

Avac nuestra revista

Asociación Valenciana de Pacientes
Anticoagulados y Portadores
de Válvulas Cardíacas

Asociación Valenciana
de Pacientes
Anticoagulados
y Portadores de
Válvulas Cardíacas

REVISTA
NÚMERO

3

2018

Editorial

Asociación Valenciana de Pacientes Anticoagulados
y portadores de Válvulas Cardíacas

Sumario

- 01 Editorial
- 02 El Autocontrol del paciente anticoagulado mejora la estabilidad del INR.
- 05 Claridad en medio de la confusión.
- 07 Hipertensión ¿Qué es?.
- 11 Cuidado de su FA: implicación de sus seres queridos.
- 12 Jornada Pacientes Anticoagulados.
- 13 Actualidad.
- 15 Cateterismo cardíaco y coronariografía.
- 17 Servicios para nuestros socios ofrecidos desde AVAC.

Queridos y apreciados amigos.

Muchas veces hacemos proyectos y no siempre es fácil cumplirlos, pues esta vez no pudimos hacer las dos revistas como pretendíamos.

Ya cumplimos un año en la nueva sede y la verdad es que el tiempo vuela.

Seguimos con la lucha de conseguir nuestros proyectos pues cada vez se hacen más difíciles por problemas de salud, cada año lo notamos y no podemos estar en tantos sitios como desearíamos, pero la salud no nos permite cumplir con todos los proyectos que tenemos comenzados y no podemos terminar.

Yo no quiero ser pesado pero de verdad necesitamos gente como tú con ganas de colaborar con esta tu Asociación.

Os deseo que estéis más repuestos después de las vacaciones.

Un saludo muy afectuoso.



D. Luciano Arochena,
Presidente de AVAC.

"Avac, nuestra revista"

Presidente
D. Luciano Arochena Candame

Vicepresidenta
Dña. Camila Romero Matamoros

Secretaria
Dña. Josefina Pérez Casañ

Tesorero
D. Ricardo Barat Pérez

Vocales
Dña. Ángela Martín Rodríguez
Dña. Isabel Guillot Ibáñez

Asesora Científica
Dña. M^a Ángeles Fernández

Publicación editada por:
Asociación Valenciana de Pacientes
Anticoagulados y Portadores de Válvulas
Cardíacas.

Pasaje Ventura Feliu, 13. Esc. dcha. Pta. dcha.
46007 Valencia
Teléfono: 963 525 577

avac@anticoagulados.org
www.anticoagulados.org

Depósito Legal
V-3431-2003

Todos los artículos se publican bajo la responsabilidad de sus autores. "Avac, nuestra revista" no comparte necesariamente las opiniones y comentarios vertidos en los mismos.

EL AUTOCONTROL DEL PACIENTE ANTICOAGULADO MEJORA LA ESTABILIDAD DEL INR.

M^a Angeles Fernández Fernández

Especialista en Hematología y Hemoterapia. Especialista en Análisis Clínicos.

Responsable de la Unidad de Anticoagulación del Hospital Universitario La Fe de Valencia (1975-2005).

En la Comunidad Valenciana, los pacientes anticoagulados portadores de prótesis valvulares cardíacas fueron protagonistas en muchos aspectos:

1.- Crearon una asociación en 1989, la Asociación Valenciana de Pacientes Anticoagulados y Portadores de Válvulas Cardíacas – AVAC, encaminada a mejorar su educación sanitaria en lo referente a la propia enfermedad que les aquejaba y a conocer las características de los anticoagulantes orales.

2.- A sus instancias, la Consellería de Sanidad del Gobierno Valenciano editó *"El Manual del Anticoagulado"* (1990) y *"El pacient anticoagulat y el 'Metge de Capçalera'"* (1991), ambos de mi autoría y totalmente vigentes.

3.- La Unidad de Anticoagulación del Hospital La Fe, por su parte, puso su "granito de arena" en 1993, instando a la Dirección General de Farmacia del Ministerio de Sanidad de la necesidad de aprobar la posología del acemocumarol en comprimidos de 1 mg. (Sintrom Uno), ya existentes en Suiza.

4.- La misma Unidad de Anticoagulación quedó totalmente informatizada y automatizada también en 1994.

5.- En 1996 se puso en marcha la modalidad del AUTOCONTROL del paciente anticoagulado bajo la responsabilidad

de la Unidad de Anticoagulación del Hospital La Fe.

6.- En 2003, la Consellería de Sanidad del Gobierno Valenciano aprobó por Orden de 10 de Noviembre de 2003, de la Consellería de Sa^lud, sobre tiras reactivas para la determinación de la coagulación (2003/X12942).

Por razones que se nos escapan, todo ese trabajo ya realizado se vino abajo a comienzos de 2005 tras llevar a cabo la Consellería de Sanidad una reforma consistente en trasladar el control de los pacientes anticoagulados a Atención Primaria, sin que previamente existiera un Plan de Viabilidad. Desde entonces no existen estudios de evaluación de la calidad clínica de la asistencia al paciente anticoagulado.

Las personas anticoaguladas portadoras de prótesis valvulares cardíacas poseen un alto riesgo tromboembólico que puede disminuir sus expectativas de vida a pesar de haber sido sometidas a una intervención quirúrgica "a corazón abierto". El cirujano que realiza el recambio valvular (de unas válvulas enfermas por otras artificiales de larga duración) es consciente de que está cambiando una enfermedad por otra: una enfermedad grave como es la afectación de las válvulas del corazón, con una expectativa de vida de pobre calidad y limitada a medio pla-

zo, por otra enfermedad menos grave, con mejor calidad de vida, con mayor expectativa de vida y que puede ser controlada, como es la modificación de la coagulación.

El INR, parámetro con que se mide la intensidad de la descoagulación, está sujeto a varios condicionantes, que pueden ser causa de resultados erróneos:

1.- El aparato para medir el INR ha de ser siempre el mismo, ya que los diferentes coagulómetros dan diferentes medidas que dependen de la mecánica interna.

2.- El coagulómetro ha de proporcionar un resultado claro, exacto y reproducible.

