

I Jornada de anticoagulación oral: buscando el manejo óptimo del paciente
Miércoles, 15 de Junio de 2022

TERAPIA PUENTE. HERRAMIENTAS CONTROL COAGULACIÓN

Rafael Martos Martínez

Sº Hematología y Hemoterapia
Hospital Universitario General de Villalba
rafael.martos@hgvillalba.es



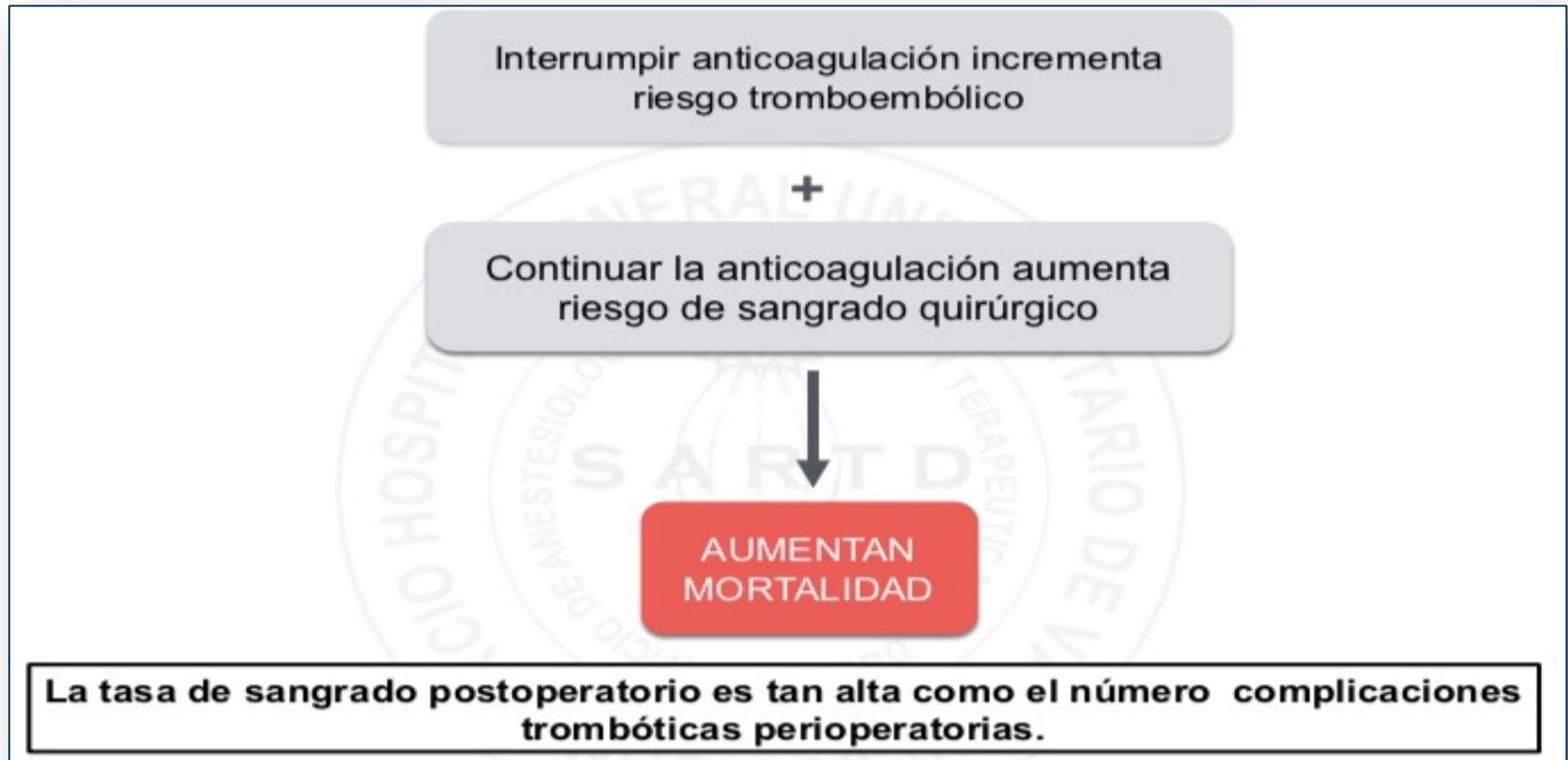
ÍNDICE

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 Paciente

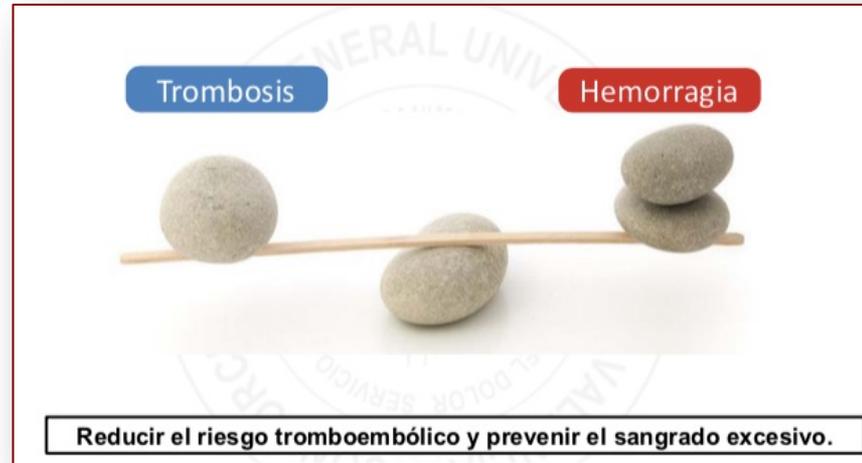
Terapia Puente: Introducción

- 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



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 Paciente

Estratificación del riesgo trombótico

RIESGO TROMBÓTICO	PROTESIS VALVULAR	FIBRILACIÓN AURICULAR (FA)	EDEV
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"> EDEV reciente (<3m) EDEV 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"> EDEV 3-12m EDEV 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"> EDEV >12m y sin otro factor riesgo

Estratificación del riesgo trombótico

Riesgo trombótico

	BAJO	ALTO
Prótesis valvulares	Posición aórtica bivalva sin factores de riesgo (FA, embolismo previo)	Todas las mitrales y aórticas de modelos antiguos o bivalvas con otros factores de riesgo
Fibrilación auricular	No valvular excepto ictus previo	Estenosis mitral, ictus reciente < 3 meses o embolismo durante TAO
ETV/TEP	> 3 meses desde el primer episodio	< 3 meses desde el primer episodio, trombofilias, recurrente o causa persistente

Estratificación del riesgo trombótico

