Bibliografia

1. Kannel WB, Benjamin EJ. Status of the epidemiology of atrial fibrillation. *Med Clin North Am* 2008;92:17-40.
2. Wolfe C, Rudd. A. The burden of stroke white paper: Raising awareness of the global toll of stroke-related disability and death. 2007. http://www.safestroke.org/Portals/10/FINAL%20Burden%20of%20Stroke.pdf. Accessed January 2012.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Atrial Fibrillation Fact Sheet. December 2010. http://www.cdc.gov/dhdsp/data_statistics/fact_sheets/docs/fs_atrial_fibrillation.pdf. Accessed January 2012.
4. Marini C, De Santis F, Sacco S *et al.* Contribution of atrial fibrillation to incidence and outcome of ischemic stroke: results from a population-based study. *Stroke* 2005;36:1115-9.
5. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation: a major contributor to stroke in the elderly. The Framingham Study. *Arch Intern Med* 1987;147:1561-4.
6. Iqbal MB, Taneja AK, Lip. GY *et al.* Recent developments in atrial fibrillation. *BMJ* 2005;330:238-43.
7. Lip GY, Lim HS. Atrial fibrillation and stroke prevention. *Lancet Neurol* 2007;6:981-93.
8. Gladstone DJ, Bui E, Fang J *et al.* Potentially preventable strokes in high-risk patients with atrial fibrillation who are not adequately anticoagulated. *Stroke* 2009;40:235-40.
9. Ringleg PA, Bousser MF, Ford GA *et al.* Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Cerebrovasc Dis* 2008;25:457-507.
10. Bruggenjurgen B, Rossnagel K, Roll S *et al.* The impact of atrial fibrillation on the cost of stroke: the Berlin acute stroke study. *Value Health* 2007;10:137-43.
11. Hobbs FD, Fitzmaurice DA, Mant J *et al.* A randomised controlled trial and cost-effectiveness study of systematic screening (targeted and total population screening) versus routine practice for the detection of atrial fibrillation in people aged 65 and over. The SAFE study. *Health Technol Assess* 2005;9:1-74.
12. Nieuwlaat R, Olisson SB, Lip. GY *et al.* Guideline-adherent antithrombotic treatment is associated with improved outcomes compared with under-treatment in high-risk patients with atrial fibrillation. The Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. *Am Heart J* 2007;153:1006-12.
13. Biern HJ, Hadjistavropoulos H, Morgan D *et al.* Breaks in continuity of care and the rural senior transferred for medical care under regionalization. *Int J Integr Care* 2003;3:e03.
14. Kakkar AK, Lip GYH, Breithardt G. The importance of real-world registries in the study of AF-related stroke. http://www.theheart.org/documents/sitestructure/en/content/programs/100324/transcript.pdf
15. PR Newswire. Largest registry to date reveals poor AF control and high rates of cardiovascular hospitalization. Paris, France, 1 September 2012. http://pharmalicensing.com
16. Camm AJ, Kirschoff P, Lip. GYH *et al.* Guidelines for the management of atrial fibrillation: the task force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2010; 31(19): 2369-429. doi:10.1093/eurheartj/ehq278
17. Jorgensen HS, Nakayama H, Reith J *et al.* Acute stroke with atrial fibrillation. The Copenhagen Stroke Study. *Stroke* 1996;27:1765–9.
18. Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalavular atrial fibrillation. *Ann Intern Med* 2007;146:857-67.
19. Winter Y, Wolfram C, Schaeg M *et al.* Evaluation of costs and outcome in cardioembolic stroke or TIA. *J Neurol* 2009;256:954-63.
20. AF AWARE. AF AWARE cardiology groups call for greater awareness and better education on atrial fibrillation. Press release 2009. http://www.world-heart-federation.org/press/press-releases/news-details/article/af-aware-cardiology-groups-call-for-greater-awareness-and-better-education-on-atrial-fibrillation/. Accessed 16 June 2009.
21. Evers SM, Struijs JN, Ament AJ *et al.* International comparison of stroke cost studies. *Stroke* 2004;35:1209-15.
22. Royal College of Physicians. Atrial fibrillation. National clinical guideline for management in primary and secondary care. National Collaborating Centre for Chronic Conditions. http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg036fullguideline.pdf. Accessed November 2011.
23. Murphy R, Sackley CM, Miller P *et al.* Effect of experience of severe stroke on subjective valuations of quality of life after stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001;70:679-81.
24. Allender S, Scarborough P, Peto V *et al.* Long-term caregiving after stroke: the impact on caregivers' quality of life. *J Neurosci Nurs* 2006;38:354-60.
25. Frykman V, Beerman B, Ryden L *et al.* Management of atrial fibrillation: discrepancy between guideline recommendations and actual practice exposes patients to risk for complications. *Eur Heart J* 2001;22:1954-9.
26. Wittkowsky AK. Effective anticoagulation therapy: defining the gap between clinical studies and clinical practice. *Am J Manag Care* 2004;10:5297-306.
27. Fuster V, Ryden LE, Cannom DS *et al.* ACC/AH-A/ESC 2011 Guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: developed in collaboration with the Heart Rhythm Society. *Circulation* 2011; 123:e269-367.
28. Cairns JA, Connolly S, McMurtry S *et al.* Canadian cardiovascular society atrial fibrillation guidelines 2010: prevention of stroke and systemic thromboembolism in atrial fibrillation and flutter. *Can J Cardiol* 2011; 27(1):74-90. doi: 10.1016/j.cjca.2010.11.007.
29. Calkins H, Brugada J, Packer DL *et al.* HRS/EHRA/ECAS Expert consensus statement on catheter and surgical ablation of atrial fibrillation: recommendations for personnel, policy, procedures and follow-up: developed in partnership with the European Heart Rhythm Association (EHRA) and the European Cardiac Arrhythmia Society (ECAS); in collaboration with the American College of Cardiology (ACC), American Heart Association (AH-A), and the Society of Thoracic Surgeons (STS); endorsed and approved by the governing bodies of the American College of Cardiology, the American Heart Association, the European Cardiac Arrhythmia Society, the European Heart Rhythm Association, the Society of Thoracic Surgeons, and the Heart Rhythm Society. *Europace* 2007; 9(6):335-79. doi:10.1093/europace/eum120.
30. Groene O, Lombarts M, Klazinga N *et al.* Is patient-centeredness in European hospitals related to existing quality improvement strategies? Analysis of a cross-sectional survey (MARQuIS study). *Qual Saf Health Care* 2009;18:44-50.
31. Rodgers H, Sudlow M, Dobson R *et al.* Warfarin anticoagulation in primary care: a regional survey of present practice and clinician's views. *Br J Gen Pract* 1997; 47:309-10.
32. Ellis S. The patient-centred care model: holistic/multiprofessional/reflective. *Br J Nurs* 1999;8:296-301.
33. Lip GY, Agnelli G, Thach AA *et al.* Oral anticoagulation in atrial fibrillation: A pan-European patient survey. *Eur J Intern Med* 2007;18:202-8.