3.- Si bien es suficiente una gota de sangre para conocer el resultado del INR, la persona que realiza la punción digital ha de saber cómo hacerlo: sangrado fácil y suficiente, sin "ordeñar" el dedo para que sangre.

4.- El médico que hace la dosificación ha de conocer el comportamiento de los fármacos anticoagulantes, ya se trate del acenocumarol o de la warfarina, eligiendo el más adecuado dependiendo de las características la persona anticoagulada: edad, sexo, situación clínica, fármacos acompañantes, factores de riesgo asociados, tanto para la hemorragia como para la trombosis.

5.- La persona que hace la dosificación ha de conocer la vida media de los fármacos anticoagulantes, teniendo en cuenta que el acenocumarol tiene una vida media corta (de ahí que no se use en muchos países) y debe administrarse en dos tomas diarias para evitar las oscilaciones del INR.

Cuando la persona anticoagulada realiza su propio control tiene una serie de ventajas:



1.- Realiza un curso de capacitación para aprender:

- A manejar el aparato.
- A realizar la punción digital y conseguir la cantidad de sangre suficiente.
- A colocar la sangre del dedo en el aparato.
- A verificar el resultado (en caso de duda).
- A registrar los resultados para ver la evolución.

2.- La periodicidad del control del INR ha de ser semanal (no mensual, como se viene haciendo) y eso va a mejorar la estabilidad del INR.

3.- Es siempre la misma persona la que realiza su propio control, por lo que únicamente tiene que aprender cómo se comporta ella y procurar estar siempre en el punto medio de su rango terapéutico.

4.- En el curso de capacitación se le proporciona igualmente información sobre "uso racional de medicamentos", limitando el uso de fármacos que interaccionan con los anticoagulantes, el uso de fármacos aparte del tra-



tamiento habitual y las dosis altas de analgésicos.

Si bien ésta es la situación ideal, las personas que están anticoaguladas porque se les ha implantado una válvula artificial en su corazón o más de una, en pleno siglo XXI tienen menos posibilidades de supervivencia que hace 40 años porque no es suficiente el recambio de una válvula que funciona mal por otra nueva, sino que este acto (gravoso para el paciente y muy costoso para el sistema sanitario) ha de ir acompañado de una modificación de la coagulación que mantenga el "rango terapéutico" a través del tiempo. La organización del control del paciente anticoagulado hoy no cumple con este requisito.

En 2009 nos hacíamos la siguiente pregunta en un Foro público; **¿Por qué los anticoagulados no pueden autocontrolarse como los diabéticos?**

Esta pregunta sigue hoy, nueve años después, sin respuesta, pues el paciente anticoagulado no recibe el coagulómetro como prestación sanitaria: desconozco si existen estudios económicos al respecto, pues al menos yo los desconozco y con toda seguridad no resultará más caro que el control de un diabético insulinodependiente, o que cualquier otro con alguno de los nuevos fármacos.

El paciente anticoagulado necesita un aparato para controlarse él mismo, por un precio aproximado de 740 euros: un desembolso la primera vez, pero sólo utiliza una tira cada semana, 48 tiras alcanzan para unos 10 meses (el año tiene 52 semanas) y tienen un precio de 200 euros. Si se compara con el precio de los nuevos anticoagulantes, que tienen un precio medio de 80 euros al mes, no hay que hacer grandes cálculos para saber que deben existir "otras razones" (¿políticas?) para seguir permitiendo que el paciente portador de prótesis valvulares cardíacas no sea tratado en equidad con relación a otras patologías.

Ahora que se habla tanto de "formar pacientes expertos" apostemos por hacer **pacientes anticoagulados expertos en autocontrol** de forma organizada, con valoraciones clínicas que permitan disponer de datos que apoyen el discurso. La Asociación Valenciana de Pacientes Anticoagulados y Portadores de Válvulas Cardíacas – AVAC, en la cual soy voluntaria trabajando en la Formación para el Autocontrol, estoy segura que apoyará esta iniciativa.

Publicidad

Bosca
Centro de día

Calle Eduardo Bosca, 20 - Valencia
Teléfono: 96 167 31 06
www.centrodediabosca.com



CLARIDAD EN MEDIO DE LA CONFUSIÓN

Artículo extraído de “Consejos para el cumplimiento del tratamiento del paciente anticoagulado”.
Laboratorio Bristol-Myers Squibb // Pfizer.

¿Qué es la Fibrilación Auricular?

La FA es un tipo de alteración del ritmo cardíaco o “arritmia” que afecta a cerca del 2% de las personas.

¿Cómo es el latido normal del corazón?

El corazón se divide en cuatro cavidades: dos superiores llamadas “aurículas” y dos inferiores llamadas “ventrículos”.

La aurícula derecha es la responsable de que las cavidades bombeen la sangre adecuadamente. En su interior se sitúa un nódulo especializado que funciona como un marcapasos natural y envía impulsos eléctricos a través de las cavidades para que se contraigan en el orden adecuado.

Cada una de estas contracciones, o latidos cardíacos, impulsa la sangre a través del corazón y hacia el resto del cuerpo.

¿Qué ocurre cuando existe FA?

En algunos casos, el marcapasos natural del corazón se deteriora y deja de funcionar correctamente. Esto hace que el corazón empiece a latir de forma irregular. Muchas personas no se dan cuenta de que padecen FA porque no tienen síntomas y la enfermedad se diagnostica durante un chequeo médico rutinario. Si tienes síntomas, es posible que notes latidos cardíacos, rápidos o irregulares, una sensación conocida como “palpitaciones”. Algunas personas lo comparan como el aleteo de una mariposa y otras con los coletazos de un pez.

También podría sentirse sin aliento, mareado o más cansado de lo normal. Para confirmar si padece FA, el médico utiliza el electrocardiograma (ECG), una prueba sencilla e indolora que registra la actividad eléctrica del corazón. La FA puede ser una enfermedad



crónica en algunas personas, mientras que en otras va y viene.

¿Por qué la enfermedad aumenta su riesgo de sufrir un ictus?

