

Fibrilación auricular

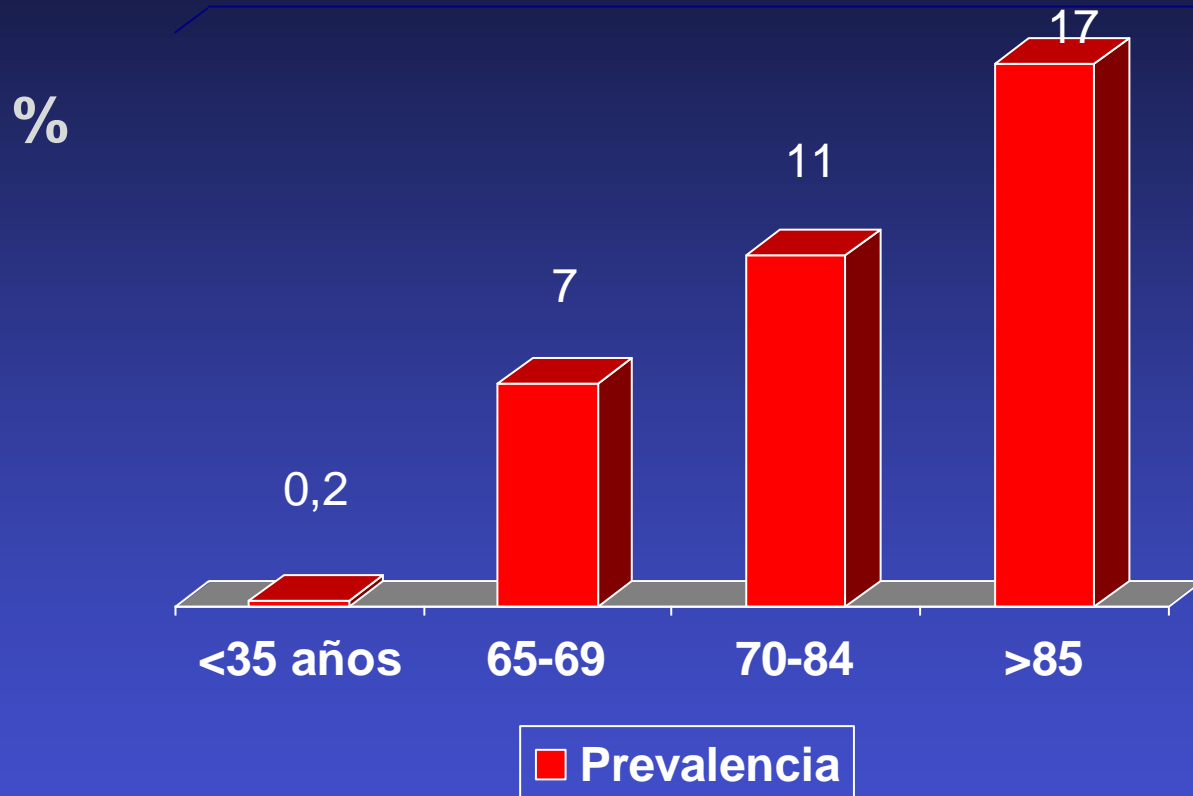
Dr. Carlos Tajer

Jefe de Cardiología

Hospital de Alta complejidad El Cruce

Fibrilación auricular

Prevalencia con la edad - Framingham



FA: Duplica el riesgo de muerte

Fibrilación auricular

Clasificación

Modificada de Sopher y Camm

Aguda: < 48 de evolución

Subaguda o crónica

Paroxística: Recurrencias autolimitadas

Persistente: >2 días de evolución

Pueden ser meses o años

Se planea reversión a sinusal

Permanente: Fracaso de la reversión

No se planea reversión

Consecuencias de la FA

▶ Hemodinámicas

- Aumento de la frecuencia cardíaca
- Ausencia de “patada auricular” (HVI)