Escala CHA₂DS₂VASc

FA no valvular	Puntos
C - Insuficiencia cardíaca congestiva	1
H - Hipertensión	1
A - Edad ≥ 75 años	2
D - Diabetes	1
S - Ictus/AIT/TEP (<i>stroke</i>)	2
V - enfermedad vascular (infarto previo, enfermedad arterial periférica o placa aórtica)	1
A - edad: 65-70 (las variables de edad son excluyentes)	1
Sc - sexo femenino	1
Riesgo bajo = 0 Riesgo intermedio: 1-2 Riesgo alto ≥ 3	Máximo puntos 9

Estratificación del riesgo hemorrágico

RIESGO HEMORRAGICO		
BAJO	MODERADO	ALTO
<ul style="list-style-type: none"> •Extracciones dentarias únicas •Cataratas con anestesia tópica •Herida traumática periférica •Inyección IM •Extracciones venosas •Endoscopias sin biopsia •Procesos dermatológicos •Infiltraciones •Biopsia de la médula ósea •Dilataciones del tracto gastrointestinal y genitourinario •Cirugía menor •Catéter central •Cateterismo arterial por vía radial •DIU 	<ul style="list-style-type: none"> •Varias extracciones simultáneas e implantes dentarios. •Cataratas con anestesia retrobulbar •Intervención de retina •Punción lumbar •Biopsia de próstata •Legrado uterino •Cateterismo arterial por vía femoral •Absceso perianal •Implante de marcapasos •Endoscopia con biopsia 	<ul style="list-style-type: none"> •Cirugía cardíaca o coronaria •Neurocirugía •Prostatectomía y cirugía mayor urológica •Cirugía abdominal •Traumatismos craneoencefálicos •Biopsia hepática/renal •Artroplastia bilateral de rodilla •Amigdalectomía •Cualquier cirugía mayor > 45 minutos •Colonoscopia