En las personas con FA, el riesgo de sufrir un ictus se multiplica por cinco. Esto se debe a que el corazón no bombea adecuadamente la sangre, que podría estancarse dentro de las cavidades del corazón. Si esto llegase a ocurrir, es más probable que se forme un coágulo de sangre, que podría pasar a la circulación.

Si el coágulo llega hasta el cerebro, podría obstruir uno de los vasos sanguíneos que lo irrigan y provocar un ictus. No todas las personas con FA sufren un ictus. El médico puede evaluar su nivel

de riesgo según su estado de salud y su estilo de vida. A partir de esa evaluación decidirá que tratamiento necesita para prevenir un ictus.

¿Cómo puede saber si tiene un riesgo elevado de sufrir un ictus?

El riesgo de sufrir un ictus depende de una serie de factores. El riesgo aumenta con la edad (es más elevado en los mayores de 75 años), si tiene la tensión alta, es diabético, si ha sufrido un ataque al corazón o un ictus previos o padece una enfermedad llamada insuficiencia cardíaca congestiva. Por eso es importante que no limite simplemente a tratar la FA, sino que también se cuide para reducir el resto de los factores de riesgo.

APRENDA A RECONOCER EL ICTUS

Si detecta un ictus, actúe inmediatamente.

El ictus es una de las principales complicaciones de la FA y puede tener consecuencias muy graves. Sin embargo, puede ser tratable o incluso reversible si se detecta a tiempo. De ahí la importancia de reconocer los primeros signos de alarma de un ictus y acudir al médico inmediatamente: actuar con rapidez puede salvar vidas.

Compruebe:

- 1.- Cara:** ¿tiene un lado de la cara paralizado o caído?
- 2.- Brazos:** ¿Puede levantar ambos brazos y mantenerlos en alto?
- 3.- Habla:** ¿Habla arrastrando las palabras?
- 4.- Actúe:** Llame a los servicios de urgencias si observa alguno de estos signos.

HIPERTENSIÓN ¿QUÉ ES?

Artículo extraído de www.fundaciondelcorazon.com

Esta enfermedad puede pasar inadvertida y es más frecuente a partir de los 40 años, aunque puede aparecer a cualquier edad.

Es la elevación de los niveles de **presión arterial** de forma continua o sostenida. Para entenderlo mejor es importante definir la **presión arterial**. El corazón ejerce presión sobre las arterias para que éstas conduzcan la sangre hacia los diferentes órganos del cuerpo humano. Esta acción es lo que se conoce como **presión arterial**. La presión máxima se obtiene en cada contracción del corazón y la mínima, con cada relajación.

Causas de la hipertensión. Hipertensión: ¿por qué es un factor de riesgo?

1.- La **hipertensión** supone una mayor resistencia para el corazón, que responde aumentando su masa muscular (hipertrofia ventricular izquierda) para hacer frente a ese sobreesfuerzo. Este incremento de la masa muscular acaba siendo perjudicial porque no viene acompañado de un aumento equivalente del riego sanguíneo y puede producir insuficiencia coronaria y angina de pecho. Además, el músculo cardíaco se vuelve más irritable y se producen más arritmias.

2.- En aquellos pacientes que ya han tenido un problema cardiovascular, la **hipertensión** puede intensificar el daño.

3.- Propicia la arterioesclerosis (acúmulos de colesterol en las arterias) y fenómenos de trombosis (pueden producir infarto de miocardio o infarto cerebral). En el peor de los casos, la **hipertensión arterial** puede reblandecer las paredes de la aorta y provocar su dilatación (aneurisma) o rotura (lo que inevitablemente causa la muerte).

¿Cómo afecta la presión arterial al cerebro?

Cuando las arterias se vuelven rígidas y estrechas, el riego sanguíneo resulta insuficiente y provoca la aparición de infartos cerebrales (ictus o accidente vascular cerebral isquémico). La elevación de la **presión arterial** también puede causar la rotura de una arteria y ocasionar una hemorragia cerebral (ictus o accidente vascular cerebral hemorrágico).

¿Cómo afecta la presión arterial a los riñones?

La **hipertensión** causa rigidez en las arterias que suministran la sangre a los riñones. Pero también perjudica al propio riñón, lo que puede desembocar en una insuficiencia renal que incluso requiera diálisis. Por otro lado, si el riñón resulta dañado se puede producir un aumento de la presión arterial.

¿Cómo afecta la presión arterial a otros órganos?

- 1.- Si afecta a las arterias de las piernas causa dolor al caminar.
- 2.- Si daña las arterias de la retina provoca alteraciones en la visión.
- 3.- En los hombres puede ser causa de impotencia.

Hipertensión: diagnóstico.

El diagnóstico se basa en un sencillo procedimiento de medición, aunque en algunos casos son necesarias otras pruebas



como el holter de **presión arterial**. Es imprescindible completar el estudio con un análisis de laboratorio (de sangre y orina) y un electrocardiograma. Para facilitar un diagnóstico es muy importante tener presente estas recomendaciones:

- 1.-La hipertensión arterial no produce síntomas y puede pasar inadvertida.
- 2.-Es más frecuente a partir de los 40 años, aunque puede aparecer a cualquier edad.
- 3.-Hay predisposición familiar, aunque se da también en personas sin antecedentes.

¿Cómo se mide?

La presión arterial se mide mediante unos aparatos llamados esfigmomanómetros, popularmente conocidos como tensiómetros, que deben someterse a las validaciones y homologaciones reglamentarias. Para que la medida obtenida sea correcta debes seguir una serie de indicaciones:

- 1.-Como la **presión arterial** cambia a lo largo del día y de la noche, haz la medición siempre a la misma hora.
- 2.-Busca una habitación tranquila, sin ruidos ni interrupciones, con una temperatura de 20-25° C.
- 3.-Debes estar relajado. No beber, comer, fumar ni hacer ejercicio físico la media hora anterior.
- 4.-Reposa 5 minutos antes de la toma.
- 5.-Siéntate cómodamente con la espalda apoyada en el respaldo de la silla, no cruces las piernas y quítate la ropa que pueda oprimirte el brazo.
- 6.- Si el tensiómetro es de brazo, coloca el manguito dos o tres centímetros por encima del codo. Deja la palma de la mano boca arriba y el codo ligeramente flexionado a la altura del corazón.
- 7.- Si el tensiómetro es de muñeca, pon la muñequera a la altura del corazón.
- 8.-No hables durante la medición.
- 9.- Realiza dos mediciones separadas al menos dos minutos y quédate con el resultado de la media de ambas.
- 10.-Apunta los valores obtenidos para informar a tu médico.