▶ Protrombóticas

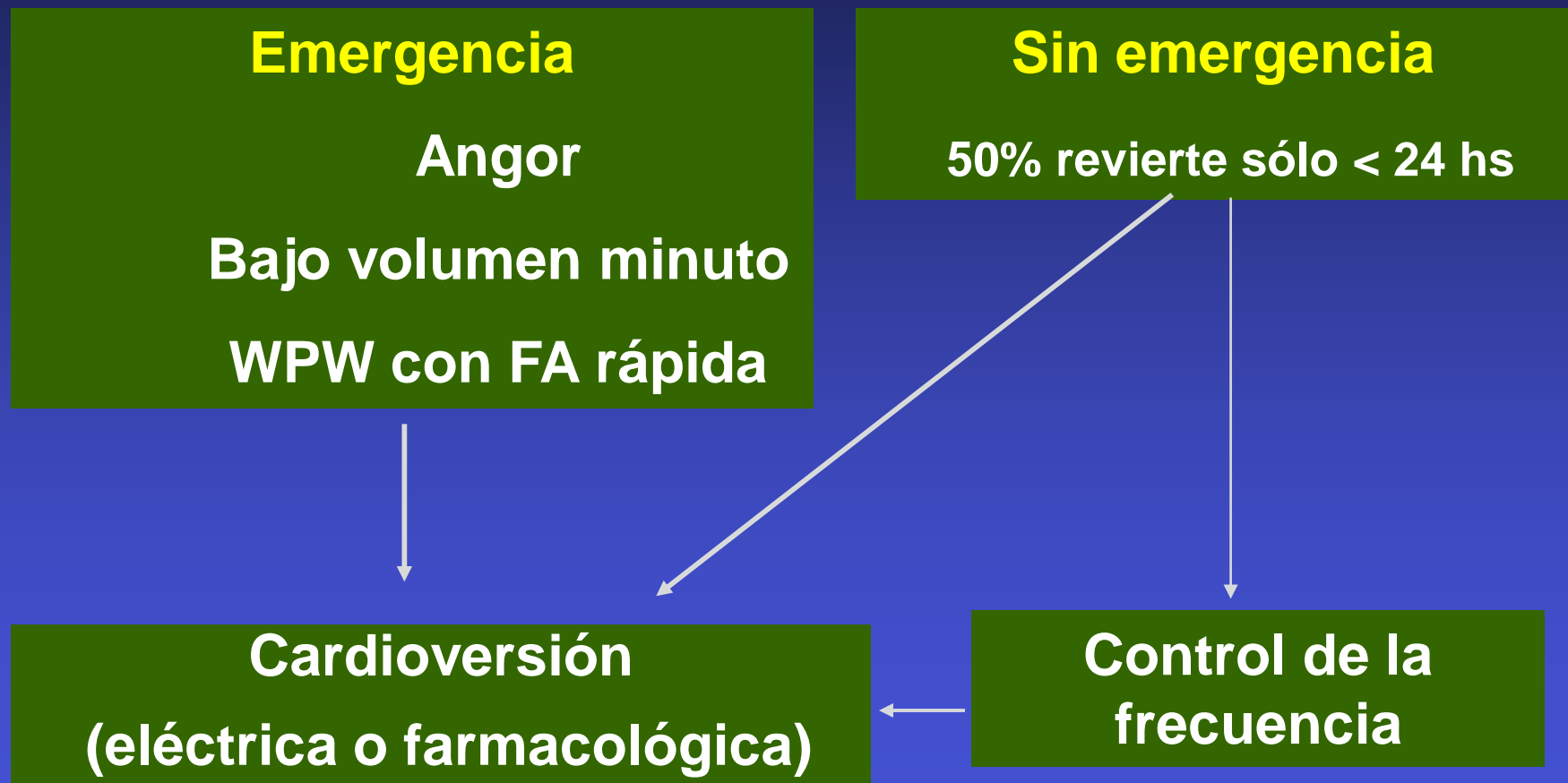
- Embolias de trombos intraauriculares
 - (sitio: orejuela izquierda)

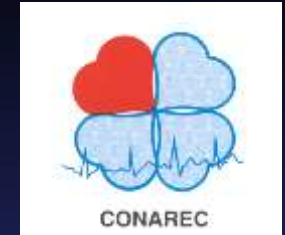
Fibrilación auricular aguda

Fibrilación auricular - Conductas

Aguda: < 48 de evolución

VOLVER A RITMO SINUSAL





CONAREC IX

ENCUESTA DE FIBRILACIÓN Y ALETEO AURICULAR EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

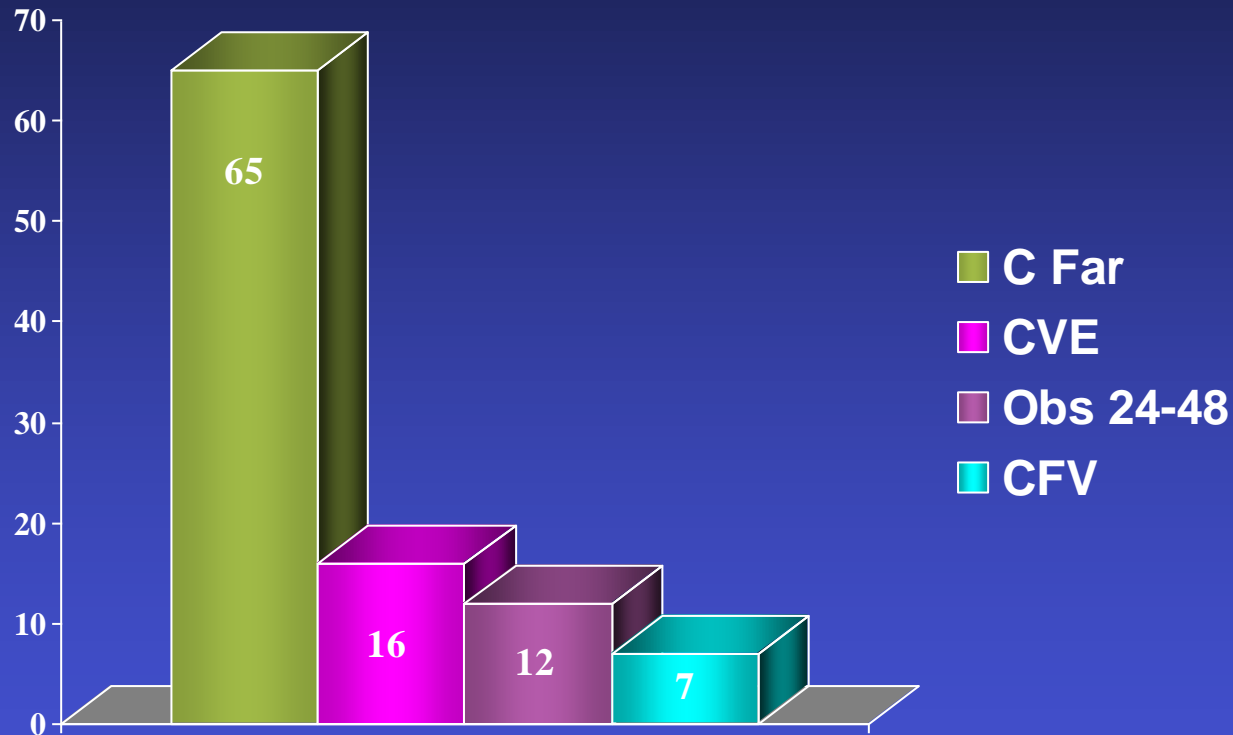
**Registro prospectivo y consecutivo, de marzo a noviembre
del 2000.**

**873 pacientes
Centros con residencia en Cardiología
Afiliados al CONAREC.**

FIBRILACION AURICULAR CONDUCTAS TERAPÉUTICAS EN FA < 48HS



N=357 p



El 90% de los pacientes revirtió a Ritmo Sinusal

Fibrilación auricular aguda

- ▶ Si revirtió a ritmo sinusal y tiene factores de riesgo para embolias
 - ACO durante un mes
 - Luego reevaluación.

Fibrilación auricular persistente reciente

- ▶ Más de 48 horas

Fibrilación auricular reciente

Clásica: Controlar la frecuencia (BB, BC, digital)

3-4 semanas de anticoagulación

Cardioversión diferida < 48 de evolución

Alternativa:

Eco transesofágico

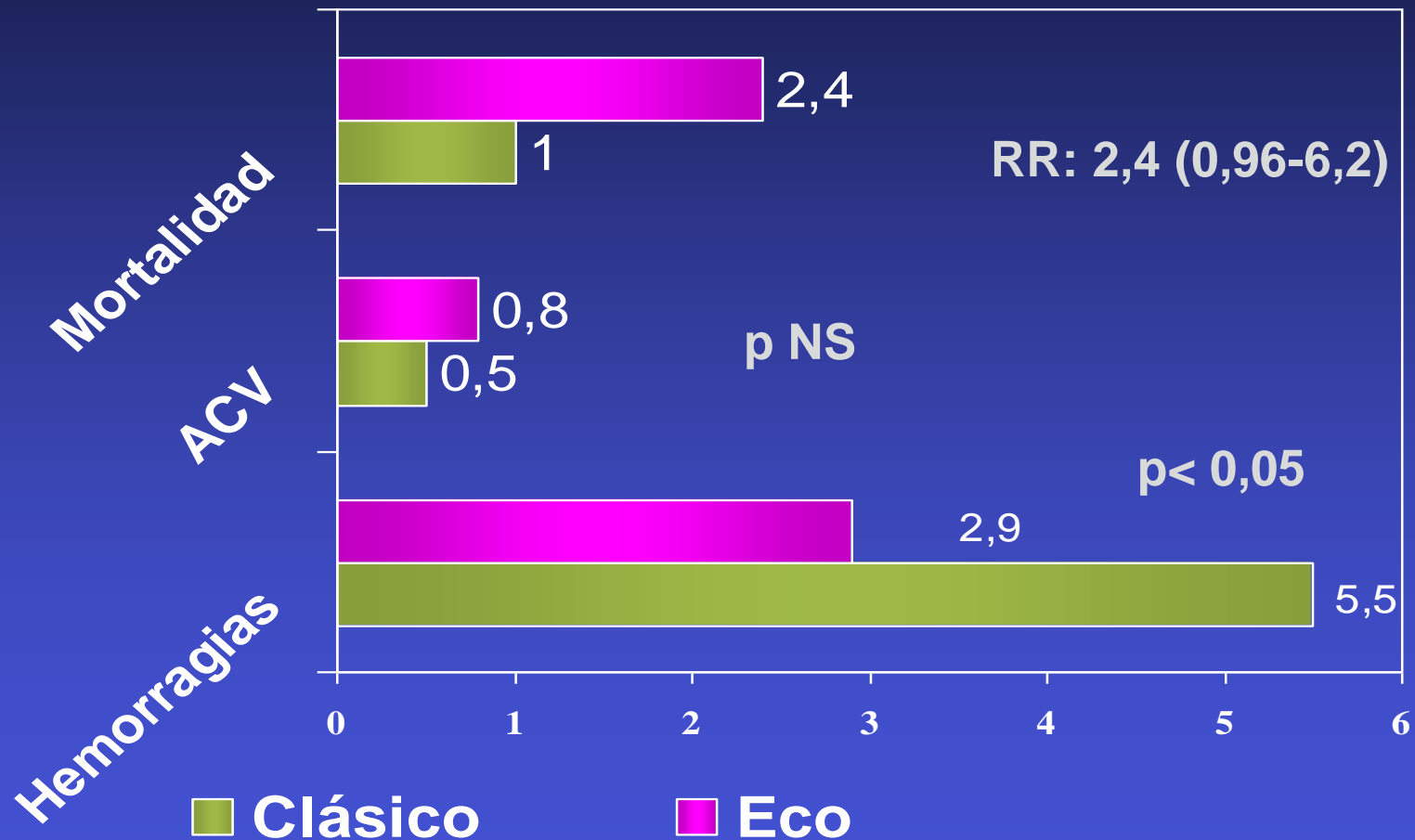
Si hay coágulos o éstasis: (14%) clásica

Si no hay: Bolo heparina

HBPM- Enoxaparina (Estudio ACE)

Reversión rápida

FA Persistente Reciente ACUTE trial 1222 p > 48 hs evolución.



FA persistente reciente

Conducta recomendada

Clásica:

controlar la frecuencia

3-4 semanas de anticoagulación

Cardioversión diferida < 48 de evolución

Alternativa: (ETE y CVE)

Contraindicación de ACO

Imposibilidad de postergar CVE

Fibrilación auricular persistente

- ▶ ¿Control de ritmo o frecuencia?

Fibrilación auricular

Clasificación

Modificada de Sopher y Camm

Aguda: < 48 de evolución

Subaguda o crónica

Paroxística: Recurrencias autolimitadas

Persistente: >2 días de evolución
Pueden ser meses
Se planea reversión a sinusal

Permanente: Fracaso de la reversión

No se planea reversión

Fibrilación auricular recurrente

¿Es mejor quedarse fibrilado o insistir con buscar ritmo sinusal?

Clásico: Revertir a sinusal

Mantener medicación profiláctica

(amiodarona, quinidina, propafenona, flecainide)

Objetivo: Evitar anticoagular crónicamente

Problema: 50-70% de recurrencia a 2 años

Efectos adversos de los fármacos

(dofetilide: 1% de torsades des pointes)

Incidencia relevante de embolias

Fibrilación auricular recurrente

¿Es mejor quedarse fibrilado o insistir con buscar ritmo sinusal?

Estudios grandes

AFFIRM (4060p) y RACE (522p)

Estudios “chicos”

STAF (200p), PIAF (252p), HOT CAFÉ (205p)

Fibrilación auricular recurrente

¿Es mejor quedarse fibrilado o insistir con buscar ritmo sinusal?

Control del ritmo:

Reversión a sinusal y mantención con medicación

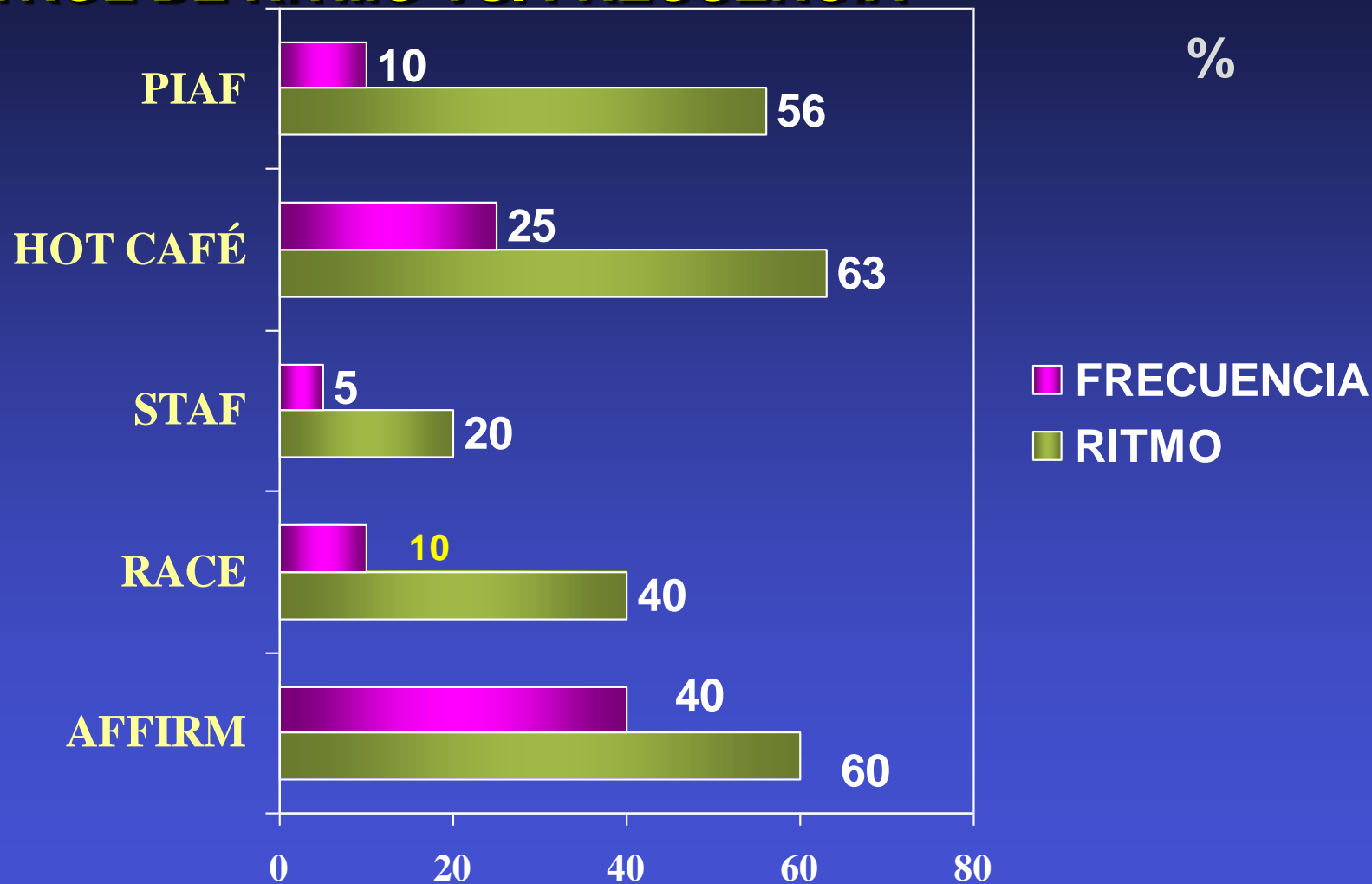
Control de frecuencia:

Respetar la FA, y controlar la frecuencia

Anticoagulación:

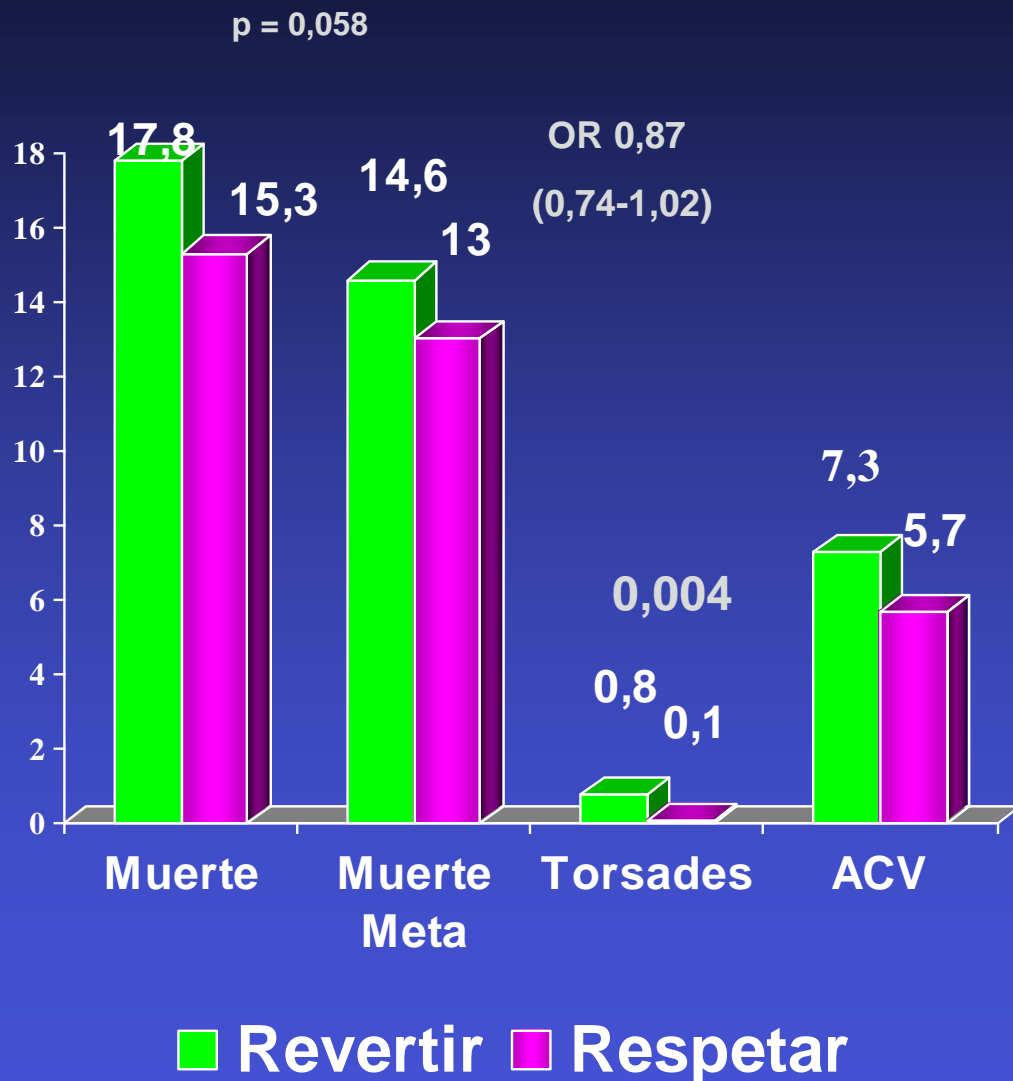
Ambos grupos fueron anticoagulados en varios de los ensayos.

PORCENTAJE CON RITMO SINUSAL CONTROL DE RITMO VS. FRECUENCIA



Revertir a sinusal o respetar la FA

Estudio AFFIRM y Metaanálisis



Control ritmo

> reinternaciones

Calidad vida =

Sinusal 5 años

60% vs 40%

Tendencia > mortalidad

Embolias en los ensayos ritmo vs. frecuencia

AFFIRM:

72% de las embolias en pacientes no anticoagulados o con RIN < 2.

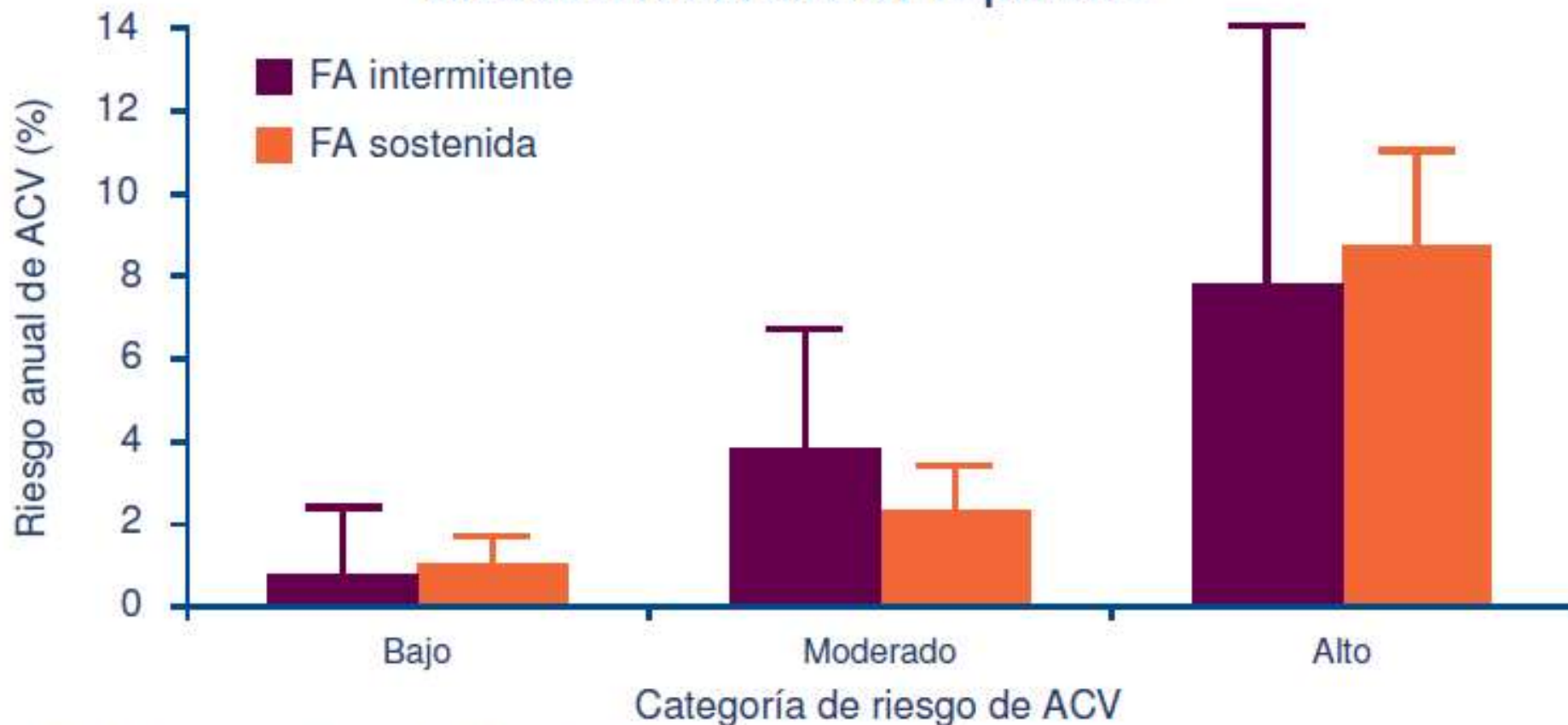
Muchas embolias con ritmo sinusal aparente.

Fibrilación auricular paroxística

El riesgo de ACV está presente aun en FA asintomática / paroxística

- ▶ El riesgo de ACV de la FA asintomática o paroxística es comparable al de la FA permanente.^{1,2}

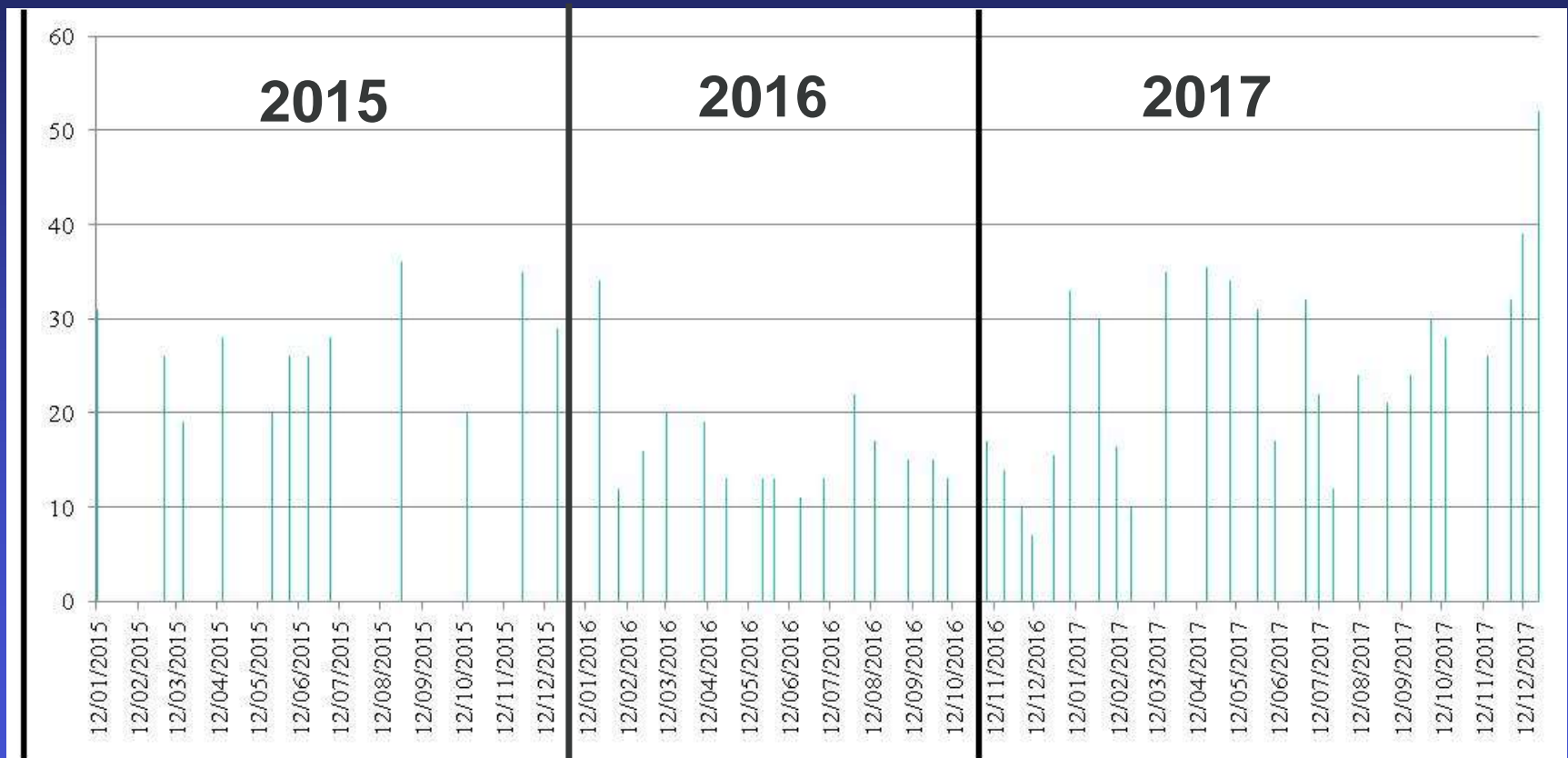
Tasa observada de ACV isquémico¹