Światowa Karta Praw i Obowiązków Pacjentów

z Migotaniem Przedsionków

Karta została opracowana przez niezależny komitet grup pacjentów.
Firma Bayer Pharma AG zapewniła fundusze na działanie sekretariatu wspomagającego działanie komitetu.

www.signagainststroke.com

Światowa Karta Praw i Obowiązków Pacjentów

z Migotaniem Przedsionków

Streszczenie

Migotanie przedsionków (AF) to najczęstsze zaburzenie rytmu serca, dotykające około 6 milionów ludzi w Europie,[1] 8 milionów w Chinach[2] i ponad 2,6 miliona w Stanach Zjednoczonych.[3] Osoby cierpiące na migotanie przedsionków znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka wystąpienia wyniszczającego organizm udaru mózgu[4] i w przyszłości będą one stanowiły 15%[5] wszystkich szacowanych 15 milionów udarów rocznie na całym świecie.[1] Leczenie zmniejszające ryzyko zakrzepów krwi może zapobiegać występowaniu udarów oraz związanych z nimi ogromnych strat zdrowotnych i ekonomicznych.[6,7] Migotanie przedsionków często pozostaje jednak nierozpoznane i nieleczone.[8] Pacjenci ze zdiagnozowanym migotaniem przedsionków, którzy nie otrzymują leków przeciwzakrzepowych lub są poddawani leczeniu nieoptymalnemu pozostają w grupie podwyższonego ryzyka wystąpienia udaru.[9]