Diferentes métodos de medida de la presión arterial.

Para la correcta medición de las cifras de presión arterial se pueden utilizar dos métodos:

- 1.-Método auscultatorio.
- 2.-Método oscilométrico .

El **método auscultatorio** necesariamente se tiene que hacer de forma manual, mediante un estetoscopio y un brazaete inflable conectado a un manómetro que es el aparato que mide la presión. Se basa en los sonidos de Korotkoff. Cuando el brazaete de un esfigmomanómetro se coloca alrededor del brazo de un paciente, y se insufla hasta alcanzar una presión por encima de su presión sanguínea sistólica no habrá un sonido audible, ya que el brazaete impide el flujo de sangre por la arteria. Cuando se va desinflando progresivamente, en el momento en el que la presión en el manguito se iguala a la presión sistólica, se empieza a escuchar un ruido (primer sonido de Korotkoff). Cuando la presión en el manguito cae por debajo de la presión diastólica, los sonidos dejan de escucharse y es en ese momento cuando se determina la presión arterial diastólica. Este método requiere de personal entrenado en escuchar los sonidos, un ambiente silencioso y unos aparatos de medida adecuados.

El **método oscilométrico** es el que utilizan los aparatos automáticos. En este caso, en contraste con el método auscultatorio, que se basa en la detección de sonidos Korotkoff, el método oscilométrico se basa en la detección de las oscilaciones causadas por la sangre a medida que comienza a fluir de nuevo en la extremidad (detector de presión electrónico). Cuando el manguito se infla por encima de la presión arterial sistólica no hay cambios de presión; pero cuando se desinfla hasta el nivel de la presión arterial sistólica, comienza a haber un flujo que provoca oscilaciones detectables por el aparato. Como la presión del aire se libera lentamente desde el manguito, la amplitud de estas oscilaciones pulsátiles va aumentando hasta un máximo, y posteriormente disminuye a medida que el flujo de sangre a la extremidad se normaliza. El aparato reali-

za la determinación de las cifras basándose en el incremento de la amplitud de las oscilaciones en el caso de la presión arterial sistólica; y con el punto en el que las oscilaciones tienden a estabilizarse para la presión arterial diastólica. Estas mediciones son a menudo menos precisas cuando se comparan con las medidas de auscultación, por eso es muy importante que los aparatos sean calibrados y validados.

¿Cuáles son los niveles normales de presión arterial?

1.- **Presión arterial normal.** Los niveles de máximos de presión arterial sistólica (máxima) están entre 120-129 mmHg, y las de diastólica (mínima) entre 80 y 84 mmHg. Cifras más bajas también pueden considerarse normales, siempre que no provoquen ningún síntoma.

2.- **Presión arterial normal-alta.** Las cifras de presión arterial sistólica (máxima) están entre 130-139 mmHg, y las de diastólica (mínima) entre 80-89 mmHg. En personas diabéticas, los niveles superiores a 140/85 mmHg también se consideran altos.

¿Existe la presión arterial compensada?

Se puede hablar de **presión arterial alta**, normal o baja, pero nunca de compensada o descompensada. A nivel práctico, estas tres posibilidades resultan negativas:

- 1.- Tener elevada la presión máxima (sistólica) o la mínima (diastólica).
- 2.- Tener elevadas tanto la mínima como la máxima.
- 3.- Tener una alta y la otra baja también es malo.

Hipertensión: tratamiento y prevención

El mejor tratamiento de la **hipertensión** es una buena prevención que evite su aparición. Para ello es fundamental seguir un estilo de vida cardiosaludable:

1.- **No fumes.** El tabaco aumenta la presión arterial y la frecuencia cardíaca. Además, las personas hipertensas fumadoras multiplican el efecto perjudicial del tabaco. Dejar de fumar tiene unos efectos positivos

superiores a cualquier medicación para la **hipertensión.**

2.- **Cuidado con el alcohol.** El consumo moderado de alcohol (un vaso de vino al día en las comidas) puede ser beneficioso, pero si es excesivo provoca el incremento de la presión arterial y otras alteraciones perjudiciales para el corazón y otros órganos.



3.- **Controla tu peso.** El sobrepeso es una causa de **hipertensión.** Rebajarlo reduce la presión arterial y disminuye el riesgo cardiovascular y de diabetes.

4.- **Ejercítate.** La realización de ejercicio físico regular consigue bajar las cifras de **presión arterial.** Además, aumenta la masa muscular y la capacidad de esfuerzo, ayuda a controlar el peso y logra disminuir el riesgo cardiovascular.





5.- Practica una dieta cardiosaludable. Los **hipertensos** deben disminuir el consumo de sal y alimentos que la contengan. También es necesario consumir frutas, verduras, legumbres, frutos secos, pan y otros cereales. Por último, usar aceite de oliva como grasa principal e incrementar la ingesta de aves y pescado en detrimento de las carnes rojas.

6.- Tratamiento farmacológico. Si eres **hipertenso** no puedes conformarte con las recomendaciones anteriores, ya que es posible que debas seguir un tratamiento farmacológico. Los resultados no siempre reflejan una reducción inmediata de la presión arterial, así que es necesario esperar un poco antes de plantearle al médico un cambio de medicación. Los fármacos **antihipertensivos** están agrupados en varios tipos:

- *Diuréticos.*
- *Inhibidores del sistema renina angiotensina (IECA).*
- *Antagonistas de los receptores de angiotensina (ARA-II)*
- *Calcioantagonistas.*
- *Betabloqueantes.*
- *Asociación de fármacos.*

Los pacientes que siguen un tratamiento **antihipertensivo** deben tener en cuenta estos consejos:

7.- Aunque la presión arterial se haya normalizado no hay que dejar de tomar la medicación nunca.

