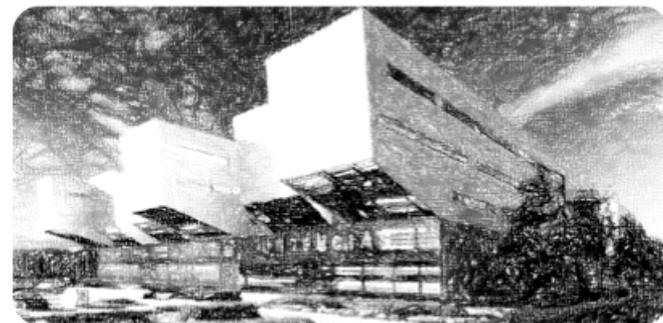




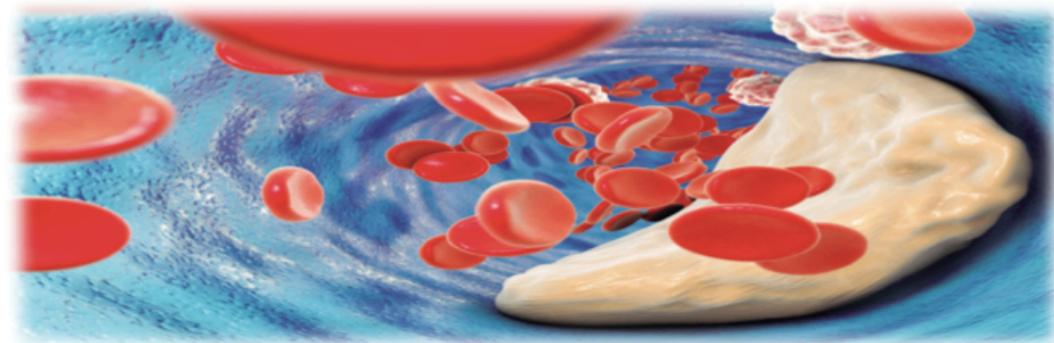
Hospital General
de Villalba



TERAPIA PUENTE Y NUEVAS HERRAMIENTAS EN ANTICOAGULACIÓN ORAL PORTAL DEL PACIENTE

Dr. RAFAEL MARTOS MARTÍNEZ
JEFE ASOCIADO Sº HEMATOLOGÍA y HEMOTERAPIA
HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA

rafael.martos@hgvillalba.es



Actualización en anticoagulación
y enfermedad tromboembólica
en Atención Primaria



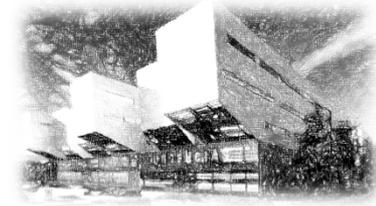
ÍNDICE

1. Introducción.
2. Estratificación del riesgo trombótico y riesgo hemorrágico.
3. Recomendaciones en mínimo riesgo sangrado.
4. Recomendaciones en moderado/alto riesgo sangrado.
 - AVKs FA/ETEV bajo y alto riesgo.
 - AVK prótesis valvular bajo y alto riesgo.
5. Recomendaciones perioperatorias ACODs
 - Bajo Riesgo hemorrágico. Alto Riesgo hemorrágico.
 - Terapia puente
6. Cambio de ACODs a AVK y/o HBPM.
7. Nuevas herramientas de anticoagulación. Portal del Paciente

ÍNDICE

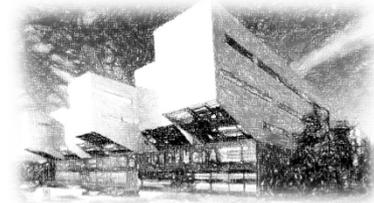
1. Introducción.
2. Estratificación del riesgo trombótico y riesgo hemorrágico.
3. Recomendaciones en mínimo riesgo sangrado.
4. Recomendaciones en moderado/alto riesgo sangrado.
 - AVKs FA/ETEV bajo y alto riesgo.
 - AVK prótesis valvular bajo y alto riesgo.
5. Recomendaciones perioperatorias ACODs
 - Bajo Riesgo hemorrágico. Alto Riesgo hemorrágico.
 - Terapia puente
6. Cambio de ACODs a AVK y/o HBPM.
7. Nuevas herramientas de anticoagulación. Portal del Paciente

Terapia Puente: Introducción



- El manejo perioperatorio de los pacientes anticoagulados es problemático
- ACODs no precisan monitorización laboratorio -→ ventaja sobre AVK.
- Necesario estratificar:
 - Riesgo trombótico. Ausencia de escalas de riesgo validadas.
 - Riesgo hemorrágico del procedimiento. Depende de múltiples factores
 - Función renal

Terapia Puente: Introducción



Interrumpir anticoagulación incrementa riesgo tromboembólico

+

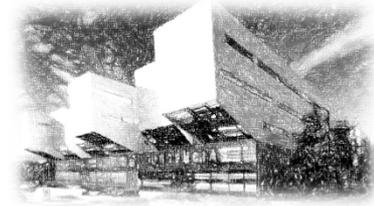
Continuar la anticoagulación aumenta riesgo de sangrado quirúrgico



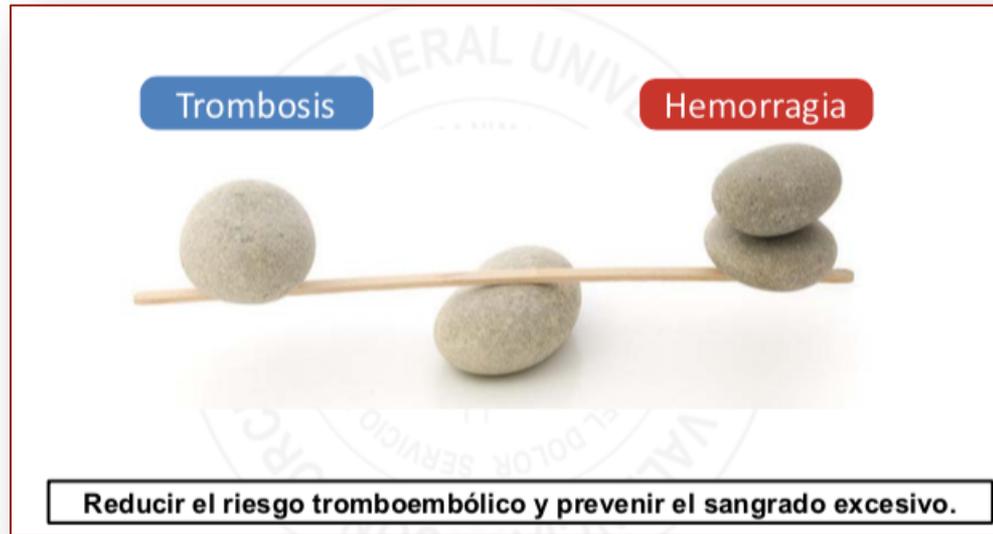
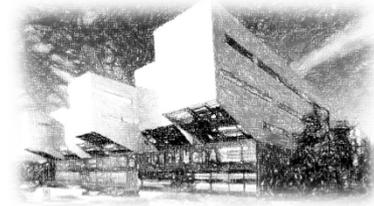
**AUMENTAN
MORTALIDAD**

La tasa de sangrado postoperatorio es tan alta como el número complicaciones trombóticas perioperatorias.