Światowa karta praw i obowiązków pacjentów cierpiących na migotanie przedsionków została opracowana jako międzynarodowy apel na rzecz poprawy opieki i leczenia osób z migotaniem przedsionków oraz osób z grupy podwyższonego ryzyka wystąpienia udaru mózgu związanego z migotaniem przedsionków. Dokument ten zawiera zalecenia dotyczące najważniejszych działań, jakie mogą być podjęte przez decydentów, świadczeniodawców, płatników oraz władze państwowe w celu ratowania życia, zmniejszenia obciążeń związanych z chorobą i ogromnych kosztów opieki medycznej.[10]

Dlaczego kartę poparło tak wiele różnych organizacji reprezentujących stowarzyszenia medyczne i stowarzyszenia pacjentów zajmujące się kwestią migotania przedsionków, leczenia przeciwzakrzepowego, udaru i chorób serca? Dzięki podjęciu przez poszczególne kraje prostych działań, można uniknąć ogromnych kosztów i ciężarów związanych z niepełnosprawnością i zgonem z powodu nierozpoznanego i nieleczonego migotania przedsionków. Występujący obecnie nacisk na ograniczanie kosztów może prowadzić do lekceważenia perspektywy pacjentów przez systemy opieki zdrowotnej. Większa świadomość w zakresie migotania przedsionków oraz jego wczesne wykrywanie,[11] nacisk na profilaktykę i leczenie udaru związanego z migotaniem przedsionków prowadzone na podstawie wytycznych popartych dowodami,[12] lepsza ciągłość leczenia,[13] krajowe rejestry udarów,[14] oraz szybki dostęp do nowych doustnych leków przeciwzakrzepowych, przeciwarytmicznych, a także nowe możliwości, które przezwyciężą aktualne ograniczenia w leczeniu[15] stanowią najlepszą drogę do poprawy opieki nad pacjentami z migotaniem przedsionków, zmniejszając jednocześnie jego skutki ekonomiczne.

Apelujemy do rządów państw, decydentów, płatników oraz świadczeniodawców o podjęcie działań na rzecz poprawy jakości życia osób z migotaniem przedsionków oraz znaczącego obniżenia ryzyka oraz kosztów udarów związanych z migotaniem przedsionków.

Migotanie przedsionków (AF) jest jednym z najważniejszych czynników ryzyka wystąpienia udaru mózgu. U osób z migotaniem przedsionków występuje zwiększone ryzyko powstawania zakrzepów krwi i prawdopodobieństwo wystąpienia udaru mózgu jest u nich pięciokrotnie większe niż w przypadku populacji ogólnej.[4,16] Migotanie przedsionków stanowi przyczynę 20% wszystkich udarów niedokrwiennych.[4] Udary związane z migotaniem przedsionków mają cięższy przebieg, powodują większe upośledzenie, a rokowania dla ulegających im pacjentów są gorsze niż w przypadku pacjentów bez migotania przedsionków.[4,17]

Wielu udarom mózgu związanych z migotaniem przedsionków można zapobiec, dzięki szybszej diagnozie, dostępowi do odpowiedniego leczenia.[18,19] Wczesne rozpoznawanie i leczenie pacjentów z migotaniem przedsionków ratuje życie i obniża koszty ponoszone przez świadczeniodawców i rządy państw.[10] Niniejsza karta rekomenduje proste rozwiązania, które decydenci, świadczeniodawcy, płatnicy oraz rządy państw mogą wdrożyć w celu ratowania życia osób cierpiących na migotanie przedsionków oraz z grupy ryzyka wystąpienia udaru mózgu związanego z migotaniem przedsionków.