8.- Cumplir estrictamente el tratamiento e intentar mantener siempre el horario de ingesta de las pastillas.

9.- Consulta al doctor si el tratamiento no obtiene resultados, ya que a veces es necesario asociar varios fármacos para controlar la presión arterial. Revisa también la dieta por si algún alimento (por ejemplo, la sal) está impidiendo el efecto **antihipertensivo** de la medicación.

10.- El tratamiento debe compatibilizarse siempre con el estilo de vida cardiosaludable.

11.- Vigila el resto de los factores de riesgo, ya que si no, tus buenas cifras de presión arterial no servirán de mucho.

El papel de la dieta y el ejercicio en la hipertensión

Hipertensión en mujeres

Las mujeres habitualmente presentan valores de **presión arterial sistólica** inferiores a los de los hombres. Sin embargo, la presión arterial sistólica aumenta con la edad de una forma más pronunciada en la mujer: por encima de 60 años las mujeres presentan cifras de presión arterial superiores, incrementando la frecuencia de hipertensión en estas edades.

Además los anticonceptivos orales producen una elevación leve de la presión arterial en la mayor parte de las mujeres y pueden ser causa de hipertensión en una proporción pequeña. Lo mismo sucede con el tratamiento hormonal sustitutivo.

Hipertensión y embarazo

Los trastornos **hipertensivos** del embarazo continúan siendo una causa importante de problemas durante la gestación que ocasionan enfermedades en el feto y durante el periodo neonatal. Normalmente, la presión arterial disminuye en el segundo trimestre y en el tercer trimestre, las cifras suelen volver a los valores previos al embarazo. Estas modificaciones pueden aumentar en algunos casos y ser causas de complicaciones, por lo que resulta de extraordinaria importancia el control de las cifras de presión arterial durante esta etapa.

Hipertensión en ancianos

Como la **presión arterial sistólica** se eleva con la edad, se ha considerado durante mucho tiempo que es normal que en edades avanzadas se tenga la presión elevada. Actualmente se conoce que las cifras de presión arterial se recomienda que deben de mantenerse dentro de rangos normales a todas las edades para disminuir el riesgo de complicaciones cardiovasculares, sin embargo en pacientes más ancianos podemos tener una presión hasta 150 mmHg, valorándose individualmente.

CUIDADO DE SU FA: IMPLICACIÓN DE SUS SERES QUERIDOS

Artículo extraído de "Consejos para el cumplimiento del tratamiento del paciente anticoagulado".
Laboratorio Bristol-Myers Squibb // Pfizer.

Informe a sus amigos y familiares.

A algunas personas les cuesta entender lo que significa padecer FA, sobre todo si los síntomas no son siempre evidentes. Puede que sus familiares, amigos y compañeros de trabajo no sean conscientes del impacto de la enfermedad en su vida cotidiana; incluso podrían mostrarse indiferentes y poco comprensivos.

También es posible que le preocupe que los demás piensen que exagera sus síntomas, incluso aunque no sea así. Sin embargo, comprobará que cuanto mejor les explique su enfermedad, mayor será su comprensión.

La familia es un pilar de apoyo fundamental

En las personas de FA, el apoyo emocional y físico de los familiares y seres queridos puede ser de gran ayuda para sobrellevar la enfermedad. Sus amigos y familiares pueden infundirle ánimo y ayudarlo a hacer los cambios necesarios en su estilo de vida para reducir los factores de riesgo de FA.

Es fundamental que les haga saber lo importante que es para usted seguir una dieta saludable para el corazón. También debe de informarles de las actividades físicas de las que tendrá que prescindir y las que todavía puede realizar, para que conozcan tanto sus limitaciones como sus capacidades.

Puntos que debe tener en cuenta al explicar su enfermedad.

- 1.- Asegúrese de que sus familiares sepan cómo ponerse en contacto con los distintos profesionales sanitarios que le atiendan.
- 2.- Explíqueles cómo se siente. Haga saber a sus amigos y familiares de lo que pueden hacer para ayudarlo.
- 3.-Deje claro a sus amigos y familiares qué actividades puede hacer y cuáles son perjudiciales para usted.

Procure entender cómo se sienten.

No hay que perder de vista que su enfermedad puede ser estresante y preocupante para sus seres queridos y cuidadores como lo es para usted. Además de hablarles de su enfermedad y explicarles cómo se siente, también es una buena idea escuchar sus preocupaciones y tratar de entenderles. Los cuidadores también necesitan tiempo para cuidar de su propia salud.

Niños pequeños.

Explicar su enfermedad a los niños pequeños puede resultar complicado. Dependiendo de su edad y su capacidad de entendimiento, puede que no sepan con certeza lo que ocurre, pero aún así se den cuenta de que un adulto al que quieren no se encuentra bien.

Lo mejor es dar una explicación sencilla. Puede decirles que a veces, cuando una persona se hace mayor, su corazón no funciona tan bien como antes. Hay cosas que se pueden hacer para mejorar su problema, pero no siempre se arregla por completo. Por eso, aunque cuide de su salud, a veces no tendrá suficiente energía para jugar con ellos.

Relaciones íntimas.

Tras un diagnóstico de FA, a muchas personas les preocupa continuar disfrutando de la parte física de la relación con su pareja. Esto puede generar confusión, culpa y sentimiento de rechazo en ambas partes. Es conveniente comentar este aspecto de su enfermedad con el médico. Mantener relaciones sanas, a pesar de la FA, es importante y la mayoría de las personas no tienen por qué evitar o limitar la intimidad.

27 de Junio - Valencia

JORNADA EDUCACIÓN SANITARIA PARA PACIENTES ANTICOAGULADOS “ESTOY ANTICOAGULADO, ¿SABES DE LO QUE HABLO?”

El pasado 27 de junio tuvo lugar la Jornada de Pacientes Anticoagulados, “Estoy anticoagulado, ¿sabes de lo que hablo?”. Se celebró en el Salón de actos del Hospital General de Valencia. Actuó como moderados D. Luciano Arochena Candame, presidente de AVAC.

