

ANTICOAGULACIÓN EN FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR

AUTORES

Antonio Fornos Garrigós. C.S Picanya (Valencia)
Patricia Montoya Lapuente. C.S Macastre (Valencia)
Grupo de Trabajo Enfermedades Cardiovasculares SVMFiC
Fecha Actualización: Junio 2017

1.- Indicaciones de tratamiento antitrombótico

La decisión de tratamiento debe basarse en la presencia de factores de riesgo para sufrir un accidente cerebro-vascular (ACV), independientemente del tipo de Fibrilación Auricular (FA) que se padezca, para ello, las sociedades científicas recomiendan el uso de la Escala CHA2DS2-VASC para estratificar el riesgo de ACV y la Escala HAS-BLED para determinar el riesgo de sangrado. Sólo el tratamiento antitrombótico ha demostrado reducir la mortalidad relacionada con la Fibrilación Auricular (FA).

CHA2DS2VASC

Factor de riesgo		Puntuación
C	Insuficiencia Cardíaca*	1
H	HTA	1
A2	Edad ≥ 75 años	2
D	Diabetes Mellitus	1
S2	Historia de ACV o AIT	2
V	Enf. Vascular**	1
A	Edad 65-74 años	1
Sc	Sexo femenino	1

HAS-BLED

Característica Clínica	Puntos
H HTA [#]	1
A Función renal/hepática alterada (1 punto por cada una) ^{##}	1 ó 2
S Accidente cerebrovascular	1
B Sangrado	1
L INR lábil	1
E Edad avanzada (> 65 años)	1
D Fármacos/alcohol (un punto cada uno) [§]	1 ó 2

*Insuficiencia cardíaca reciente/disfunción ventricular izquierda ** Enfermedad Vascular: infarto de miocardio, placa aórtica compleja, enfermedad arterial periférica, incluida revascularización previa, amputación debida a enfermedad arterial periférica o evidencia angiográfica de enfermedad arterial periférica. # Cifras de tensión arterial ≥ 160 mmHg, ## Diálisis trasplante renal o creatinina > 2,6 mg/dl, cirrosis, bilirrubina 2x, transaminasas 3x, § Empleo concomitante de antiagregantes o aines

La estratificación del riesgo puede facilitarse usando calculadoras disponibles en internet, como <http://www.mdcalc.com/cha2ds2-vasc-score-for-atrial-fibrillation-stroke-risk/>

2.- Recomendaciones de Tratamiento Antitrombótico

- Se recomienda anticoagulación oral (AO) para prevenir el tromboembolismo en los pacientes con FA y un CHA2DS2-VASC ≥ 2 en varones o ≥ 3 en mujeres (IA)¹
- La AO debe considerarse en con FA y un CHA2DS2-VASC de 1 en varones o 2 en mujeres (IA) considerando el riesgo de sangrado, la reducción del riesgo ACVA esperada y las preferencias del paciente. (IIa B)¹

¹ (Grado de recomendación, nivel de evidencia). 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS

- En pacientes con FA, tanto hombres como mujeres², sin factores de riesgos adicionales no se recomienda tratamiento antiagregante o AO para la prevención del ictus. **(III B)¹**
- No se recomienda la terapia antiagregante para la prevención del ictus independientemente del nivel de riesgo. **(III B)¹**
- Los antagonistas de la vitamina K (AVK) son de elección para la AO en pacientes con FA valvular (estenosis mitral moderada-severa, prótesis valvulares mecánicas) **(I B)¹**

3.- Indicaciones de los Nuevos Anticoagulantes Orales (NACO):

	Dabigatrán (Pradaxa®)	Rivaroxabán (Xarelto®)	Apixabán (Eliquis®)	Edoxaban (Lixiana®)
Mecanismo Acción	Inhibidor Directo de la trombina	Inhibidor directo Factor Xa	Inhibidor directo Factor Xa	Inhibidor directo Factor Xa
Posología habitual	150 mg/12 horas	20 mg/24 horas	5 mg/ 12 horas	60 mg/24 h
Ajuste de dosis	110 mg/12 horas	15 mg/24 horas	2,5 mg/12 horas	30 mg/24 h
	- Edad ≥ 80 años. - Insuficiencia renal moderada (ACr: 30-49 ml/min) y/o edad 75-79 años cuando el riesgo hemorrágico es alto - Tratamiento con verapamil.	Insuficiencia renal moderada (ACr: 30-49 ml/min). - Insuficiencia renal grave (ACr: 15-29 ml/min)	Pacientes con al menos 2 de los 3 siguientes criterios: - Edad ≥ 80 años. - Peso corporal ≤ 60 kg. - Creatinina sérica ≥ 1,5 mg/dl (133 micromol/l) Pacientes con insuficiencia renal grave (ACr: 15-29 ml/min)	ACr 15 – 49 ml/min

- Pacientes con hipersensibilidad conocida o con contraindicación específica al uso acenocumarol o warfarina
- Pacientes con antecedentes de hemorragia intracraneal (HIC) (excepto durante la fase aguda) en los que se valore que los beneficios de la anticoagulación superan el riesgo hemorrágico

² El sexo femenino no parece incrementar el riesgo en ausencia de otros factores de riesgo.