Estratificación del riesgo hemorrágico

ESCALA HAS-BLED

Riesgo de sangrado	Puntos
H - Hipertensión: Tas > 160mmHg	1
A - Análisis alterados (función renal o hepática alterada)	2
S - Ictus previo	1
B - Antecedente de sangrado	1
L - INR lábil	1
E - Edad > 65 años	1
D - Fármacos antiplaquetarios, AINEs o alcohol	2
Riesgo bajo = 0 Riesgo intermedio: 1-2 Riesgo alto \geq 3	Máximo puntos 9

Escalas de riesgo trombótico/hemorrágico

Riesgo de tromboembolia y de hemorragia

CHA₂DS₂-VASc		CHA₂DS₂- VASc	Tasa Ictus (% año)	HAS-BLED	
CHF	1	0	0	H Hipertensión	1
HTA	1	1	1,3	A Anomalías renales/hepáticas	1 o 2
Age (edad) ≥ 75	2	2	2,2	S Stroke (ictus)	1
Diabetes	1	3	3,2	B Bleeding (sangrado)	1
Stroke (ictus)/AIT/TE	2	4	4,0	L Lábil INR	1
Enfermedad Vasular	1	5	6,7	E Edad (>65)	1
Age (edad) 65-75	1	6	9,8	D Drogas/alcohol	1 o 2
Sexo (i.e. femenino)	1	7	9,6		
		8	6,7		
		9	15,2		



Trombosis

Hemorragia

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/EDEV 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 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
- 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 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.
- 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

EDEV/FA

Bajo Riesgo

Alto Riesgo

PRÓTESIS VALVULAR

Bajo Riesgo

Alto Riesgo

TERAPIA PUENTE AVK

EDEV / 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

EDEV/FA

Alto Riesgo

- **Día -3**: Suspender Sintrom® (si warfarina, 5 días antes).
- **Día -2**: iniciar HBPM a dosis de 1 mg/kg/24 h o 12h si riesgo
- **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

PRÓTESIS VALVULAR

Bajo Riesgo

Alto Riesgo

TERAPIA PUENTE AVK

- **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

- **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.
 1. AVKs FA/ETEV bajo y alto riesgo.
 2. 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 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.

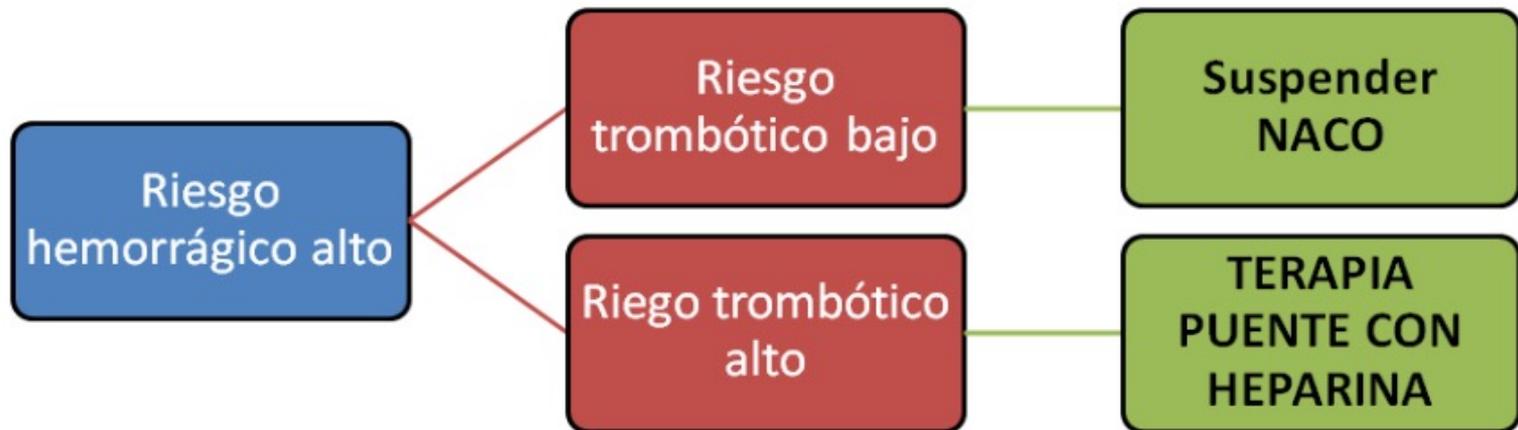
- En caso de hemorragia con riesgo vital, valorar administración de antídoto:
 - Idarucizumab para dabigatrán
 - Complejo Protombínico o FVIIa (para inhibidores del FXa). Riesgo trombotico.

