

- Enfermedad crónica en fase terminal avanzada (Palliative Performance Scale ≤ 20)
- Demencia avanzada (estadio GDS 6e-f – 7)
- Insuficiencia renal terminal en diálisis
- Caídas frecuentes no controlables, especialmente si han generado traumatismo craneoencefálico o fracturas graves, si el riesgo trombotico es moderado ($CHA_2DS_2-VASc \leq 3$).
- Sangrado digestivo crónico grave (anemización severa +/- descompensación de patología crónica) recurrente e intratable (lesiones no susceptibles de tratamiento quirúrgico o endoscópico).

8.1 Utilizar antivitaminas K (AVK):

- Estenosis mitral moderada-grave (reumática) o prótesis mecánica.
- Enfermedad renal crónica estadio V (FGe < 15 ml/min/m² y/o diálisis), si se opta por tratamiento anticoagulante.
- Contraindicación para el uso de ACOD, como el uso concomitante de inductores (fenitoína, carbamazepina, rifampizina...) o inhibidores potentes de la P-gp (antimicóticos azólicos o inhibidores de la proteasa).

8.2 Utilizar preferiblemente ACOD:

- En el resto de situaciones, ya que han demostrado eficacia al menos similar o superior a warfarina en la prevención de tromboembolismo y menor riesgo de hemorragia intracranial.
- En pacientes de edad avanzada (>75 años) los ACOD mantienen el perfil de eficacia y seguridad. Apixabán y edoxabán han demostrado además, disminución del riesgo de hemorragia mayor.

8.3 Utilizar ACOD (excepto contraindicación):

- En caso de antecedentes de hemorragia intracranial, leucoaraiosis grave, microsangrados corticales múltiples, dificultad de acceso a controles de INR y en pacientes anticoagulados previamente con aVK y mal control del INR: TRT <60% en los últimos 6 meses o TRT < 65% según el método Rosendaal.

- Todos los ACOD son sustratos de la P-gp. Se metabolizan por el CYP3A4 rivaroxabán y apixabán y en mínimo grado edoxabán. No dabigatrán.
- Reducir la dosis de dabigatrán si se utiliza con verapamil y reducir la dosis de edoxabán si se utiliza con ciclosporina, dronedarona, eritromicina o ketoconazol.

9

- En general, hay evidencia que indica que los fármacos antiarrítmicos aumentan los efectos adversos, aumentan los eventos proarrítmicos y algunos antiarrítmicos pueden aumentar la mortalidad. Aunque reducen las recurrencias de la fibrilación auricular, no hay evidencia de ningún beneficio en otros resultados clínicos.
- Considerar la cardioversión (eléctrica o farmacológica) en pacientes sintomáticos con FA persistente o persistente de larga duración.
- Considerar la ablación de la FA en pacientes sintomáticos con FA + Insuficiencia cardiaca con FEVI reducida a pesar de tratamiento optimizado

10

El seguimiento se debe programar en función del estado clínico y las características del paciente, con el objetivo de conseguir un adecuado control de la frecuencia cardíaca, del ritmo, y de la anticoagulación. Ello requiere una valoración sistemática de la adherencia, el TRT en los anticoagulados con antivitaminas K y especial atención a los factores que condicionan el ajuste de dosis de los ACODs: edad, peso, interacciones y función renal (siguiente control, en meses, dividiendo el CrCl por 10), y vigilancia de las situaciones que alteran la relación riesgo/beneficio de la anticoagulación.