En la primera ponencia intervino el Dr. Antonio Fornos, Médico de Familia y Director de Atención Primaria del Hospital General de Valencia y habló sobre: ¿Qué debe de saber el paciente anticoagulado acerca del tratamiento con anticoagulantes orales (TAO)?.

Habló de las personas que cada día sufren un Ictus y cómo repercuten ésto en sus vidas. También destacó la importancia de conocer el tratamiento de anticoagulantes orales y de la implicación del paciente para minimizar riesgos para el tratamiento.

El Dr. Lorenzo Fácil, explicó en su ponencia los tratamientos anticoagulantes orales que se siguen utilizando y las novedades que están apareciendo para pacientes con arritmias y sus conclusiones fueron:

- Son medicamentos que inhiben diferentes factores de la coagulación (Trombina y el factor X).
- No presentan interacciones con la dieta.
- Se han observado algunas interacciones con determinados medicamentos (aunque muy pocos).
- No requieren controles y la dosis es fija y estable.
- Se toman en una única dosis diaria (dependiendo del medicamento)
- Están indicados para la fibrilación auricular de origen no valvular, la embolia sistemática y las trombosis venosas profundas.
- Se requiere evaluar previamente la función del riñón o hígado (en función del medicamento)

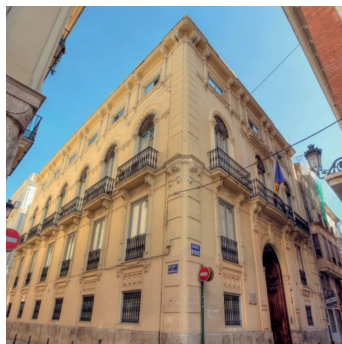
antes de empezar a utilizarlos y evaluar de forma regular su función renal una vez se toman.

Durante su ponencia nos habló de cómo y qué anticoagulantes se les indican a los pacientes con FA (Fibrilación Auricular) ya que se reduce el riesgo de sufrir un ictus.

Los nuevos anticoagulantes orales han sido una renovación y evolución. Son eficaces, tienen menos contraindicaciones y no necesitan control.

La Dra. María López, Hematóloga del Hospital General de Valencia, ofreció la ponencia: “Tratamiento de los pacientes valvulares”. Hizo un recorrido por la historia, desde cómo se descubrió el efecto de la anticoagulación, tras observar como unas vacas que se alimentaban de unas flores y tréboles se desangraban e incluso comentó quién fue el primer paciente que se la tomó. . . Una magnífica exposición.

Finalmente D.ª Amparo Benlloch, Enfermera del Hospital General de Valencia del departamento de control de INR de los pacientes anticoagulados centró su ponencia en la importancia de la educación sanitaria. Ella misma organiza charlas dirigidas a los pacientes que inician el tratamiento y a sus familiares. En dichas charlas les enseña la importancia de conocer el nuevo tratamiento y da consejos para minimizar el riesgo y obtener una mejor adherencia del tratamiento. Su frase más emblemática fue: “ Hay que convivir con el tratamiento”.



PRÓXIMAMENTE

Jornada Paciente

Anticoagulado

"Estoy anticoagulado,
¿sabes de lo que hablo?"

El próximo 14 de Noviembre de 2018, en el Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia tendrá lugar la Jornada organizada por AVAC: "Estoy Anticoagulado, ¿sabes de lo que hablo?".

Intervendrán en la Jornada: D. Faustino Álvarez (Subdirector General de Planificación y Organización Asistencial), D. Jaime Giner Martínez (Presidente de MICOF) y D. Luciano Arochena (Presidente de AVAC).

Además contaremos con las ponencias de los especialistas: Dr. Vicente Gasull Molinés, (Médico de Familia del Centro de Salud Torrente II), Dr. Jorge Manuel Orduña (Especialista de la Unidad del Dolor del Hospital Malva-Rosa), la Hematóloga Dra. M^a Ángeles Fernández Fernández y el Dr. Juan Cosin Sales, Jefe de la sección de Cardiología en el Hospital Arnau de Vilanova.

Os animamos a que vengáis. Solicitar información en el teléfono 963 525 577.



JORNADA

II Jornada Paciente

Activo

Con el título "Activa tu salud", se celebraron el pasado 7 de junio de 2018 las II Jornadas del Paciente Activo.

Paciente activo pretende ayudar a las personas con una enfermedad crónica o cuidadores a adquirir un mejor autocuidado de su salud mediante talleres de formación. Son impartidos por pacientes con formación, que a su vez forman a más pacientes y personas cuidadoras, contando con el apoyo de profesionales de la salud.

Durante la jornada, los participantes ponentes expusieron sus propias vivencias, cómo había mejorado su calidad de vida. La jornada finalizó con la actuación de un músico que iba por la diferentes salas de hospitales. Esta iniciativa es "Músicos por la salud".

Nuestra asociación Avac fue invitada y estuvo representada por Camila Romero (Vicepresidenta de AVAC).



SALIDAS

Marchas AVAC

En nuestra asociación contamos con un grupo de socios que tienen la iniciativa de quedar todos los sábados para realizar unas "Marchas Paseo" por diferentes lugares de Valencia.

Este grupo, para agilizar la comunicación y que la gente esté más informada, ha creado un grupo de Whatsapp para concretar las quedadas y puntos de encuentro de cada "Marcha". Os animamos desde la asociación a participar en las próximas salidas, y aportar ideas o lugares donde podamos realizarlas.

Estas "Marchas Paseos" suelen acabar con un almuerzo "Cardiosaludable".

Para más información llamar a nuestra asociación AVAC en horario de atención al teléfono 963 525 577.



JORNADA

La Voz del Paciente

El pasado 4 de junio de 2018, se celebró en el Hospital Universitario y Politécnico de Valencia, la Jornada Anual de Calidad Asistencial en la Comunidad Valenciana.

A esta jornada, declarada de interés sanitario por la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, acudieron pacientes, equipos directivos, mandos intermedios de diversos Departamentos de Salud, Responsables de Calidad y Seguridad y miembros de asociaciones, entre ellas nuestra vicepresidente Camila Romero.