Terapia Puente: Introducción



Terapia Puente: Introducción

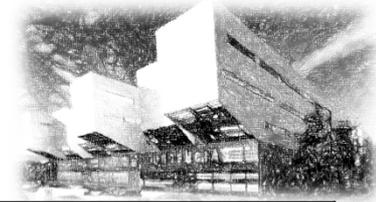


- ✓ Evaluar el riesgo trombótico si se suspende el tratamiento anticoagulante
- ✓ Evaluar el riesgo hemorrágico de la intervención quirúrgica
- ✓ Evaluar el tipo de fármaco anticoagulante
- ✓ Establecer una recomendación individualizada en función de ambos riesgos y si la cirugía es electiva o no diferible

ÍNDICE

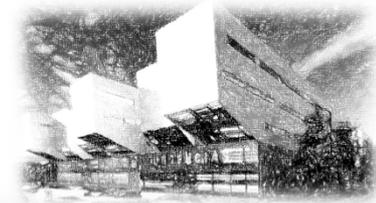
1. Introducción.
2. Estratificación del riesgo trombótico y riesgo hemorrágico.
3. Recomendaciones en mínimo riesgo sangrado.
4. Recomendaciones en moderado/alto riesgo sangrado.
 - AVKs FA/ETEV bajo y alto riesgo.
 - AVK prótesis valvular bajo y alto riesgo.
5. Recomendaciones perioperatorias ACODs
 - Bajo Riesgo hemorrágico. Alto Riesgo hemorrágico.
 - Terapia puente
6. Cambio de ACODs a AVK y/o HBPM.
7. Nuevas herramientas de anticoagulación. Portal del Paciente

Estratificación del riesgo trombótico



RIESGO TROMBÓTICO	PROTESIS VALVULAR	FIBRILACIÓN AURICULAR (FA)	ETE V
ALTO¹	<ul style="list-style-type: none"> Válvula Mitral Aórtica bola o disco AIT o ictus reciente (<6 meses) Complicaciones tromboembólicas 	<ul style="list-style-type: none"> CHADS2 VASc >4 Ictus o AIT Enfermedad valvular reumática 	<ul style="list-style-type: none"> ETE V reciente (<3m) ETE V recurrente Trombofilia severa²
MODERADO	<ul style="list-style-type: none"> Prótesis Ao bicúspide y uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Ictus o AIT previo, FA, HTA, DM, ICC, Edad < 75 años 	<ul style="list-style-type: none"> CHADS2 VASc 2-3 	<ul style="list-style-type: none"> ETE V 3-12m ETE V y cáncer activo (6m) Trombofilia no severa³
BAJO	<ul style="list-style-type: none"> Prótesis Ao bivalvular sin FA y sin factores ictus 	<ul style="list-style-type: none"> CHADS2 VASc <2 	<ul style="list-style-type: none"> ETE V >12m y sin otro factor riesgo

Estratificación del riesgo sangrado

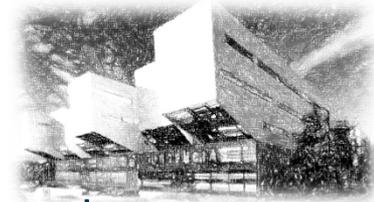


ALTO RIESGO DE SANGRADO	BAJO RIESGO DE SANGRADO	MINIMO RIESGO DE SANGRADO
<ul style="list-style-type: none"> • Cx. Cardíaca • Neurocirugía • Cx. Vascular • Cx. Oncológica Mayor • Cx. Abdominal Mayor • Cx. Ortopédica Mayor • Cx. Vésico-Prostática y renal • Cx Plástica reconstructiva • Cx. Torácica • Cx. Ginecológica Mayor • Anestesia de Neuroeje y retrobulbar • Bx. Hepática y renal • Colonoscopias, CPRE, PEG, PAAF 	<ul style="list-style-type: none"> • Angioplastia • Ablaciones EF • Bx. Transbronquial • Conizaciones • Biopsias Vésico-Prostática y transrectal/catéter doble J • Bx. Medula Ósea • Bx. Adenopatías • PAAF Tiroides • Toracentesis • Paracentesis • Endoscopia digestiva Alta • Artroscopias con Isquemia • Catéteres complejos (tunelizados, hickman, dialisis, sheldon, reservorio) • <u>Resto de procedimientos no incluidos en riesgo alto o mínimo</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • Exéresis de lesiones dermatológicas superficiales • Aspirado de Medula Ósea • Cataratas (con anestesia tópica o AG) • Glaucoma (ex. Si trabeculotomía) • Vitrectomía con AG • Exodoncia simple (1-3 piezas dentarias) • Cistoscopia diagnóstica • Implantación de MP y/o DAI • Colocación de vía central no complejas • Infiltración Articular (no neuroeje)

ÍNDICE

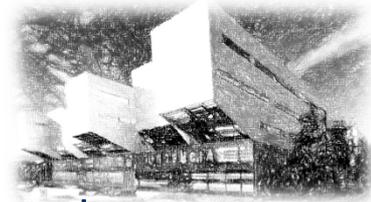
1. Introducción.
2. Estratificación del riesgo trombótico y riesgo hemorrágico.
3. **Recomendaciones en mínimo riesgo sangrado.**
4. Recomendaciones en moderado/alto riesgo sangrado.
 - AVKs FA/ETEV bajo y alto riesgo.
 - AVK prótesis valvular bajo y alto riesgo.
5. Recomendaciones perioperatorias ACODs
 - Bajo Riesgo hemorrágico. Alto Riesgo hemorrágico.
 - Terapia puente
6. Cambio de ACODs a AVK y/o HBPM.
7. Nuevas herramientas de anticoagulación. Portal del Paciente

Procedimientos de mínimo riesgo sangrado



- No se precisa interrumpir el tratamiento anticoagulante.
- Avisar de la toma de anticoagulantes para hemostasia local adecuada.