- Pacientes con ictus isquémico que presenten criterios clínicos y de neuroimagen de alto riesgo de HIC, definido como la combinación de HAS-BLED ≥ 3 y al menos uno de los siguientes: leucoaraiosis grado III-IV y/o microsangrados corticales múltiples. Los NACO podrían representar un beneficio en comparación con antagonistas de la vitamina K (AVK) en estos pacientes debido a su menor potencial para inducir HIC
- Pacientes en tratamiento con AVK que sufren episodios tromboembólicos arteriales graves a pesar de un buen control de INR. Entre otras opciones terapéuticas, los NACO podrían representar una alternativa en estos pacientes.
- Situaciones relacionadas con el control de INR:
 - Pacientes que han iniciado tratamiento con AVK en los que no es posible mantener un control de INR dentro de rango (2-3) a pesar de un buen cumplimiento terapéutico. Se considerará control inadecuado cuando el porcentaje de tiempo en rango terapéutico sea $< 65\%$, calculado con el método de Rosendaal.
 - Dificultad de acceso al control de INR convencional.

4.- Inicio del tratamiento

La dosis de inicio de acenocumarol (Sintrom®) es de 1mg al día (en personas jóvenes se pueden emplear 2), realizando el primer control de INR a las 72 horas, a partir de ahí se realizan controles periódicos según protocolos hasta alcanzar INR en rango (2-3). Deberán realizarse controles periódicos al menos cada 4 – 5 semanas.

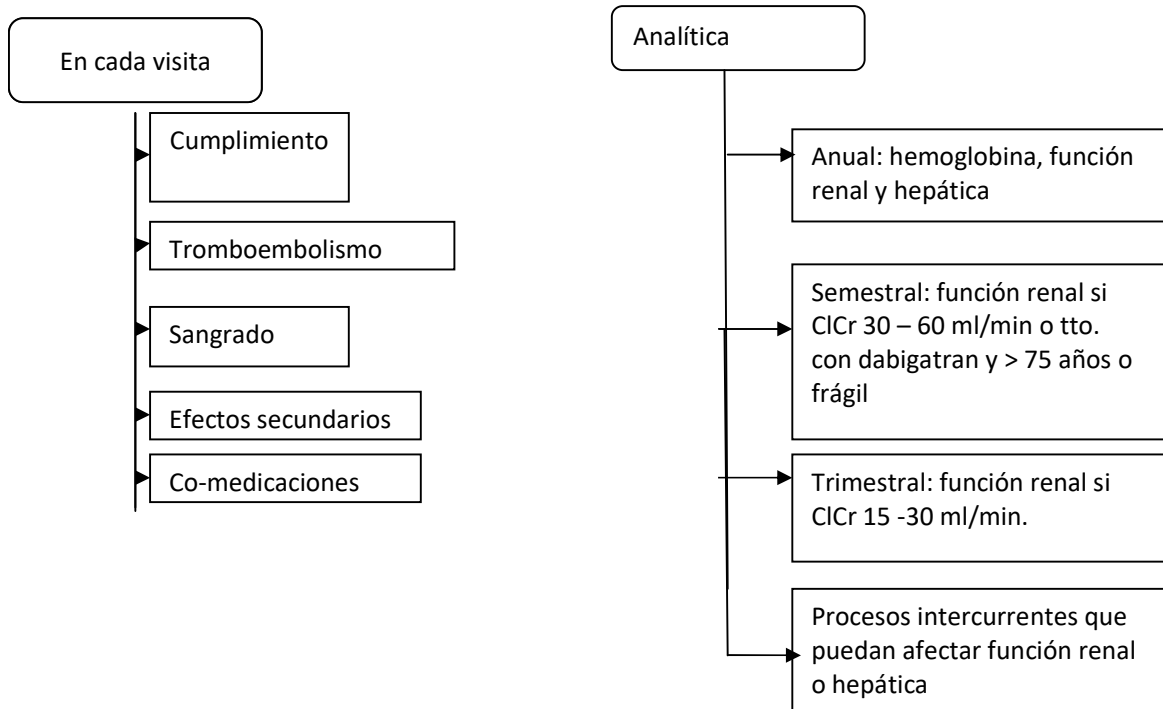
5.- Cambio de AVK a NACO

Se suspende el tratamiento con AVK, se realizará un control de INR a las 72 horas,

- Si INR < 2 , se inicia tratamiento con NACO.
- Si INR 2-2.5, se iniciarán NACO al día siguiente.
- Cuando el INR sea > 2.5 , programar nuevo INR en 24-48 horas y proceder según lo anteriormente expuesto

6.- Seguimiento del paciente en tratamiento con NACO.

Una vez iniciado el tratamiento con NACO deberemos realizar la primera visita de control al mes, posteriormente cada 3 – 6 meses.



7.- Bibliografía

- 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Agosto 2016.
- 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the patients with Atrial Fibrillation. Marzo 2015
- <http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/criterios-anticoagulantes-orales.pdf>
- Updated European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation. Agosto 2015.