Un año más AVAC estuvo presente. Ofrecimos información sobre la asociación y repartimos material educativo sobre la Anticoagulación.



JORNADA

Hospital General: Jornada Pacientes y Asociaciones

Desde hace 7 años se celebra en los jardines del Hospital General de Valencia la Jornada Anual de Pacientes y Asociaciones a la que acudimos anualmente. El objetivo es compartir un espacio destinado por el Hospital donde las asociaciones disponen de un stand en el que pueden mostrar a médicos, pacientes y curiosos información de cada asociación y sus respectivos servicios.

Un año más, AVAC estuvo presente. Ofrecimos información sobre la asociación y material educativo sobre la anticoagulación.

Como representantes de Avac, estuvieron Isabel Guillot (Vocal de AVAC) y Camila Romero (Vicepresidenta de AVAC). En la jornada intervinieron miembros de otras asociaciones y representantes del Hospital y de Conselleria de Sanidad.



TALLERES

Taller de Paciente Anticoagulado

Nuestra asociación organiza "Talleres de pacientes anticoagulados" dirigidos a: pacientes y familiares de pacientes.

El objetivo es que el propio paciente conozca de primera mano el tratamiento y qué efectos tiene sobre su cuerpo y cómo interfiere. En definitiva, impartir una educación sanitaria. Un anticoagulado, cuanto más información tenga, mucho mejor ya que es un tratamiento para toda la vida y tiene que convivir con él.

Los talleres los imparten Isabel Guillot y Camila Romero en nuestra asociación los primeros jueves de cada mes y de 17:00 h a 19:00 h.

Os animamos a participar, ya que siempre aprendemos e intercambiamos impresiones y experiencias. Llámanos al teléfono 963 525 577.



CONFERENCIAS

Universidad Cardenal Herrera CEU

La Universidad Cardenal Herrera (CEU), como cada año, contó con nuestra asociación AVAC para las sesiones que denominamos "Los miércoles hablamos de salud", dirigidas a los estudiantes de farmacia y odontología.

El pasado miércoles 25 de Octubre 2017, nuestra vicepresidente, Camila Romero, estuvo representando a nuestra asociación en la charla sobre "Anticoagulados y portadores de válvulas cardíacas".

An anatomical illustration of a coronary artery. A metal mesh stent is implanted inside the artery to keep it open. A catheter is inserted into the artery, passing through the stent. The artery wall is shown in cross-section, revealing the inner lining and the underlying muscle layers.

CATETERISMO CARDÍACO Y CORONARIOGRAFÍA

Artículo extraído de www.fundaciondelcorazon.com

El **cateterismo cardíaco** es un procedimiento complejo e invasivo que permite valorar la anatomía del corazón y de las arterias coronarias, así como estudiar la función del corazón. Por su parte, la **coronariografía** es una técnica que completa al cateterismo cardíaco y se realiza en el mismo procedimiento que éste.

El cateterismo cardíaco es un procedimiento complejo e invasivo que consiste en la introducción de unos catéteres que se llevan hasta el corazón para valorar la anatomía del mismo y de las arterias coronarias, así como para ver la función del corazón (cuánta sangre bombea), medir presiones de las cavidades cardíacas e, incluso, saber si hay alguna válvula alterada.

Además, permite ver si existen defectos congénitos (de nacimiento), como comunicaciones (orificios) en el tabique auricular o ventricular, medir concentraciones de oxígeno en diferentes partes del corazón y obtener muestras de tejido cardíaco (biopsia) para el diagnóstico de ciertas enfermedades.

La **coronariografía** es una técnica que completa al cateterismo cardíaco y se realiza en el mismo procedimiento que éste. Tras la inyección del contraste en el sistema circulatorio, se consiguen ver, mediante rayos X, las arterias coronarias. Igual que en el cateterismo, todas las imágenes se graban para su posterior estudio.

Con esta técnica el especialista pone de manifiesto si existen obstrucciones o estreche-

ces en las arterias coronarias, su localización exacta, el número de arterias afectadas o la severidad de las lesiones (estrechamientos). Es una prueba imprescindible en algunos casos, por ejemplo, cuando un paciente sufre un infarto. Es muy rentable desde el punto de vista médico por la información que aporta para tratar adecuadamente al enfermo: los resultados obtenidos son claves en la decisión sobre el tratamiento.

Ambos procedimientos aportan una serie de datos imposibles de obtener con otras pruebas.

El cateterismo y la coronariografía se pueden llevar a cabo con dos objetivos: realizar un diagnóstico y/o tratamiento. Entre los tratamientos que se pueden llevar a cabo están:

- 1.- Implante de prótesis para reparar defectos de nacimiento (orificios en tabiques) o abrir orificios nuevos en los tabiques como tratamiento en niños con anomalías cardíacas que producen baja oxigenación de la sangre.
- 2.- Cerrar vasos sanguíneos que no deberían permanecer abiertos después del nacimiento (como el ductus arterioso persistente).
- 3.- Implante de prótesis en la válvula aórtica en pacientes ancianos en los que no se les puede someter a cirugía.
- 4.- Colocar muelles (stents) en las arterias coronarias que están estrechadas.



Cómo se realiza el cateterismo.

El cateterismo se realiza en el laboratorio de Hemodinámica. Los médicos y el personal auxiliar y de enfermería utilizan ropa de quirófano para evitar las infecciones. Se siguen los siguientes pasos:

1. Se desinfecta la piel de la ingle (si se va a puncionar la arteria/vena femoral) o la muñeca (si se va a acceder por vía radial).
2. Se anestesia esta zona (anestesia local) desde donde se van a introducir los catéteres, para que el paciente no sufra molestias.
3. Se introducen los catéteres en el torrente sanguíneo a través de una vena o de una arteria.
4. Los catéteres avanzan hasta el corazón bajo control radiológico (durante el mismo procedimiento hay un aparato de rayos X a través del cual se ve por donde van pasando los catéteres).
5. Se mide la presión en las cavidades.
6. Se inyecta una sustancia (contraste) en el ventrículo izquierdo que hace visible la sangre con el equipo radiológico y permite estudiar el movimiento de las paredes del corazón, su tamaño, posibles alteraciones en las válvulas cardíacas y existencia de orificios anormales.
7. Se llevan los catéteres hasta la porción inicial de las arterias coronarias y se inyecta contraste radiológico que las rellena y permite visualizarlas.
8. El proceso se graba en una película para su posterior análisis y estudio.