Referencias

- 1) Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS, EHJ 2016; 37: 2893–2962.
- 2) Protocolos SEMI. Coordinadores: Francesc Formiga y Jose María Cepeda. Editorial: Elsevier España, S.L.U. Año de publicación 2018 (Deposito legal: B-29490-2018).
- 3) Steffel J, Verhamme P, Potpara TS, et al. The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. Eur Heart J 2018; 39:1330–1393
- 4) Suarez Fernandez C, Formiga F, Camafort M, Cepeda Rodrigo JM, Diez-Manglano J, Pose Reino A et al; Grupo de trabajo de Riesgo vascular de la SEMI. Antithrombotic treatment in elderly patients with atrial fibrillation: a practical approach. BMC Cardiovasc Disord. 2015;15:143.
- 5) Ha JT, Neuen BL, Cheng LP, Jun M, Toyama T, Gallagher MP et al. Benefits and Harms of Oral Anticoagulant Therapy in Chronic Kidney Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. Ann Intern Med. 2019;171:181–9.
- 6) Shields AM, Lip GHY. Choosing the right drug to fit the patient when selecting oral anticoagulation for stroke prevention in atrial fibrillation. J Intern Med 2015; 278: 1–18.
- 7) Ray WA, Chung CP, Murray KT, et al. Association of Oral Anticoagulants and Proton Pump Inhibitor Cotherapy With Hospitalization for Upper Gastrointestinal Tract Bleeding. JAMA. 2018;320(21):2221–2230.
- 8) Valero L, Audureau E, Takeda A, Jarzebski W, Belmin J, LafuenteLafuente C. Antiarrhythmics for maintaining sinus rhythm after cardioversion of atrial fibrillation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 9. Art. No. CD005049. DOI: 10.1002/14651858.CD005049.pub5.

- 1 ¿Está la FA confirmada electrocardiográficamente?
- 2 ¿Está el paciente clínicamente inestable?
- 3 ¿Está la frecuencia cardiaca adecuadamente controlada?
- 4 ¿Tiene el paciente una ETT y los análisis complementarios imprescindibles realizados?
- 5 ¿Qué puntuación CHA_2DS_2VASc y HAS-BLED tiene?
- 6 ¿Existe algún factor de riesgo de sangrado modificable?
- 7 ¿Está indicada y es clínicamente apropiada la anticoagulación?
- 8 ¿Se ha evaluado cual es el tratamiento anticoagulante más adecuado, considerando el beneficio clínico neto, la adecuación de la dosis y el TRT en los anticoagulados previamente con antitamina K?
- 9 ¿Se ha valorado la necesidad de adoptar una estrategia de control del ritmo?
- 10 ¿Se ha coordinado el seguimiento del paciente en función de sus características?

Autores

José María Cepeda, Raul Quirós, Joan Carles Trullás, José Carlos Arévalo, Alicia Conde, David Chivite, José María Fernández, Francesc Formiga, Alejandra Gullón.

1 El diagnóstico de FA requiere un registro ECG que muestre intervalos RR irregulares sin ondas P durante al menos 30 segundos.

- 2
- Vigilar la presión arterial, tanto baja (<100/60mmHg) con datos de hipoperfusión periférica, como elevada (> 140/90mmHg).
 - Controlar la frecuencia cardíaca: una frecuencia cardíaca por encima de 150 lpm compromete mucho la estabilidad clínica.
 - Indagar sobre la existencia de dolor torácico anginoso.
 - Explorar la presencia de datos clínicos de insuficiencia cardíaca / edema agudo de pulmón.

3 Ya que no existe evidencia de que un **control estricto** de la FC (< 80 lpm en reposo y hasta 110 lpm en ejercicio moderado) sea superior a un **control más laxo** (objetivo < 110 lpm en reposo) ni en control de síntomas, en eventos, ni en calidad de vida:

- Si el paciente se mantiene sintomático, especialmente por palpitaciones rápidas, se puede intentar un **control estricto** de la FC.
- Si los síntomas derivados de la FC no son importantes y no hay asociación con IC, es adecuado plantear un **control más laxo** de la FC.

4 Se debe realizar:

- Un análisis con hemograma, coagulación, función renal (CrCl o FGe por CKD-EPI), iones y TSH.
- Un ecocardiograma (si no lo tiene previamente) para evaluar el tamaño de las cavidades, la función de ambos ventrículos y la presencia de valvulopatías.