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

MANEJO PERIOPERATORIO ACODs: Bajo riesgo hemorrágico

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



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

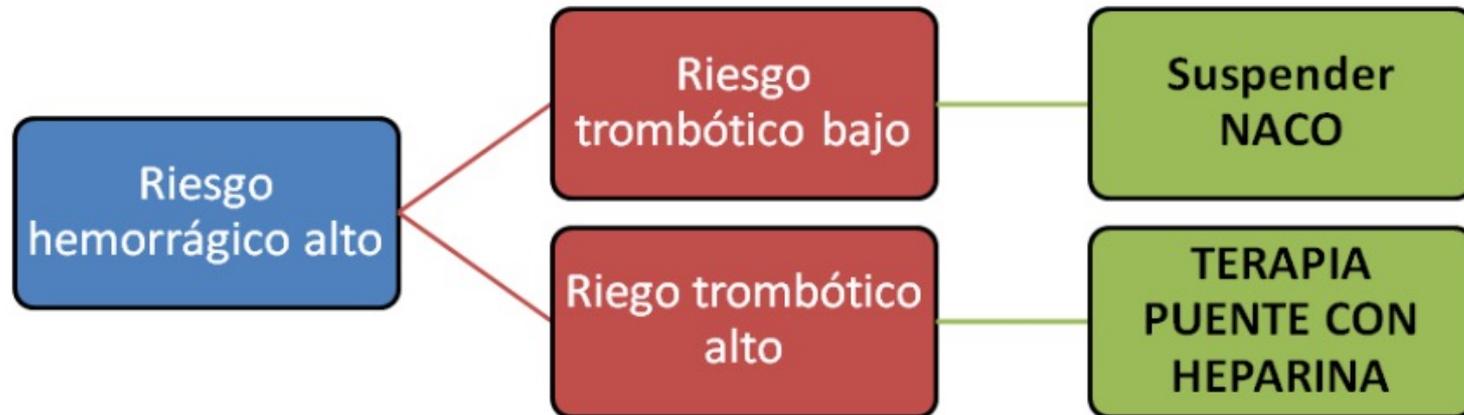
Función renal (ACr en ml/min.)	Riesgo estándar de hemorragia	Alto riesgo de hemorragia o cirugía mayor
> 80	24h antes	2 días antes
> 50 a ≤ 80	1-2 días antes	2-3 días antes
> 30 a ≤ 50	2-3 días antes (48h)	4 días antes
≤ 30	2-5 días antes	Más de 5 días

MANEJO PERIOPERATORIO ACODs: Bajo/Moderado/Alto riesgo hemorrágico

Filtrado glomerular	NACOs	Riesgo hemorrágico	
		Bajo/moderado	alto
≥ 60 ml/min	Dabigatrán (Pradaxa®)	Suspender el tto. 24 horas antes	Suspender el tto. 48 horas antes
	Rivaroxabán (Xarelto®)		
	Apixabán (Eliquis®)		
	Edoxabán (Lixiana®)		
≥ 50 -< 60 ml/min	Dabigatrán	36 h antes	72 h antes
	Rivaroxabán	24 h antes	48 h antes
	Apixabán		
	Edoxabán		
≥ 30-<50 ml/min	Dabigatrán	72 h antes	96 h antes
	Rivaroxabán	24 h antes	48 h antes
	Apixabán		
	Edoxabán		
≥ 15-<30 ml/min	Dabigatrán	Contraindicado	Contraindicado
	Rivaroxabán	48 h antes	72 h antes
	Apixabán		
	Edoxabán		

MANEJO PERIOPERATORIO ACODs:

Alto riesgo hemorrágico y Alto riesgo trombótico



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 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

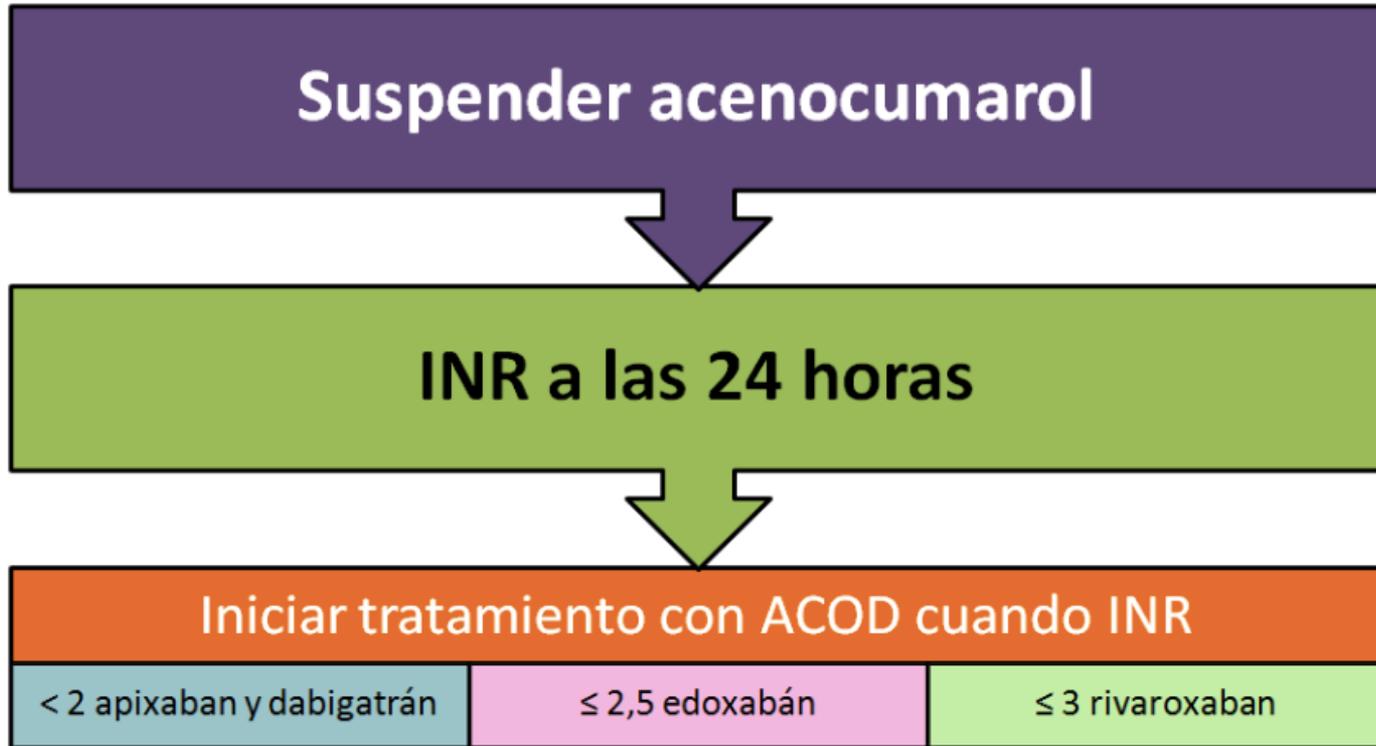
Rivaroxabán

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.