El paciente.

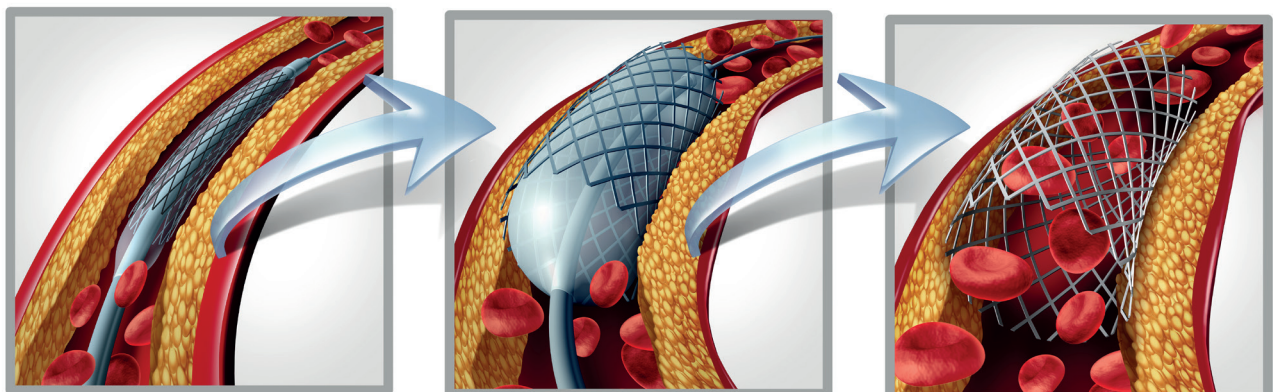
Puede sentir palpitaciones provocadas por el paso de los catéteres. Durante la inyección del contraste puede notar calor o sofoco, pero esas sensaciones son pasajeras. Entre las complicaciones que pueden aparecer derivadas del cateterismo están: hematoma (frecuente) o hemorragia a nivel del sitio de punción, hemorragia abdominal (si se hace por la ingle), dolor en la zona de punción, angina de pecho, arritmias... Dichas complicaciones se dan en un escaso porcentaje de casos.

¿Qué ocurre después del cateterismo?

Una vez finalizado el procedimiento se extraen los catéteres que se habían introducido. Si la técnica se ha hecho por la arteria de la ingle, se dejará un introductor (que es parte del material utilizado durante el cateterismo) que será retirado con posterioridad (entre 6-8 horas después de finalizar la técnica). El cardiólogo será el encargado de retirar esta pieza, haciéndolo con extremo cuidado y comprimiendo en ese punto durante 10-15 minutos para evitar el sangrado de la arteria.

La retirada del introductor y la presión que debe ejercer el médico pueden generar molestias/dolor. Después se realizará un vendaje compresivo con la misma finalidad de evitar el sangrado. En estos casos en los que el cateterismo se realiza por la ingle, el paciente deberá permanecer con la pierna totalmente inmovilizada durante las 24 horas posteriores a la finalización de la técnica.

En los casos en los que el procedimiento se haga por vía radial, al paciente se le dejará un manguito en la muñeca que será el encargado de comprimir la arteria para que no exista sangrado.

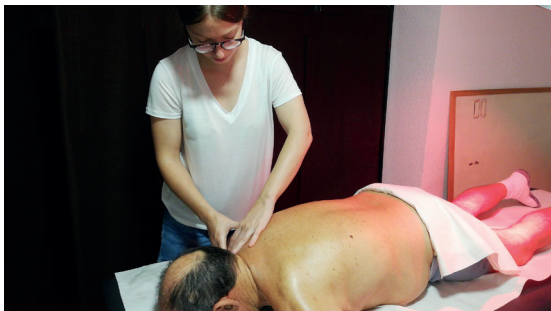




SERVICIOS OFRECIDOS POR AVAC

Nuestra asociación, en su sede de Valencia, cuenta con una fisioterapeuta, **Maria Luisa Marzo**, una asesora científica y especialista en hematología, la Doctora **M^a Ángeles Fernández** y con una profesional que se encarga de las gestiones del Área social.

La fisioterapeuta presta sus servicios a todos nuestros socios de forma semanal y gratuita. Los tratamientos que realiza Maria Luisa Marzo van desde la rehabilitación funcional hasta el tratamiento del dolor. Las citas se establecen los martes por la mañana de 10:00 h a 13:00 h. , pudiendo variar el día de la semana en caso de festivos.



Para reservar una cita sólo hay que llamar a la Asociación e indicar que se quiere concretar una sesión de fisioterapia.

Para tener una cita con la Doctora Fernández se debe llamar por teléfono a la Asociación y desde aquí os indicaremos la disponibilidad de la doctora para concretar una consulta con ella o bien asistir a uno de sus cursos formativos.



Disponemos de un Área social, con horario de atención de 10:00 h. a 13:00 h. los martes y miércoles. A través de este servicio os podemos orientar con trámites sociosanitarios o cualquier procedimiento administrativo relacionado con nuestra asociación. Podéis preguntar por Marta Collado.

CONTACTA CON AVAC:

Presencialmente

Pasaje Ventura Feliu, 13,
Esc. dcha. Pta. dcha.
46007 Valencia

Telefónicamente

Teléfono **963 52 55 77**

Internet

avac@anticoagulados.org
areasocial@anticoagulados.org



ASOCIACIÓN VALENCIANA DE PACIENTES
ANTICOAGULADOS Y PORTADORES DE
VÁLVULAS CARDÍACAS

Pasaje Ventura Feliu, 13, Esc. dcha. Pta. dcha.
46007 Valencia
Teléfono: 963 525 577
E-mail: avac@anticoagulados.org
www.anticoagulados.org

Con la colaboración de