Procedimientos de mínimo riesgo sangrado

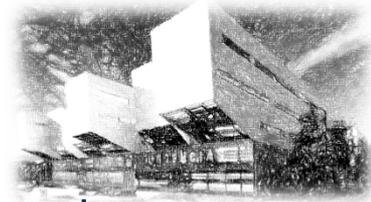


- No se precisa interrumpir el tratamiento anticoagulante.
- Avisar de la toma de anticoagulantes para hemostasia local adecuada.

Tratamiento con AVK

- Realizar INR en las 72 h previas, y si el paciente está en rango (siempre INR <3) no es necesario realizar ajuste de dosis.
- **Preferible INR \approx 2**, (podemos disminuir puntualmente la dosis de anticoagulante el día previo).

Procedimientos de mínimo riesgo sangrado



- No se precisa interrumpir el tratamiento anticoagulante.
- Avisar de la toma de anticoagulantes para hemostasia local adecuada.

Tratamiento con AVK

- Realizar INR en las 72 h previas, y si el paciente está en rango (siempre INR <3) no es necesario realizar ajuste de dosis.
- **Preferible INR \approx 2**, (podemos disminuir puntualmente la dosis de anticoagulante el día previo).

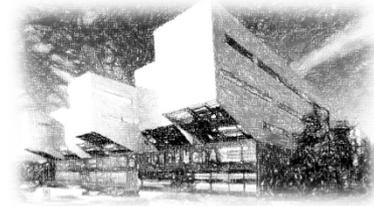
Tratamiento con ACODs

- Poca experiencia
- Estudios recientes sugieren que procedimientos diagnósticos invasivos/ quirúrgicos pueden realizarse sin interrupción de estos (poca evidencia).
- Recomendación: **suspender el fármaco el día del procedimiento para evitar el efecto del pico que ocurre entre 1-3 horas tras la toma.**
- Reanudar el mismo día o siguiente en función de la posología del mismo.

ÍNDICE

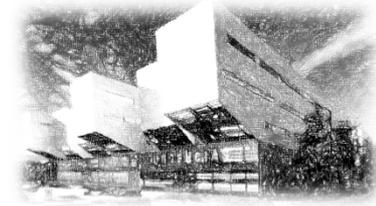
1. Introducción.
2. Estratificación del riesgo trombótico y riesgo hemorrágico.
3. Recomendaciones en mínimo riesgo sangrado.
4. Recomendaciones en moderado/alto riesgo sangrado.
 - AVKs FA/ETEV bajo y alto riesgo.
 - AVK prótesis valvular bajo y alto riesgo.
5. Recomendaciones perioperatorias ACODs
 - Bajo Riesgo hemorrágico. Alto Riesgo hemorrágico.
 - Terapia puente
6. Cambio de ACODs a AVK y/o HBPM.
7. Nuevas herramientas de anticoagulación. Portal del Paciente

Procedimientos de moderado/ alto riesgo sangrado



- Terapia puente perioperatoria conlleva un incremento significativo de sangrado mayor
- La mayoría de los pacientes que no utilizan terapia puente no presentan una mayor incidencia en eventos trombóticos
- Recomendación válida → dejar la terapia puente para pacientes con **alto riesgo trombótico** (especialmente prótesis valvulares), individualizando en función del procedimiento el esquema a seguir.
- Basado en 2 acciones:
 - Suspensión de anticoagulante oral y administración de HBPM los días previos;
 - Reiniciar anticoagulación con HBPM a dosis terapéutica/intermedias en función de la hemostasia, así como el anticoagulante oral de forma precoz.
- Diferenciamos dos grupos de pacientes que conllevan un manejo diferente: los pacientes con prótesis valvular cardiaca, y los que tienen FANV y/o ETEV.

Terapia puente: AVK



TERAPIA PUENTE

ETEV/FA

Bajo Riesgo

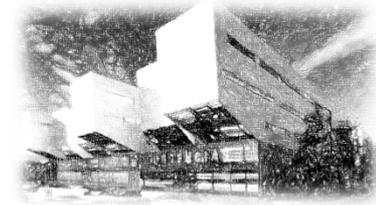
Alto Riesgo

PRÓTESIS VALVULAR

Bajo Riesgo

Alto Riesgo

Terapia puente: AVK



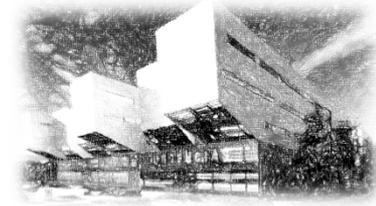
TERAPIA PUENTE

ETEV / FA

Bajo Riesgo

- **Día -3**: Suspender el tratamiento con Sintrom[®] (si warfarina suspender 5 días).
- **Día -2**: No tomar Sintrom[®]
- **Día -1**: No tomar Sintrom[®]
- **Día del procedimiento**:
 - Realizar INR control → debe ser <1.5.
- **Día +1 y sucesivos**:
 - Reiniciar Sintrom[®] según pauta previa +/- HBPM.
 - 4º día: Control INR y ajuste pauta.

Terapia puente: AVK



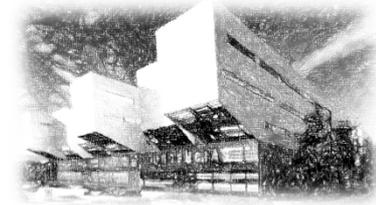
TERAPIA PUENTE

ETEV/FA

Alto Riesgo

- **Día -3**: Suspendir Sintrom[®] (si warfarina, 5 días antes).
- **Día -2**: iniciar HBPM a dosis de 1 mg/kg/12 h
- **Día -1**: únicamente una dosis de HBPM: 1mg/kg/24 h, por la mañana.
- **Día del procedimiento**:
 - No poner heparina (deben pasar al menos 24h).
 - Realizar INR de control, que debe ser <1.5.
- **Día +1 y sucesivos**:
 - Reiniciar Sintrom[®] (pauta previa) 12-24h tras procedimiento.
 - Mantener tratamiento con heparina (a dosis profiláctica/intermedia/terapéutica según riesgo hemorrágico del procedimiento*) y hasta alcanzar INR en rango