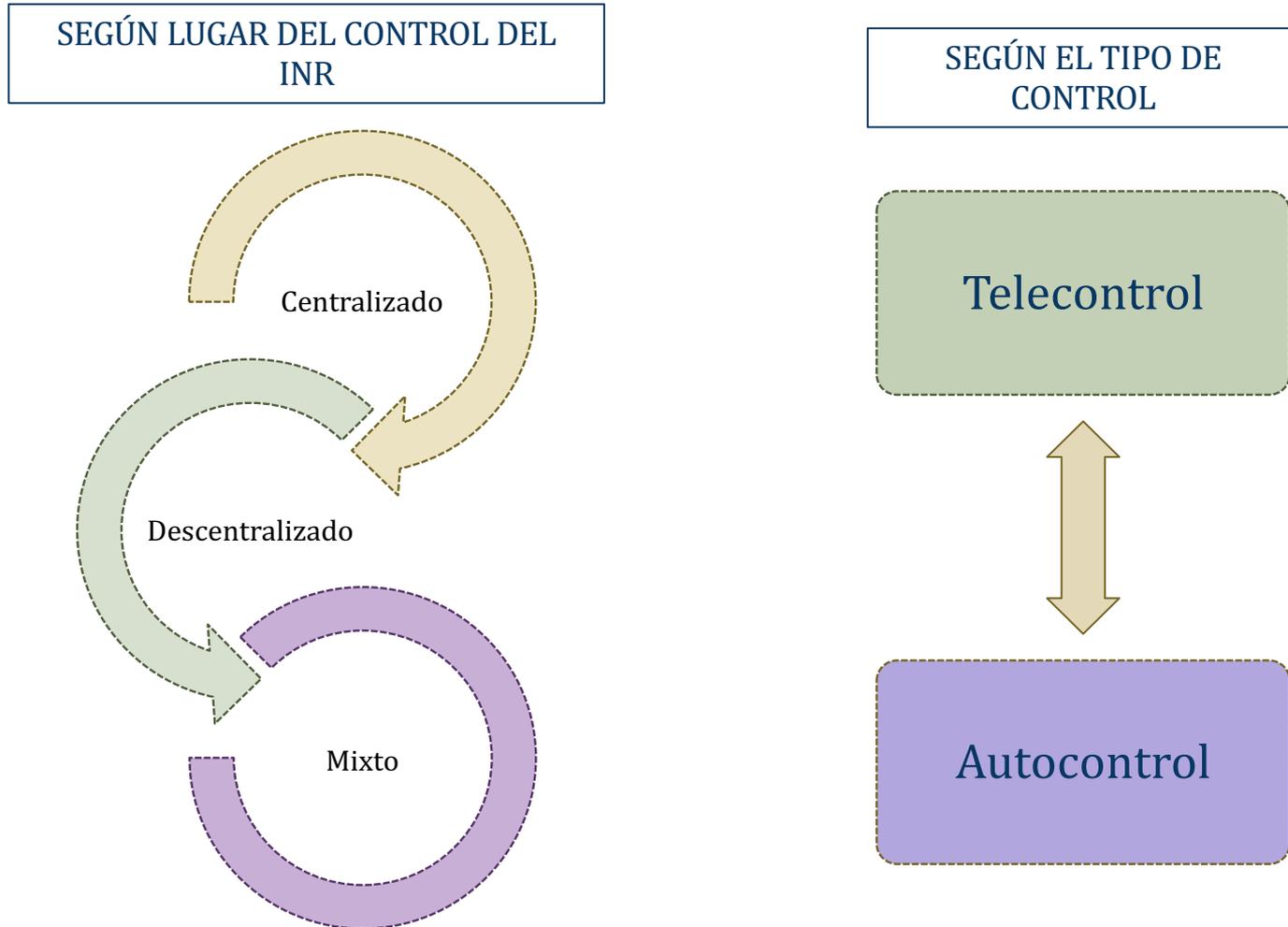
Modificación del tratamiento anticoagulante CAMBIO DE ACENOCUMAROL A ACOD



ÍNDICE

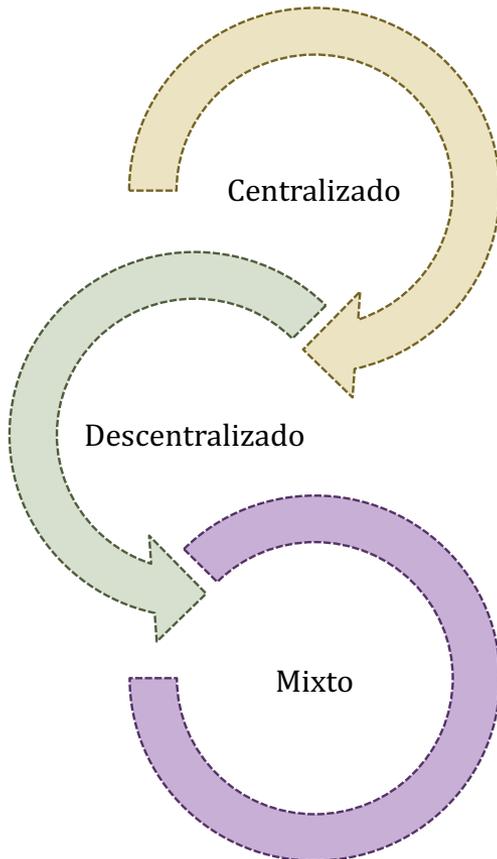
1. Introducción.
2. Estratificación del riesgo trombótico y riesgo hemorrágico.
3. Recomendaciones en mínimo riesgo sangrado.
4. Recomendaciones en moderado/alto riesgo sangrado.
 - AVKs FA/ETEV bajo y alto riesgo.
 - AVK prótesis valvular bajo y alto riesgo.
5. Recomendaciones perioperatorias ACODs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

Modelos de gestión



Modelos de gestión

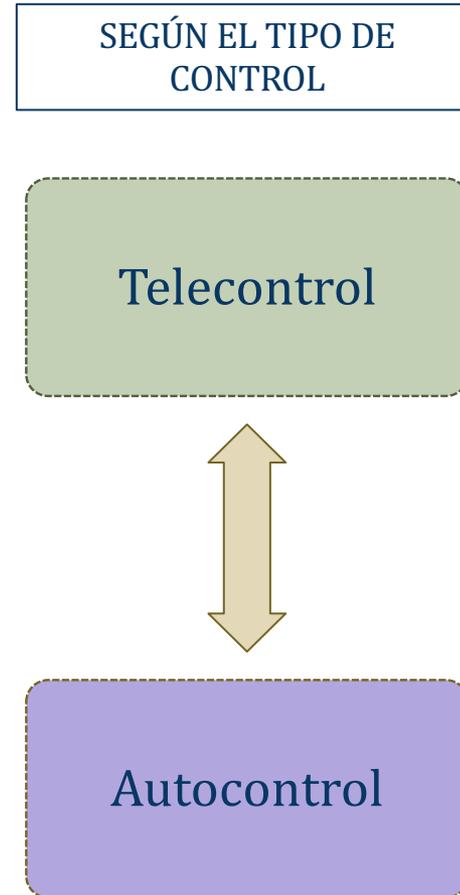
SEGÚN LUGAR DEL CONTROL DEL
INR



- PRESENCIALIDAD
- ESPERAS
- DESPLAZAMIENTOS
- SATURACIÓN DE CENTROS SANITARIOS
- CONTACTO CON UNIDADES DE ANTICOAGULACIÓN

Modelos de gestión

- MANEJO DE LA TÉCNICA
- EVITA DESPLAZAMIENTOS
- NO SATURACIÓN CENTROS SANITARIOS



	
PROTOCOLO TELECONTROL (TAO) SERVICIOS NO PRESENCIALES	Código: Edición:

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

Acceder

	PORTAL DEL PACIENTE
Su portal del paciente ahora en su móvil. Descárgueselo 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: <input type="text"/>	CONTRASEÑA: <input type="password"/>
<input type="button" value="ENTRAR"/>	
<input type="button" value="Registro de usuario nuevo"/> <small>¿Ha olvidado su contraseña?</small>	
Acceso mediante DNI electrónico	
Introduzca su DNI en el lector y, a continuación, pulse el botón continuar cuando esté preparado.	
<input type="button" value="CONTINUAR"/>	

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.

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.: 50000000 E-mail: pjr...
Dirección: Calle... Teléfono móvil: 670 10010
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

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

I Jornada de anticoagulación oral: buscando el manejo óptimo del paciente
Miércoles, 15 de Junio de 2022

TERAPIA PUENTE. HERRAMIENTAS CONTROL COAGULACIÓN

Rafael Martos Martínez

Sº Hematología y Hemoterapia
Hospital Universitario General de Villalba
rafael.martos@hgvillalba.es