Wczesne wykrycie ratuje życie. Wczesna diagnoza w połączeniu z właściwym leczeniem mogą poprawić rokowania dla osób chorujących na migotanie przedsionków.[20] Dzięki temu można także obniżyć koszty ponoszone przez świadczeniodawców i rządy.[21] Badanie tętna to szybki, łatwy i niezwykle tani sposób na wykrywanie AF u pacjentów.[22,11]

- Apelujemy do rządów o wdrożenie kampanii informacyjnych, podnoszących świadomość wczesnych objawów migotania przedsionków, czynników ryzyka wystąpienia udarów, a także znaczenia badań tętna, a dodatkowo upowszechnienie łatwo dostępnych szkoleń i materiałów informacyjnych dotyczących migotania przedsionków.

Zapobieganie udarom powinno mieć wyższy priorytet dla władz. Udarom, a w tym udarom związanym z migotaniem przedsionków, można zapobiec; a w przypadku ich wystąpienia odpowiednie leczenie może znacznie zmniejszyć związane z udarem koszty osobiste, społeczne i ekonomiczne.[18,23,24]

- Apelujemy do krajowych władz, aby profilaktykę i leczenie udaru i udaru związanego z migotaniem przedsionków uczynić krajowym priorytetem w dziedzinie ochrony zdrowia. Zalecamy założenie narodowych rejestrów udarów w celu systematycznego i dokładnego rejestrowania liczby przypadków oraz przebiegu choroby u pacjentów, u których wystąpił udar mózgu związany z migotaniem przedsionków.

Lepsze rozpoznanie i leczenie osób z migotaniem przedsionków może zapobiegać udarom związanym z migotaniem przedsionków oraz zapewniać łagodniejszy przebieg w przypadku wystąpienia udaru. Wdrożenie wytycznych jest jednym ze sposobów, dzięki którym organizacje opieki zdrowotnej mogą poprawić opiekę medyczną i obniżyć koszty.[12,25,26]

- Apelujemy do krajowych władz o wdrożenie powszechnie uznanych wytycznych dotyczących leczenia migotania przedsionków i udarów związanych z migotaniem przedsionków, takich jak wytyczne opracowane przez uznane stowarzyszenia medyczne, między innymi Amerykańskie Kolegium Kardiologiczne/Amerykańskie Stowarzyszenie Kardiologiczne,[27] Kanadyjskie Towarzystwo Kardiologiczne,[28] Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne[16] i Towarzystwo Rytmu Serca.[29]

Podnoszenie poziomu wiedzy i praktyki pracowników służby zdrowia wpłynie pozytywnie na zapobieganie, wykrywanie i leczenie migotania przedsionków i udarów związanych z migotaniem przedsionków.[7] Należy zwiększać świadomość zaburzeń rytmu serca wśród pracowników służby zdrowi, aby mogli im skuteczniej zapobiegać i leczyć.[30,31,32]

- Apelujemy do kolegiów medycznych i świadczeniodawców o zapewnienie ciągłej edukacji zawodowej w zakresie diagnozowania, leczenia i opieki nad pacjentami z migotaniem przedsionków dla lekarzy pierwszego kontaktu.
- Apelujemy do pracowników służby zdrowia o wzmocnienie współpracy pomiędzy podstawową i specjalistyczną opieką zdrowotną w celu upewnienia się, że pacjenci otrzymują odpowiednie leczenie przez tzw. ścieżkę opieki.

Innowacyjne technologie, które umożliwiają poprawę profilaktyki, diagnostyki i leczenia osób cierpiących na migotanie przedsionków lb z grupy ryzyka wystąpienia udaru związanego z migotaniem przedsionków muszą zostać jak najszybciej udostępnione.[33] Istnieje pilna potrzeba wdrożenia innowacji, umożliwiających zmniejszenie liczby hospitalizacji i częstości występowania udarów, a także ulepszeń poprawiających jakość życia oraz zdrowia pacjentów z migotaniem przedsionków.[2]

- Apelujemy do krajowych władz o poprawę dostępu do opieki doraźnej oraz specjalistycznych oddziałów udarowych dysponujących sprzętem wykorzystującym najnowsze technologie.
- Apelujemy do płatników, aby podejmując decyzje w zakresie opieki zdrowotnej wobec osób z migotaniem przedsionków, opierali się na solidnych danych klinicznych i uwzględniali potrzeby takich osób.