Terapia puente: AVK



TERAPIA PUENTE

ETEV/FA

Bajo Riesgo

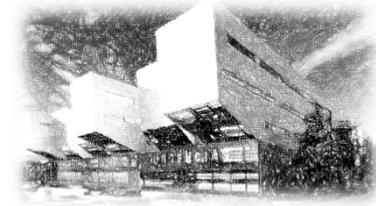
Alto Riesgo

PRÓTESIS VALVULAR

Bajo Riesgo

Alto Riesgo

Terapia puente: AVK



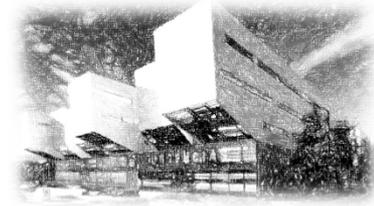
TERAPIA PUENTE

- **Día -3**: Suspender el tratamiento con Sintrom[®] (si warfarina suspender 5 días).
- **Día -2**: No tomar Sintrom[®]
- **Día -1**: No tomar Sintrom[®]
- **Día del procedimiento**:
 - Realizar INR control → debe ser <1.5.
- **Día +1 y sucesivos**:
 - Reiniciar Sintrom[®] según pauta previa +/- HBPM* (mantener hasta INR>1,9)
 - 4º día: Control INR y ajuste pauta.

PRÓTESIS
VALVULAR

Bajo Riesgo

Terapia puente: AVK



TERAPIA PUENTE

- **Día -3**: Suspendir Sintrom® (si warfarina, 5 días antes).
- **Día -2**: iniciar HBPM a dosis de 1 mg/kg/12 h
- **Día -1**: únicamente una dosis de HBPM: 1mg/kg/24 h, por la mañana.
- **Día del procedimiento**:
 - No poner heparina (deben pasar al menos 24h).
 - Realizar INR de control, que debe ser <1.5.
- **Día +1 y sucesivos**:
 - Reiniciar Sintrom® (pauta previa) 12-24h tras procedimiento.
 - Mantener tratamiento con heparina (a dosis profiláctica/intermedia/terapéutica según riesgo hemorrágico del procedimiento) y hasta alcanzar INR en rango

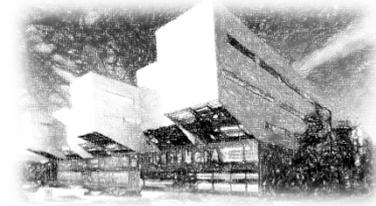
PRÓTESIS
VALVULAR

Alto Riesgo

ÍNDICE

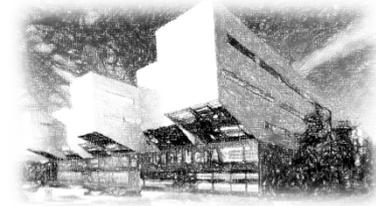
1. Introducción.
2. Estratificación del riesgo trombótico y riesgo hemorrágico.
3. Recomendaciones en mínimo riesgo sangrado.
4. Recomendaciones en moderado/alto riesgo sangrado.
 - AVKs FA/ETEV bajo y alto riesgo.
 - AVK prótesis valvular bajo y alto riesgo.
5. Recomendaciones perioperatorias ACODs
 - Bajo Riesgo hemorrágico. Alto Riesgo hemorrágico.
 - Terapia puente
6. Cambio de ACODs a AVK y/o HBPM.
7. Nuevas herramientas de anticoagulación. Portal del Paciente

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO PERIOPERATORIO DE LOS ACODs



- Evaluaciones imprescindibles:
 - Evaluar riesgo hemorrágico de la intervención
 - Función renal
 - Conocer cuándo se administró la última dosis

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO PERIOPERATORIO DE LOS ACODs

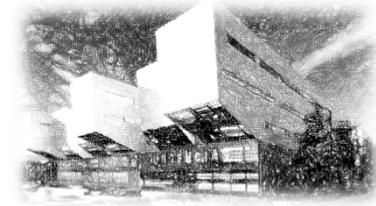


- Evaluaciones imprescindibles:
 - Evaluar riesgo hemorrágico de la intervención
 - Función renal
 - Conocer cuándo se administró la última dosis

- Recomendación en cirugía programada:
 - Esperar al menos 24 horas en caso de riesgo hemorrágico bajo.
 - 48 horas en caso de riesgo hemorrágico moderado-alto.

- Recomendación en cirugía urgente:
 - Esperar al menos 12h tras la última dosis si es posible
 - Optar habitualmente por anestesia general.

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO PERIOPERATORIO DE LOS ACODs



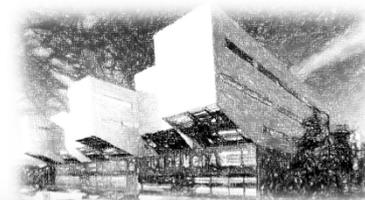
- Evaluaciones imprescindibles:
 - Evaluar riesgo hemorrágico de la intervención
 - Función renal
 - Conocer cuándo se administró la última dosis

- Recomendación en cirugía programada:
 - Esperar al menos 24 horas en caso de riesgo hemorrágico bajo.
 - 48 horas en caso de riesgo hemorrágico moderado-alto.

- Recomendación en cirugía urgente:
 - Esperar al menos 12h tras la última dosis si es posible
 - Optar habitualmente por anestesia general.

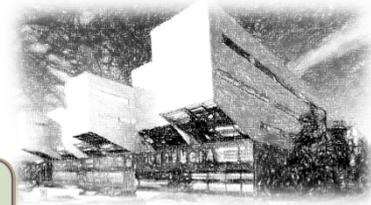
- En caso de hemorragia con riesgo vital, valorar administración de antídoto:
 - Idarucizumab para dabigatrán
 - Complejo Protombínico o FVIIa (para inhibidores del FXa que no tienen antídoto. Riesgo trombotico).

- Reanudar tratamiento con ACODs tras cirugía, tan pronto como sea posible, siempre que se haya establecido una adecuada hemostasia.



Fármaco	Día -2		Día-1		Día 0 (Cirugía)
Rivaroxabán					
Dabigatrán					
Apixabán					
Posología	Dosis a.m.	Dosis p.m.	Dosis a.m.	Dosis p.m.	

MANEJO PERIOPERATORIO ACODs: Alto riesgo hemorrágico



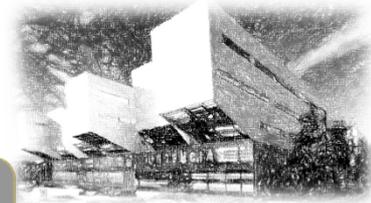
Rivaroxabán

Apixabán

Dabigatrán

MANEJO PERIOPERATORIO ACODs:

Alto riesgo hemorrágico



Rivaroxabán

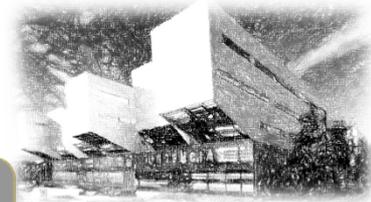
Apixabán

Dabigatrán

Función renal (ACr en ml/min.)	Riesgo estándar de hemorragia	Alto riesgo de hemorragia o cirugía mayor
ACr > 30 ml/min	24 horas	48 horas
ACr < 30 ml/min	48 horas	4 días

MANEJO PERIOPERATORIO ACODs:

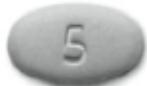
Alto riesgo hemorrágico



Rivaroxabán

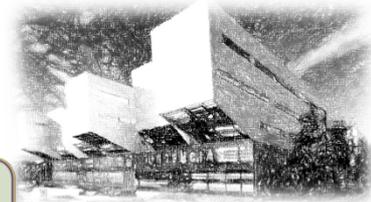
Apixabán

Dabigatrán

Apixabán	Día -3	Día -2	Día-1	Día 0 (Cirugía)
Dosis a.m.				
Dosis p.m.				

MANEJO PERIOPERATORIO ACODs:

Alto riesgo hemorrágico



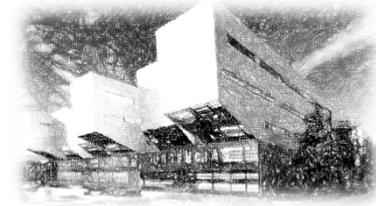
Rivaroxabán

Apixabán

Dabigatrán

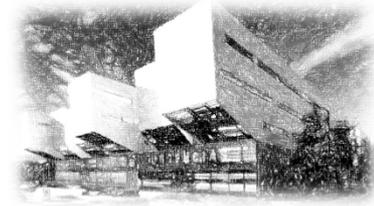
Función renal (ACr en ml/min.)	Riesgo estándar de hemorragia	Alto riesgo de hemorragia o cirugía mayor
> 80	24h antes	2 días antes
> 50 a ≤ 80	1-2 días antes	2-3 días antes
> 30 a ≤ 50	2-3 días antes (48h)	4 días antes
≤ 30	2-5 días antes	Más de 5 días

Terapia puente en ACODs



- Pacientes con riesgo alto hemorrágico.
- Pacientes con elevado riesgo trombótico.
- Pacientes con $ACr < 50 \text{ ml/min}$. para asegurar la eliminación correcta del fármaco.
- Aquellos pacientes con riesgo hemorrágico moderado según la intervención, pero con comorbilidades asociadas.

Terapia puente en ACODs



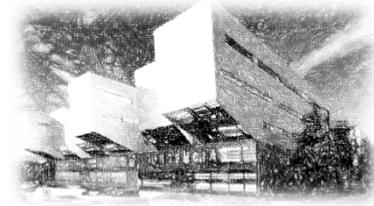
- Pacientes con riesgo alto hemorrágico.
- Pacientes con elevado riesgo trombótico.
- Pacientes con $ACr < 50 \text{ ml/min}$. para asegurar la eliminación correcta del fármaco.
- Aquellos pacientes con riesgo hemorrágico moderado según la intervención, pero con comorbilidades asociadas.

TERAPIA PUENTE					
Última dosis de NACO	Primera dosis de HBPM	HBPM	HBPM	Última dosis de HBPM	Cirugía
Día -5	-4	-3	-2	-1	0

ÍNDICE

1. Introducción.
2. Estratificación del riesgo trombótico y riesgo hemorrágico.
3. Recomendaciones en mínimo riesgo sangrado.
4. Recomendaciones en moderado/alto riesgo sangrado.
 - AVKs FA/ETEV bajo y alto riesgo.
 - AVK prótesis valvular bajo y alto riesgo.
5. Recomendaciones perioperatorias ACODs
 - Bajo Riesgo hemorrágico. Alto Riesgo hemorrágico.
 - Terapia puente
6. Cambio de ACODs a AVK y/o HBPM.
7. Nuevas herramientas de anticoagulación. Portal del Paciente

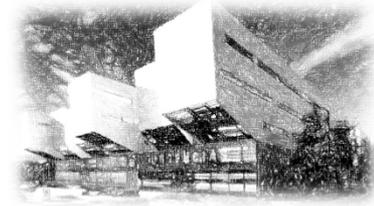
Modificación del tratamiento anticoagulante



Cambios de ACODs con Heparina

Fármaco	Rivaroxabán	Dabigatrán	Apixabán
Paso de NACO a HBPM	1º dosis de heparina debe administrarse en el momento en el que se tomaría siguiente dosis de Rivaroxabán	Esperar 12 horas desde la última dosis de Dabigatrán antes de iniciar heparina	1º dosis de heparina debe administrarse en el momento en el que se tomaría siguiente dosis de Apixabán

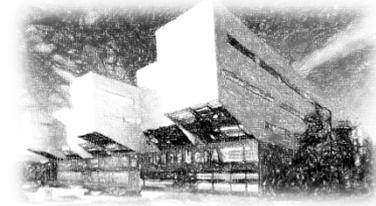
Modificación del tratamiento anticoagulante



Cambios de ACODs con Heparina

Fármaco	Rivaroxabán	Dabigatrán	Apixabán
Paso de NACO a HBPM	1º dosis de heparina debe administrarse en el momento en el que se tomaría siguiente dosis de Rivaroxabán	Esperar 12 horas desde la última dosis de Dabigatrán antes de iniciar heparina	1º dosis de heparina debe administrarse en el momento en el que se tomaría siguiente dosis de Apixabán
Paso de HBPM a NACO	Comenzar con el NACO de 0 a 2 horas antes del momento programado para la administración de HBPM		

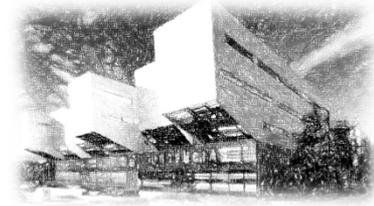
Modificación del tratamiento anticoagulante



Cambios de ACODs con Heparina

Fármaco	Rivaroxabán	Dabigatrán	Apixabán
Paso de NACO a HBPM	1º dosis de heparina debe administrarse en el momento en el que se tomaría siguiente dosis de Rivaroxabán	Esperar 12 horas desde la última dosis de Dabigatrán antes de iniciar heparina	1º dosis de heparina debe administrarse en el momento en el que se tomaría siguiente dosis de Apixabán
Paso de HBPM a NACO	Comenzar con el NACO de 0 a 2 horas antes del momento programado para la administración de HBPM		
Paso de HNF a NACO	Comenzar con el NACO en el momento en el que se suspenda la HNF en infusión continua.		

Modificación del tratamiento anticoagulante



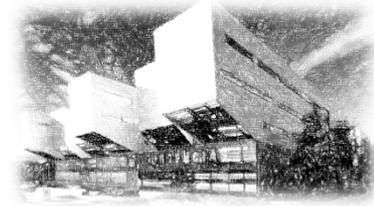
Cambios de ACODs con AVK

Rivaroxabán

Apixabán

Dabigatrán

Modificación del tratamiento anticoagulante



Cambios de ACODs con AVK

Rivaroxabán

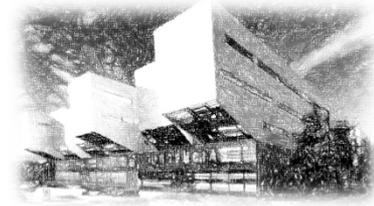
Apixabán

Dabigatrán

➤ Paso de Rivaroxabán a AVK:

- ✓ Mantener simultáneamente Rivaroxabán y el AVK hasta $\text{INR} \geq 2$.
- ✓ INR debe determinarse 24 horas después de la toma de Rivaroxabán y siempre antes de la siguiente dosis (falso INR*).
- ✓ Si hay que suspender Rivaroxabán de forma urgente puede emplearse HBPM hasta que el INR sea > 2 .

Modificación del tratamiento anticoagulante



Cambios de ACODs con AVK

Rivaroxabán

Apixabán

Dabigatrán

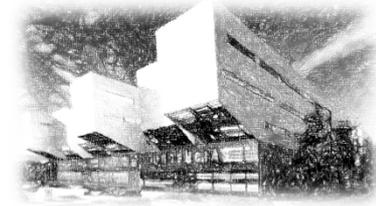
➤ Paso de Rivaroxabán a AVK:

- ✓ Mantener simultáneamente Rivaroxabán y el AVK hasta $\text{INR} \geq 2$.
- ✓ INR debe determinarse 24 horas después de la toma de Rivaroxabán y siempre antes de la siguiente dosis (falso INR*).
- ✓ Si hay que suspender Rivaroxabán de forma urgente puede emplearse HBPM hasta que el INR sea >2 .

➤ Paso de AVK a Rivaroxabán:

- ✓ Iniciar Rivaroxabán cuando el INR se aproxime a 2*.
- ✓ En ictus y embolia sistémica deberá interrumpirse el tratamiento con AVK e iniciar Rivaroxabán cuando INR sea $<3^*$.
- ✓ En TVP y en la prevención de TV/EP el cambio con $\text{INR} < 2.5$

Modificación del tratamiento anticoagulante



Cambios de ACODs con AVK

Rivaroxabán

Apixabán

Dabigatrán

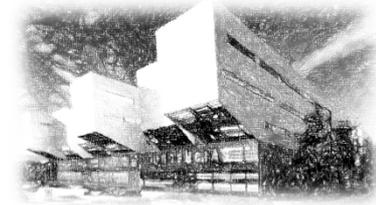
➤ Cambio de Apixabán a AVK

- ✓ Mantener **simultáneamente** Apixabán y el AVK durante 48 horas después de la dosis de AVK.
- ✓ Después de 48 horas realizar INR, antes de la siguiente dosis de Apixabán, y mantener la terapia simultánea hasta $\text{INR} \geq 2$.

➤ Paso de AVK a Apixabán:

- ✓ Suspender AVK y comenzar con Apixaban cuando el $\text{INR} < 2$.

Modificación del tratamiento anticoagulante



Cambios de ACODs con AVK

Rivaroxabán

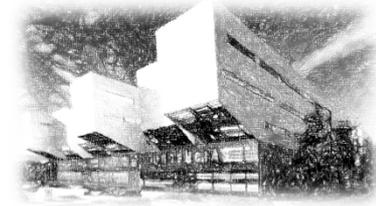
Apixabán

Dabigatrán

➤ **Dabigatrán a AVK (va a depender de la fx. renal):**

- ✓ ACr >50 ml/min: iniciar el AVK dos días antes de suspender dabigatrán. (si warfarina 3 días antes)
- ✓ ACr 31-50 ml/min: iniciar el AVK un día antes de suspender dabigatrán (warfarina 2 días antes).
- ✓ ACr <30ml/min: suspender dabigatrán, efectuar control a las 24 horas de estudio de hemostasia y si el cociente del TTPA ratio<2 iniciar AVK.

Modificación del tratamiento anticoagulante



Cambios de ACODs con AVK

Rivaroxabán

Apixabán

Dabigatrán

➤ **Dabigatrán a AVK (va a depender de la fx. renal):**

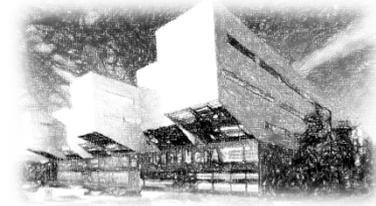
- ✓ ACr >50 ml/min: iniciar el AVK dos días antes de suspender dabigatrán. (si warfarina 3 días antes)
- ✓ ACr 31-50 ml/min: iniciar el AVK un día antes de suspender dabigatrán (warfarina 2 días antes).
- ✓ ACr <30ml/min: suspender dabigatrán, efectuar control a las 24 horas de estudio de hemostasia y si el cociente del TTPA ratio<2 iniciar AVK.

➤ **Paso de AVK a Dabigatrán:**

- ✓ Suspender AVK y comenzar con dabigatrán cuando INR <2.

ÍNDICE

1. Introducción.
2. Estratificación del riesgo trombótico y riesgo hemorrágico.
3. Recomendaciones en mínimo riesgo sangrado.
4. Recomendaciones en moderado/alto riesgo sangrado.
 - AVKs FA/ETEV bajo y alto riesgo.
 - AVK prótesis valvular bajo y alto riesgo.
5. Recomendaciones perioperatorias ACODs
 - Bajo Riesgo hemorrágico. Alto Riesgo hemorrágico.
 - Terapia puente
6. Cambio de ACODs a AVK y/o HBPM.
7. Nuevas herramientas de anticoagulación. Portal del Paciente



<p>PROTOCOLO TELECONTROL (TAO) SERVICIOS NO PRESENCIALES</p>	<p>Código:</p> <p>Edición:</p>

- PACIENTES
- VISITANTES
- PROFESIONALES

910908102

Buscar...

- Conócenos
- Nuestro centro
- Cartera de Servicios
- Atención primaria
- Actividades
- Sala de prensa
- Transparencia

INICIO | EL PORTAL DEL PACIENTE, COMUNICACIÓN DIRECTA CON TU ESPECIALISTA

El portal del paciente, comunicación directa con tu especialista

El portal del paciente es un espacio personal desde el que podrá acceder a sus pruebas diagnósticas, informes clínicos, gestionar sus citas y tener un seguimiento sin esperas ni desplazamientos.

Acceder

PORTAL DEL PACIENTE

Su portal del paciente ahora en su móvil. Descárguelo gratis.

Para poder acceder al Portal del paciente y a los servicios online es necesario que se identifique mediante su E-mail y contraseña o mediante DNI electrónico.

Acceso mediante E-mail y contraseña

E-MAIL:

CONTRASEÑA:

¿Ha olvidado su contraseña?

ENTRAR

Registro de usuario nuevo

Acceso mediante DNI electrónico

Introduzca su DNI en el lector y, a continuación, pulse el botón continuar cuando esté preparado.

CONTINUAR

Telecontrol para niños a tratamiento con Sintrom

El Hospital General de Villalba incluye al primer paciente pediátrico en su programa no presencial de control de la anticoagulación oral



EVA LANDÍN

Salud | Pediatría | anticoagulantes orales | Sintrom |
trombosis |

0 |

europapress / madrid

Hospital de Villalba lanza un programa que permite seguir evolución de niños con tratamientos anticoagulantes desde casa

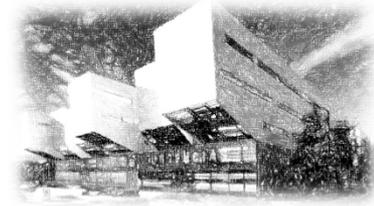
TECNOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

AFIRMA QUE ES UNA "ALTERNATIVA PIONERA"

El Hospital de Villalba incluye a un niño en control de anticoagulación oral mediante Telecontrol

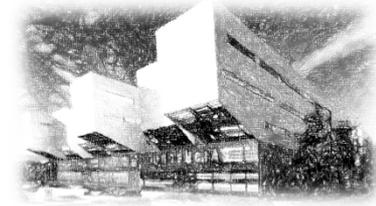
019 | mediante Telecontrol

Ventajas del Telecontrol del TAO



- **Autonomía:** Manejo del CoaguChek[®]: Posibilidad de:
 - Llevarlo a cualquier lugar
 - Utilizarlo siempre que se necesite.
- **Facilidad Uso:** La mayoría de pacientes son capaces de realizar el autocontrol.
- **Mayor adherencia al tratamiento:** El paciente toma corresponsabilidad en su tratamiento y hace que haya un cumplimiento mayor.
- **Mejor calidad de vida y menos costes para el paciente:** Se evitan desplazamientos regulares a la unidad de control, absentismo laboral, menos ingresos hospitalarios, etc.

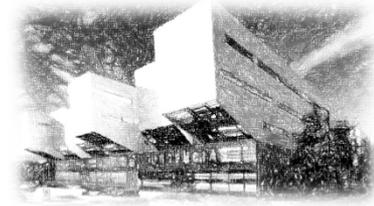
Ventajas del Telecontrol del TAO (II)



- **Fiabilidad:** Excelente correlación con el laboratorio central.
- **Mediciones más frecuentes:** Garantiza un mejor seguimiento. Se traduce en un % mayor de valores de INR dentro de rango terapéutico, minimización de efectos adversos y permite ajustar el tratamiento en pocos minutos, aumentando su eficacia.
- **Beneficio clínico**
- **Disminución de la presión asistencial en los centros**
- **Reducción de costes sanitarios directos globales**

Dos son las razones más importantes:
seguridad y la comodidad.

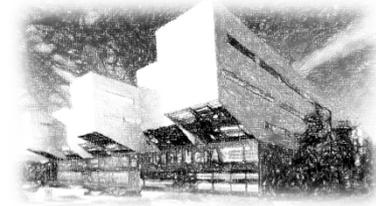
Inclusión en telecontrol



1. Criterios Generales:

- Al menos tres meses desde el inicio del tratamiento en TAO.
- Compromiso con las características del programa: realización de controles y aceptación de los calendarios para el seguimiento.
- Entender tratamiento anticoagulante y riesgos, tener la suficiente destreza manual y agudeza visual para manejar el coagulómetro y superar el curso de formación.

Inclusión en telecontrol



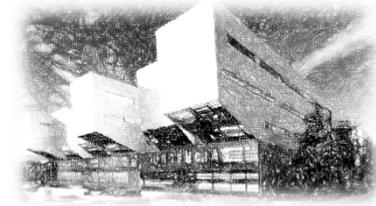
1. Criterios Generales:

- Al menos tres meses desde el inicio del tratamiento en TAO.
- Compromiso con las características del programa: realización de controles y aceptación de los calendarios para el seguimiento.
- Entender tratamiento anticoagulante y riesgos, tener la suficiente destreza manual y agudeza visual para manejar el coagulómetro y superar el curso de formación.

2. Criterios Clínicos de inclusión:

- Pacientes en TAO de forma crónica
- Pacientes con variabilidad de resultados: mayor riesgo complicaciones.
- Pacientes con historial de complicaciones tromboembólicas graves
- Pacientes de alto riesgo

Inclusión en telecontrol



1. Criterios Generales:

- Al menos tres meses desde el inicio del tratamiento en TAO.
- Compromiso con las características del programa: realización de controles y aceptación de los calendarios para el seguimiento.
- Entender tratamiento anticoagulante y riesgos, tener la suficiente destreza manual y agudeza visual para manejar el coagulómetro y superar el curso de formación.