5 ESCALA CHA₂DS₂-VASc: ESTIMACIÓN DEL RIESGO ANUAL DE ICTUS EN PACIENTES CON FA NO VALVULAR SIN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

SIGLA	CONDICIÓN	PUNTOS	RIESGO ANUAL ICTUS %	
C	Insuficiencia cardíaca congestiva (o disfunción sistólica ventricular izquierda)	1	0	0,2
H	Presión arterial constantemente superior a 140/90 mmHg (o hipertensión arterial diagnosticada y tratada con medicación)	1	1	0,6 - 1,3
A ₂	Edad ≥ 75 años	2	2	2,2
D	Diabetes Mellitus	1	3	3,2
S ₂	Accidente cerebrovascular (ACV o AIT) previo	2	4	4,0 - 4,8
V	Enfermedad vascular (enfermedad arterial periférica, infarto de miocardio...)	1	5	6,7 - 7,2
A	Edad 65 - 74 años	1	6	9,7 - 9,8
SC	Sexo femenino	1	7	9,6 - 11,2
			8	6,7 - 10,8
			9	12,2 - 15,2

Lip GY, Nieuwlaat R, Pisters R, Lane DA, Crijns HJ. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the euro heart survey on atrial fibrillation. Chest 2010;137:263-272.

Friberg L, et al. Evaluation of risk stratification schemes for ischaemic stroke and bleeding in 182 678 patients with atrial fibrillation: the Swedish Atrial Fibrillation cohort study. Eur Heart J 2012;33:1500-10.

ESCALA HAS-BLED: ESTIMACIÓN DEL RIESGO ANUAL DE SANGRADO CLÍNICAMENTE RELEVANTE EN PACIENTES CON FA QUE USAN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

SIGLA	CONDICIÓN	PUNTOS
H	Hipertensión mal controlada (TA sistólica > 160 mm Hg)	1
A	Función renal anormal: diálisis, trasplante, creatinina sérica > 2.26 mg/dL o 200 >µmol/L Función hepática anormal: cirrosis hepática o bilirrubina sérica >2x del valor normal o AST/ALT/FA séricas >3x del valor normal	1 1
S	Accidente cerebrovascular (ACV) previo	1
B	Hemorragia previa importante o predisposición a hemorragia	1
L	INR lábil - tiempo en rango terapéutico (TRT) < 60%	1
E	Edad > 65 años	1
D	Historia previa de uso de fármacos o alcohol (≥ 8 UBE/semana) Uso de medicación que predispone a hemorragias: antiagregantes, AINE	1 1
Riesgo anual de sangrado	0-1 Bajo (0.9-3.4%) 2 Moderado (4.1%) >3 Alto (5.8-9.1%)	

Pisters R. A novel userfriendly score (has-bleed) to assess one-year risk of major bleeding in atrial fibrillation patients: the Euro Heart Survey. Chest 2010;138:1093-1100.

6 Se deben evaluar de forma sistemática los factores favorecedores de hemorragia y corregir aquellos que sean modificables:

- Control de presión arterial: si HTA no controlada, añadir tratamiento.
- Uso concomitante de anti-agregantes: si no ha habido un SCA y/o ICP en el último año, probablemente no tengan indicación.
- Antecedentes de hemorragia gastrointestinal: seleccionar un anticoagulante con mejor perfil de seguridad GI. Tratar las causas reversibles: infección por H. Pylori, pólipos, angi displasias y valorar añadir IBP.
- Consumo de alcohol.
- Riesgo de caídas: vigilar la movilidad y la visión del paciente, controlar la posibilidad de ortostatismo e hipoglucemias y los fármacos que reducen el grado de alerta.
- Anemia y trombopenia.
- Polifarmacia: vigilar la posibilidad de interacciones. Evitar el uso de AINE.
- Identificar causas de mal control del TRT.

7 No existe indicación de anticoagular en los pacientes con CHA₂DS₂-VASc= 0; tampoco en caso de CHA₂DS₂-VASc=1 si el único factor de riesgo es ser mujer.

- En varones con CHA₂DS₂-VASc=1 la relación beneficio/riesgo de la anticoagulación no está clara, por lo que la decisión de iniciarla o no, debe tomarse tras informar al paciente o su familia y acordar la estrategia preferida.
- En general, el beneficio clínico de la anticoagulación supera al del riesgo en pacientes con CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 y debe ser, por lo tanto, aconsejada.
- Una puntuación ≥ 3 en la escala HAS-BLED es indicativa de un elevado riesgo de sangrado, pero no es una contraindicación para la anticoagulación.
- En los siguientes escenarios hay que **considerar** abstenerse de iniciar la anticoagulación o retirarla y la decisión debe ser **siempre individualizada, previa información** del balance riesgo/beneficio al paciente o su familia: