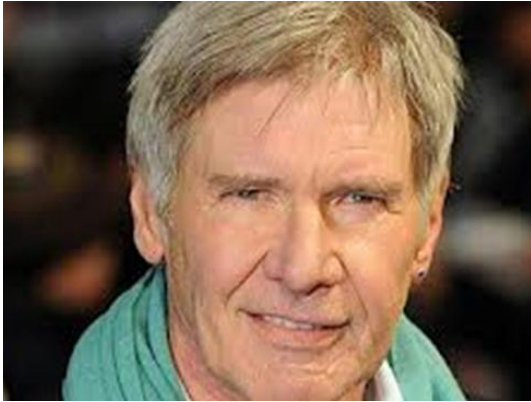
2.- risc-benefici:
risc embòlic vs risc hemorràgic

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**

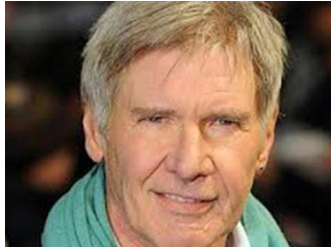
2.- risc benefici: risc
hemorràgic **AP**

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 (a l'alta hospitalària) presentava RS

Podem saber quants dies portava amb FA?

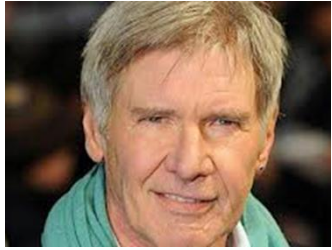
Mr. Ford: "I started noticing palpitations from 1 hour before coming to the E.R."

1) Control de símptomes:
Inestabilitat
hemodinàmica?