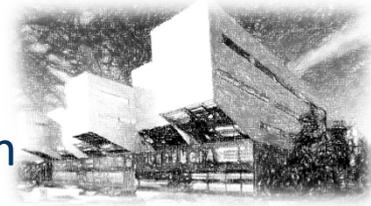
2. Criterios Clínicos de inclusión:

- Pacientes en TAO de forma crónica
- Pacientes con variabilidad de resultados: mayor riesgo complicaciones.
- Pacientes con historial de complicaciones tromboembólicas graves
- Pacientes de alto riesgo

3. Criterios Sociales de inclusión:

- La edad no es un factor de exclusión. Tampoco nivel educativo. Motivación
- **Pacientes infantiles**
- Pacientes con problemas de accesibilidad geográfica a su centro sanitario
- Pacientes con movilidad geográfica habitual, ya sea por trabajo o por desplazamiento familiar o vacacional

Personal Enfermería



- ✓ Ayudar en la selección individual de los pacientes que acepten voluntariamente su inclusión en el programa
- ✓ Organizar la formación de los pacientes* (aprox. 1h). Firmar CI:
 - Formación sobre el telecontrol, anticoagulante que toma y cuidados/recomendaciones (interacciones fármacos, alimentos, ¿qué hacer?...)
 - Casos prácticos: todos los pacientes harán una determinación y una dosificación con la ayuda del personal formador.
- ✓ Verificar en el manejo y facilitar el material necesario para realizar las autodeterminaciones (aparato y tiras), así como explicar la herramienta informática y verificar su buen funcionamiento
- ✓ Dar información a los pacientes y/o solucionar dudas telefónicas o vía mail.
- ✓ Colaborar en la realización de evaluaciones semestrales a los pacientes para revisar resultados y dosificación del fármaco

Circuito informático



UNA VEZ EL PACIENTE META RESULTADO DE INR

FORMULARIO TELECONTROL

Estimado/a paciente,

Gracias por rellenar el formulario Telecontrol. Sus datos han sido guardados correctamente con el resultado:

El formulario se ha enviado correctamente.

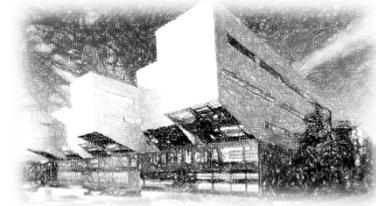
Para cualquier duda contacte de 8:00 a 14:30 con teléfono 918948410 extensión: 1352 o 1353.

Un Cordial Saludo.

Los datos de carácter personal que nos ha facilitado forman parte de un fichero que se encuentra debidamente registrado ante la Agencia Española de Protección de Datos, sobre el cual podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el Servicio de Atención al Paciente del HOSPITAL INFANTA ELENA según lo dispuesto en la Ley Orgánica de Protección de Datos LOPD 15/1999 y en el RD 1720/2007. El paciente autoriza a la organización para que sus datos personales incluidos en ese fichero o en otros similares, puedan ser utilizados por aquella para mantenerle informado de nuevos servicios.

© idcsalud

Circuito informático



CUANDO PAUTEMOS TRATAMIENTO EN TAONET®, EL DOCUMENTO PASA AL PORTAL DEL PACIENTE QUE LO VE COMO UN INFORME

Bienvenido, **Fernando Ruiz Alonso**

D.N.I.: 500000000 E-mail: pjr...
Teléfono móvil: 670 10010

Dirección: Calle ...
Código postal: 28021
Población: MADRID
Provincia: MADRID

[Cambiar mis datos](#)



¿Qué es el Portal del Paciente y qué ventajas me ofrece?

El portal del paciente es su espacio personal desde el que podrá acceder a sus pruebas diagnósticas, informes clínicos, así como gestionar sus citas y hacer seguimiento de las mismas, sin esperas ni desplazamientos.

Tareas pendientes [Ver todas](#)

En estos momentos no tiene ninguna tarea pendiente

Próximas citas [Ver todas](#)

En estos momentos no tiene ninguna cita concertada

[Pedir nueva cita Privada-Mutuas-Aseguradoras](#)

Últimos resultados [Ver todos](#)

- PRUEBAS ANALITICAS
Día: 11 de mayo de 2015 Hora: 12:10 FUNDACION JIMENEZ DIAZ

Últimos informes [Ver todos](#)

- INFORME DE HEMATOLOGÍA CLÍNICA 
Día: 11 de mayo de 2015 FUNDACION JIMENEZ DIAZ



TELECONTROL



MÉDICO RESPONSABLE DEL PACIENTE
Valora idoneidad del paciente para autocontrol



ENFERMERÍA
Programa, organiza formación de pacientes
Suministra coagulómetro, tiras, lancetas, container

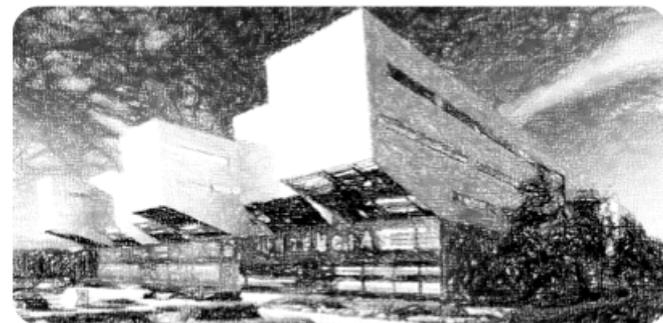
ENFERMERÍA
Soluciona dudas telefónicas



MÉDICO RESPONSABLE DEL PACIENTE
Revisa semestralmente a los pacientes



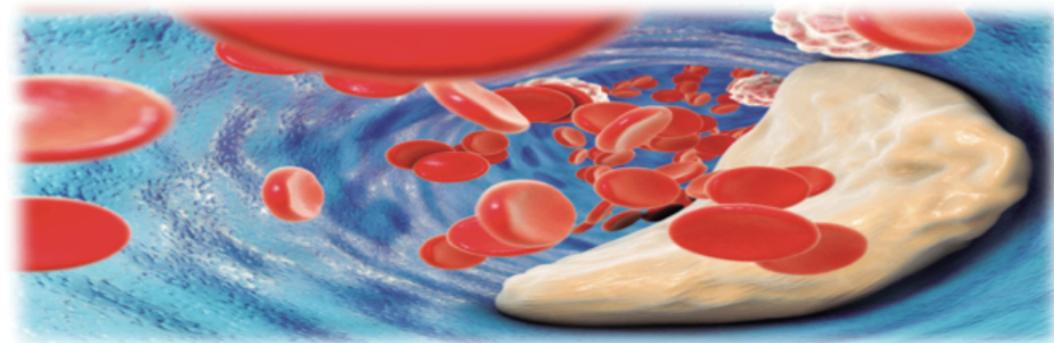
Hospital General
de Villalba



TERAPIA PUENTE Y NUEVAS HERRAMIENTAS EN ANTICOAGULACIÓN ORAL PORTAL DEL PACIENTE

Dr. RAFAEL MARTOS MARTÍNEZ
JEFE ASOCIADO Sº HEMATOLOGÍA y HEMOTERAPIA
HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA

rafael.martos@hgvillalba.es



Actualización en anticoagulación
y enfermedad tromboembólica
en Atención Primaria