2) Prevenció d'ICTUS:
CHADS₂
CHA₂DS₂VAS_C

3) Control de freqüència
Vs. control del ritme

Amiodarona → RS
AC: Rítmic a 74x

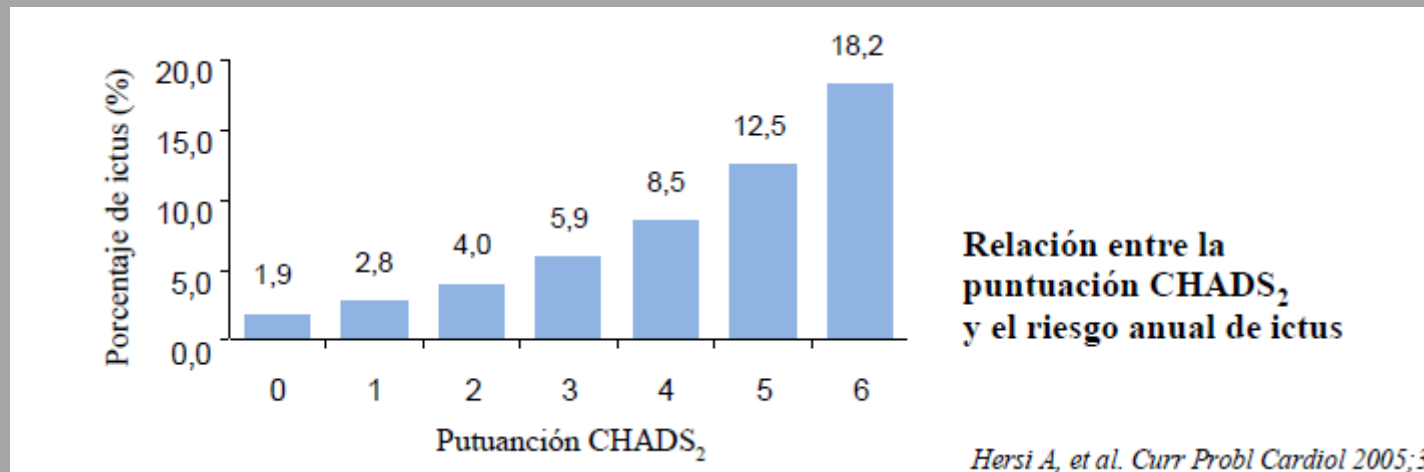


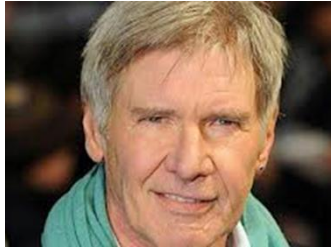
1.- debut FA i ACO **AP**

2) Prevenció ictus



ESCALA CHA₂DS₂VASC. VALORACIÓ RISC TROMBOEMBÒLIC EN FA





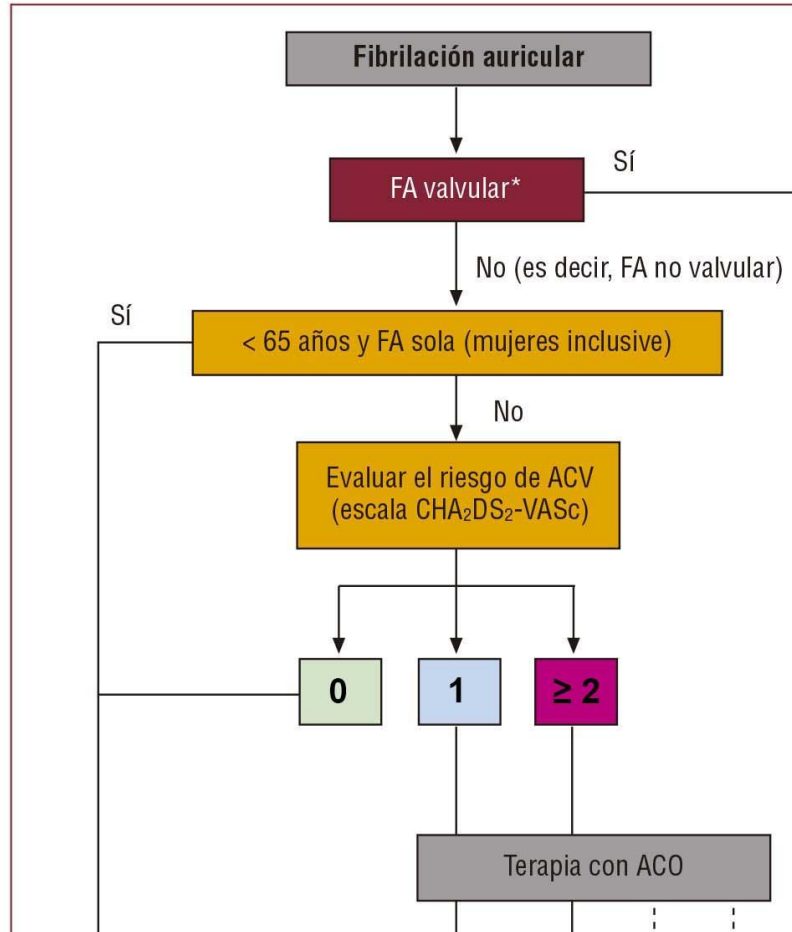
1.- Debut FA i ACO **AP**

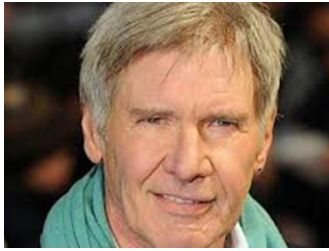


Dra E. Sant. Metge de Família

Prevenció ictus

ESCALA CHA₂DS₂VASC **4**





2.- Risc benefici: Hemorràgia

AP

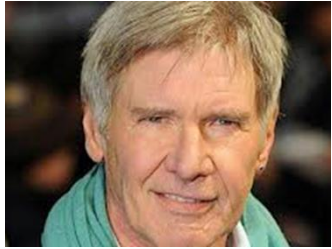


Dra E. Sant. Metge de Família

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, ³la 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**.



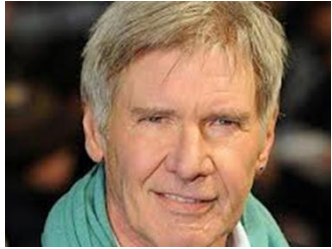
2.- Risc benefici: hemorràgia **AP**



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 Ford's HASBLED=**3**



2.- Risc-Benefici: Hemorràgia

AP

Acenocumarol
AAS
Clopidogrel



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, en

Research

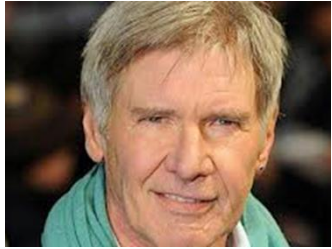
Original Investigation

Outcomes in a Warfarin-Treated Population With Atrial Fibrillation

Fredrik Björck, MD; Henrik Renlund, PhD; Gregory Y. H. Lip, MD, PhD; Per Wester, MD, PhD; Peter J. Svensson, MD, PhD; Anders Själander, MD, PhD

Pacients amb FA tractats amb anticoagulants orals (AVK) al 70% haurien de ser estrictament monitoritzats .

- El TTR és un potent indicador de sagnat i d'esdeveniments trombòtics i hauria mantenir-se per sobre del 70%



2.- Risc-Benefici: Hemorràgia Teràpia Doble



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, en pacients amb un ús concomitant d'AAS i l'impacte del control del INR (TTR)

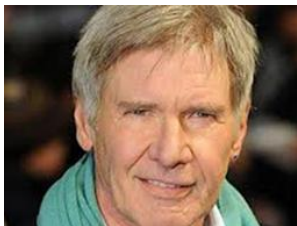
N=40.449 Warfarina

N= 4.311 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 només ACO. No diferències en mortalitat

- Pacients amb IRC, tractament antiagregant i TTR < al 70% haurien de ser estretament monitoritzats .
- El TTR és un potent indicador de sagnat i d'esdeveniments trombòtics i hauria mantenir-se per sobre del 70%



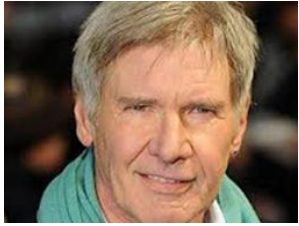
2.- Risc-Benefici: Hemorràgia: Teràpia Doble



Dra E. Sant. Metge de Família

- La **Doble antiagregació** incrementa substancialment el risc d'hemorràgia, que pot arribar a ser mortal.
- Cal individualitzar el tractament en base a eines per estimar el risc de trombosi (CHA₂DS₂VAS_C) i del risc d'hemorràgia (HAS-BLED) en cada pacient anticoagulat
- La **Doble antiagregació llarga** incrementa la incidència d'hemorràgia greu "2 hemorràgies/ trombosi stent evitada"
- Un 30% de les *hemorràgies greus* són intracranials
- La Doble antiagregació ha de durar el mínim temps possible "**3-6 m**"
- Un tractament més llarg no disminueix la mortalitat cardiovascular, augmenta el risc d'hemorràgia greu i incrementa la mortalitat no cardiovascular

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



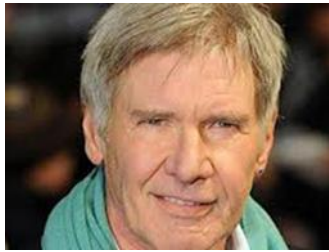
2.- Risc-Benefici: Hemorràgia: Teràpia Triple



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

Paikin JS, Wright DS, Crowther MA, Mehta SR, Eikelboom JW. Metanàlisi: Triple antitrombòtica en pacients amb fibril·lació auricular i stents d'arteria coronària. **Circulation. 2010;121:2067–2070.**

Faxon DP, Eikelboom JW, Berger PB, Holmes DR, Bhatt DL, Moliterno DJ, Becker RC, Angiolillo DJ. Consensus Document: Antitrombòtica en pacients amb fibril·lació auricular que s'ha sotmès a stenting coronari. **Thromb Haemost. 2011;106:572–584.**



3. Doble Antiagregació + ACO: Gastroprotecció?



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

Lip G, Joint consensus document of the European Society of Cardiology
European Heart J 2014; 35, :3155–3179

Donat que 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 .
ACC, American College of Gastroenterology and AHA

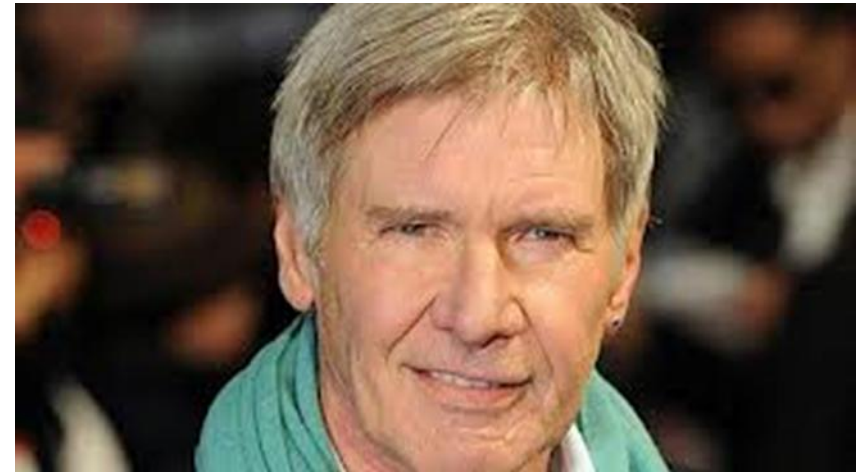
Home de 73 anys. HTA i DM2.

Ingrés per codi IAM 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
- Acenocumarol
- Amiodarona 200mg/24h
- Enalapril 10m/24h
- Metformina 850mg/8h
- Atorvastatina 40mg/24h
- **IBP?**



Self Audit de prescripció

Nom de l'informe:

Necessitat de gastroprotecció en pacients de 65 anys o més

1. Objectius de l'Informe

Dins l'àmbit de la seguretat, l'informe de "Necessitat de gastroprotecció en pacients de 65 anys o més" de *Self Audit* pretén ser un ajut per revisar els pacients ancians amb necessitat de gastroprotecció degut a què prenen de forma concomitant:

- Antiinflamatoris no esteroïdals sistèmics i antiagregants plaquetaris
- Antiinflamatoris no esteroïdals sistèmics i anticoagulants orals
- Antiinflamatoris no esteroïdals sistèmics i corticoides sistèmics
- Antiagregants plaquetaris i anticoagulants
- Antiagregants plaquetaris i corticoides sistèmics
- **Doble antiagregació plaquetària**





Self Audit de prescripció

Nom de l'informe:

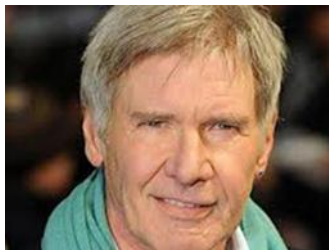
Necessitat de gastroprotecció en pacients de 65 anys o més

1. Objectius de l'Informe

Dins l'àmbit de la seguretat, l'informe de "Necessitat de gastroprotecció en pacients de 65 anys o més" de *Self Audit* pretén ser un ajut per revisar els pacients ancians amb necessitat de gastroprotecció degut a què prenen de forma concomitant:

- Antiinflamatoris no esteroïdals sistèmics i antiagregants plaquetaris
- Antiinflamatoris no esteroïdals sistèmics i anticoagulants orals
- Antiinflamatoris no esteroïdals sistèmics i corticoides sistèmics
- **Antiagregants plaquetaris i anticoagulants**
- Antiagregants plaquetaris i corticoides sistèmics
- **Doble antiagregació plaquetària**





3.- Doble antiagregació + ACO: Gastroprotecció? Omeprazol Vs. Pantoprazol



**2009 EMA recomana no utilitzar de forma concomitant
Clopidogrel i Omeprazol...**

Múltiples estudis, AACC i observacionals...

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Clopidogrel with or without Omeprazole in Coronary Artery Disease

Deepak L. Bhatt, M.D., M.P.H., Byron L. Cryer, M.D., Charles F. Contant, Ph.D.,
Marc Cohen, M.D., Angel Lanas, M.D., D.Sc., Thomas J. Schnitzer, M.D., Ph.D.,
Thomas L. Shook, M.D., Pablo Lapuerta, M.D., Mark A. Goldsmith, M.D., Ph.D.,
Loren Laine, M.D., Benjamin M. Scirica, M.D., M.P.H., Sabina A. Murphy, M.P.H.,
and Christopher P. Cannon, M.D., for the COGENT Investigators*

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Original Article

**Conflicting Results Between Randomized Trials and
Observational Studies on the Impact of Proton Pump
Inhibitors on Cardiovascular Events When
Coadministered With Dual Antiplatelet Therapy**

Systematic Review

Chiara Melloni, MD, MHS; Jeffrey B. Washam, PharmD; W. Schuyler Jones, MD;
Sharif A. Halim, MD; Victor Hasselblad, PhD; Stephanie B. Mayer, MD;
Brooke L. Heidenfelder, PhD; Rowena J. Dolor, MD, MHS

De
Ma
The
Lor

ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

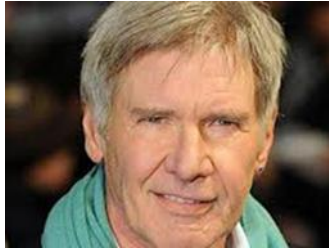
“Estudis observacionals metodològicament correctes sobre diferents IBP i AACCC amb omeprazol semblen proporcionar resultats contradictoris de l'efecte dels IBP sobre els events CV quan es coadministren amb doble antiagregació”

Ma
The
Lor

Inhib
Coadministrereu

Systematic

Chiara Melloni, MD, MHS; Jeffrey B. Washam, PharmD, M.
Sharif A. Halim, MD; Victor Hasselblad, PhD; Stephanie B. May
Brooke L. Heidenfelder, PhD; Rowena J. Dolor, MD, MHS



3.- Doble antiagregació + ACO: Gastroprotecció? Omeprazol Vs. Pantoprazol



Omeprazol vs **Clopidogrel**



- Resultats d'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 AC)
- Un AC (COGENT) recent tampoc troba augment de RCV amb Omeprazol
- Els resultats dels estudis observacionals tenen una rellevància clínica limitada
- Altres IBP (pantoprazol, es-omeprazol, rabeprazol) tenen una teòrica escassa o nul.la activitat inhibidora del CYP2C19, però els estudis no han mostrat diferències entre ells i l'omeprazol.

4.-Ticagrelor + ACO?



Dr X. Borràs.
Cardiòleg



Dra E. Sant. Metge de Família

visfg110 - Assignació de visites

AAA, AAAA, AAAAA

AAAA0200501VA

Altres Visites

Agenda: Altres

Tipus visita: PVIR, PRIM VIS VIRTUALS

Coment: [Empty]

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 | SUCCESSIVA PROGRAM |
| 10:15 | 10:30 | P | PRIMERA VISITA |
| 10:30 | 10:45 | P | SUCCESSIVA PROGRAM |
| 10:45 | 11:00 | P | SUCCESSIVA PROGRAM |
| 11:45 | 12:00 | P | SUCCESSIVA PROGRAM |
| 12:00 | 12:15 | P | SUCCESSIVA PROGRAM |
| 12:15 | 12:30 | P | SUCCESSIVA PROGRAM |
| 12:30 | 12:45 | P | SUCCESSIVA PROGRAM |
| 12:45 | 13:00 | P | SUCCESSIVA PROGRAM |
| 13:00 | 13:15 | P | SUCCESSIVA PROGRAM |

Tipus Alternatiu: PVIR, PRIM VIS VIRTUAL

Text: DR. BORRÀS : CANVI A TICAGRELOR + SINTROM ?

ORDFI del tractament de Altres de: masajito con aceite corporal. Administrar durant 1 dia el 29/08/2015. Motiu: tancament automàtic

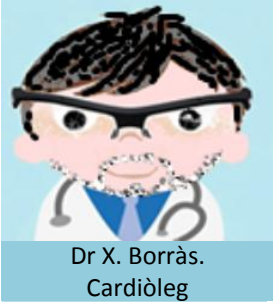
Data Alta: 06/08/2015

Descripció: DM2

Codi: E11.9

VALORACIÓ CRÒNICA 1

AL·LÈRGIES VAC. PENID.



4.-Ticagrelor + ACO?



- 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.

4 mesos després...

Full de control de Sintrom:

INR: **1,7**

INR: 1,9

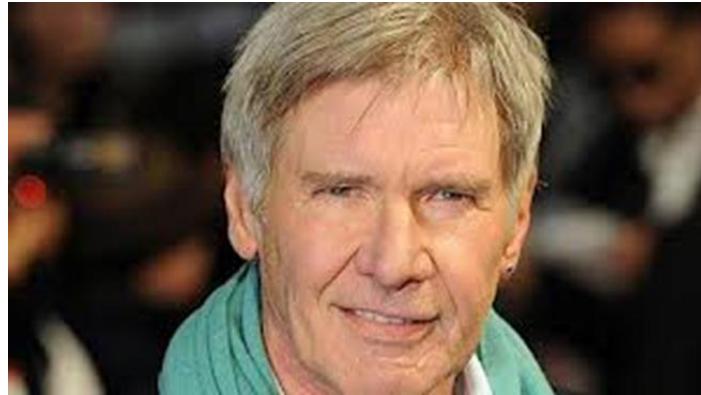
INR: 2,7

INR: 4,1

INR: 2

INR: 3,8

INR: 1,6



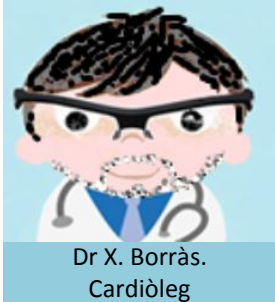
Dra E. Sant. Metge de Família

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 mg/dl !!!



Dra E. Sant. Metge de Família

Fibrocolonoscòpia

- Demorable 6m de doble?
- Estudi anèmia FCS sense biòpsia i sense retirar tractament
- FCS amb biòpsia

Consulta Cardiologia



Dr X. Borràs.
Cardiòleg

- fibrocolonoscòpia:
- sense biòpsia sense retirar tractament
 - amb biòpsia



Dra E. Sant. Metge de Família

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.

JANE FONDA · JEFF BRIDGES

Last night she drank to forget. Today she would do anything to remember.



THE MORNING AFTER

...can be murder.

STORY BY SIDNEY LUMET
SCREENPLAY BY JANE FONDA AND JEFF BRIDGES
DIRECTED BY SIDNEY LUMET
CASTING BY PAUL JULIA
COSTUME DESIGNER PAUL CHIHARA
PRODUCTION DESIGNER ANDRZEJ BARTKOWIAK
EXECUTIVE PRODUCERS WOLFGANG GLATTES AND JAMES HOCKS
PRODUCED BY EYE SCHWAB
EDITED BY BRUCE GILBERT
MUSIC BY SIDNEY LUMET
CINEMA

*Cas 2

“A la mañana siguiente”

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



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 2h.

INR a l'ingrés de 2,4.

TAC negatiu per isquèmia aguda.

Ecografia transtoràcica i ecografia transesofàgica mostra substitució valvular mitral 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:

- Acenocumarol
- AAS 300mg
- Omeprazol 20mg



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

AP

2.- AAS 300 vs AAS 100 AP

3.-Endarterectomia?
Cardio





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 transtoràctica i ecografia transesofàgica** mostra substitució valvular mitral normofuncionant i absència de trombos intracardíacs.
- **Eco carotídia**: trombosi supraaòrtics amb ateromatosis carotídia important amb oclusió 65% de caròtida interna dreta i lesions difuses no obstructives de la resta de vasos.

TRACTAMENT A L'ALTA:

- Acenocumarol
- AAS 300mg
- Omeprazol 20mg



2.- AAS 300 vs. AAS 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 addicional 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?



REVISIÓ CONSTANT DELS RESULTATS DE L'ENDARTERECTOMIA CAROTIDIA

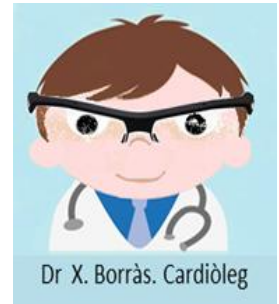
Guies actuals: (escàs consens)

- 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.**



3.-Endarterectomia?



REVISIÓ 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.**



Dra E. Sant. Metge de Família

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



- El increment de risc CV varia molt dependent del tipus de AINE utilitzat.
Nivell evidència: 1++; Grau Recomanació: A; Grau d'Acord: 100%
 - El Naproxé es el AINE més segurs en quant a RCV.
NE: 1++; GR: A; GA: 100%
 - Diclofenac, Indometacina, Etoricoxib son els AINE amb menys seguretat CV.
NE: 1+; GR B; GA: 100%
-
- La combinació de anticoagulants (warfarina, dicumarínics...) amb AINE s'hauria d'evitar. En cas de ser absolutament necessari, els COXIB es associar-se a un menor risc de complicacions hemorràgiques.
NE: 2+; GR: C; GA: 89%



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



- El increment de risc CV varia molt depenent del tipus de AINE utilitzat.
Nivell evidència: 1++; Grau Recomanació: A; Grau d'Acord: 100%
 - El Naproxè es el AINE més segur en quant a RCV.
NE: 1++; GR: A; GA: 100%
 - Diclofenac, Indometacina, Etoricoxib son els AINE amb menys seguretat CV.
NE: 1+; GR B; GA: 100%
-
- La combinació d'anticoagulants (warfarina, dicumarínics...) amb AINE s'hauria d'evitar. En cas de ser absolutament necessari, els COXIB poden associar-se a un menor risc de complicacions hemorràgiques.
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)
Reumatol Clin 2014; 10(2):68-84



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



Us crònic!

Resumen de los efectos de los diferentes AINE a dosis antiinflamatorias

| Tipo de AINE | Daño GI alto | Daño GI bajo | Necesidad de IBP | Interacción con AAS o ACO | Riesgo CV |
|--------------|--------------|--------------|------------------|---------------------------|-----------|
| Diclofenaco | ++ | ++ | ++ | + | +++ |
| Ibuprofeno | +++ | +++ | ++ | +++ | ++ |
| Naproxeno | ++++ | ++++ | +++ | +++ | - |
| Celecoxib | + | + | - | + | ++ |



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



Us crònic!

Resumen de los efectos de los diferentes AINE a dosis antiinflamatorias

| Tipo de AINE | Daño GI alto | Daño GI bajo | Necesidad de IBP | Interacción con AAS o ACO | Riesgo CV |
|--------------|--------------|--------------|------------------|---------------------------|-----------|
| Diclofenaco | ++ | ++ | ++ | + | +++ |
| Ibuprofeno | +++ | +++ | ++ | +++ | ++ |
| Naproxeno | ++++ | ++++ | +++ | +++ | - |
| Celecoxib | + | + | - | + | ++ |

***Mesures locals: immobilització, repòs, crioterapia...**

***Analgèsia: Paracetamol, opioides menors...**

MISSATGES (To take home, 2)

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



INDICACIONS:

- **Alt risc d'embòlia** (Pròtesis, FA, 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 CHA₂DS₂-VASc-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 mg
 - Si Ticag. o Prasug., 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

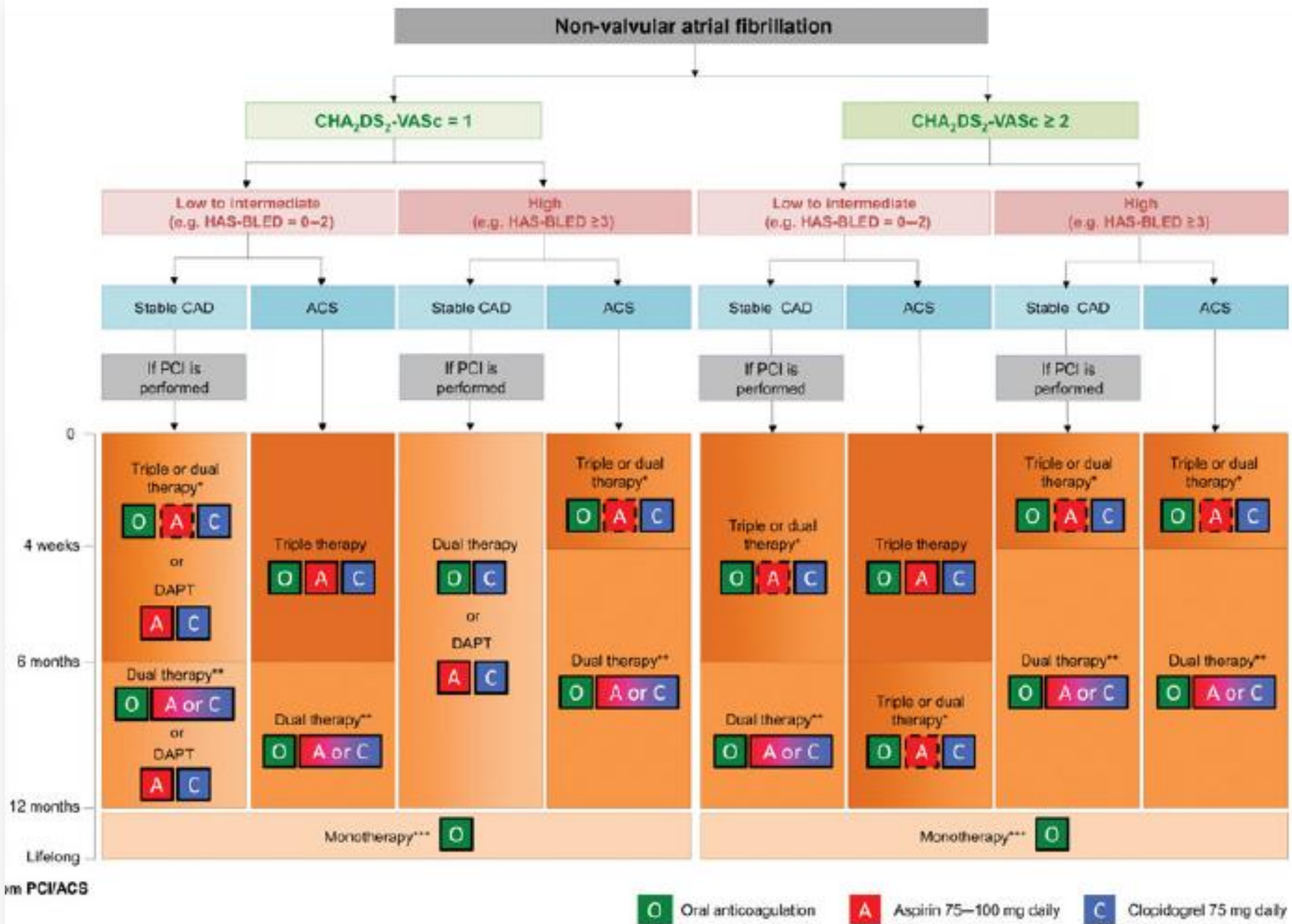
CURRENT OPINION

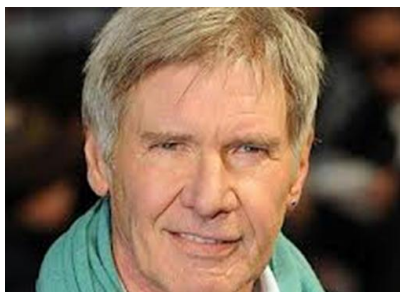
Management of antithrombotic therapy in atrial fibrillation patients presenting with acute coronary syndrome and/or undergoing percutaneous coronary or valve interventions: a joint consensus document of the European Society of Cardiology

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)

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

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

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