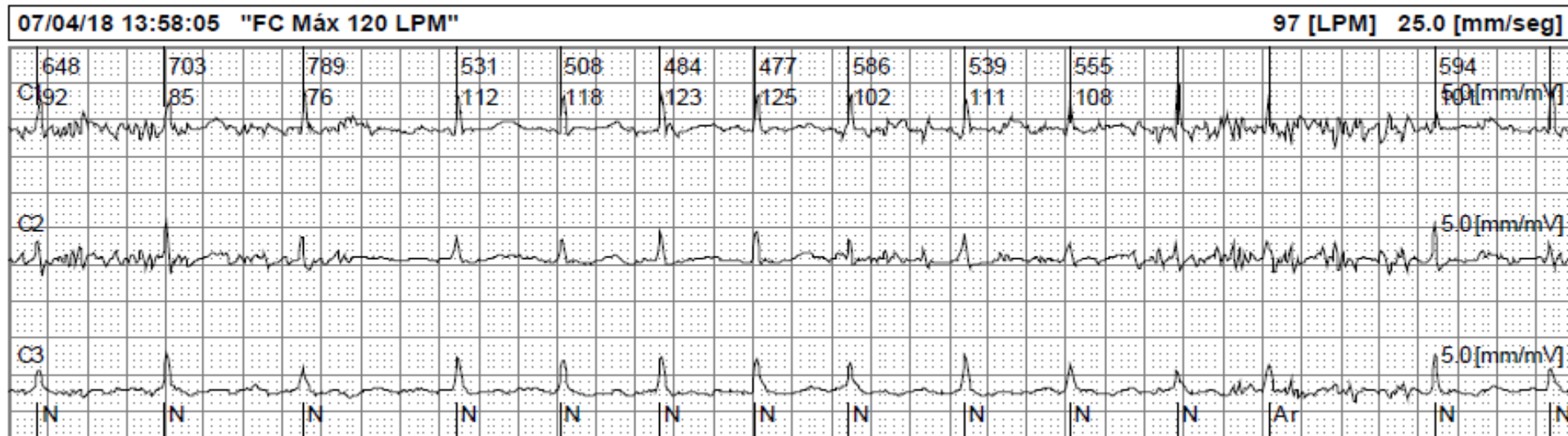
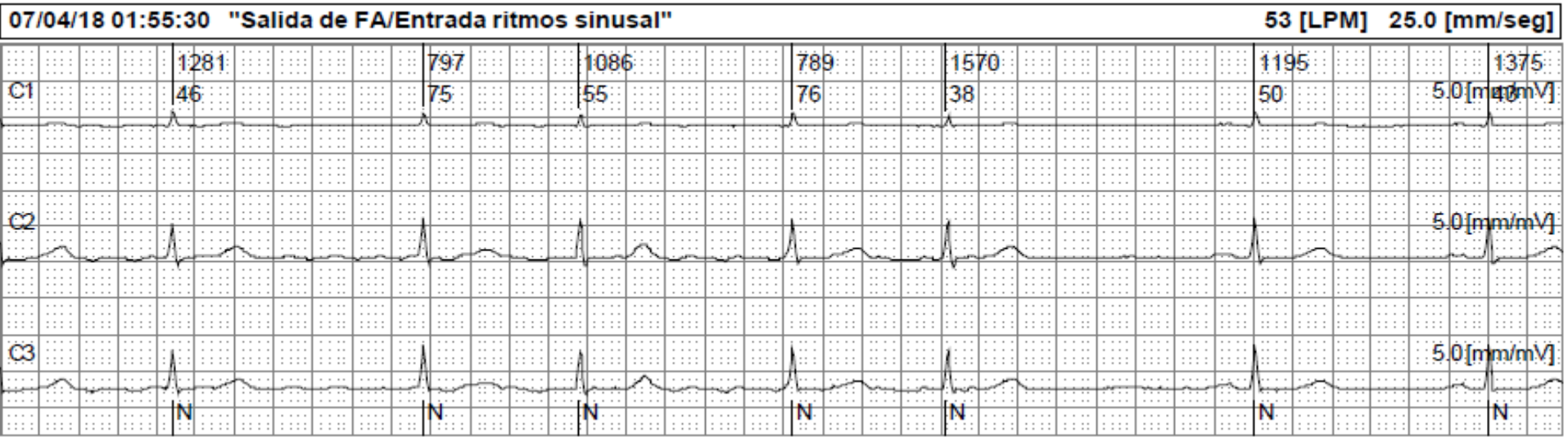
ACV = accidente cerebrovascular; FA = fibrilación auricular

1. Hart RG, et al. *J Am Coll Cardiol.* 2000;35:183–187; 2. Flaker GC, et al. *Am Heart J.* 2005;149:657–663.

Paciente que registra sus episodios sintomáticos de FA

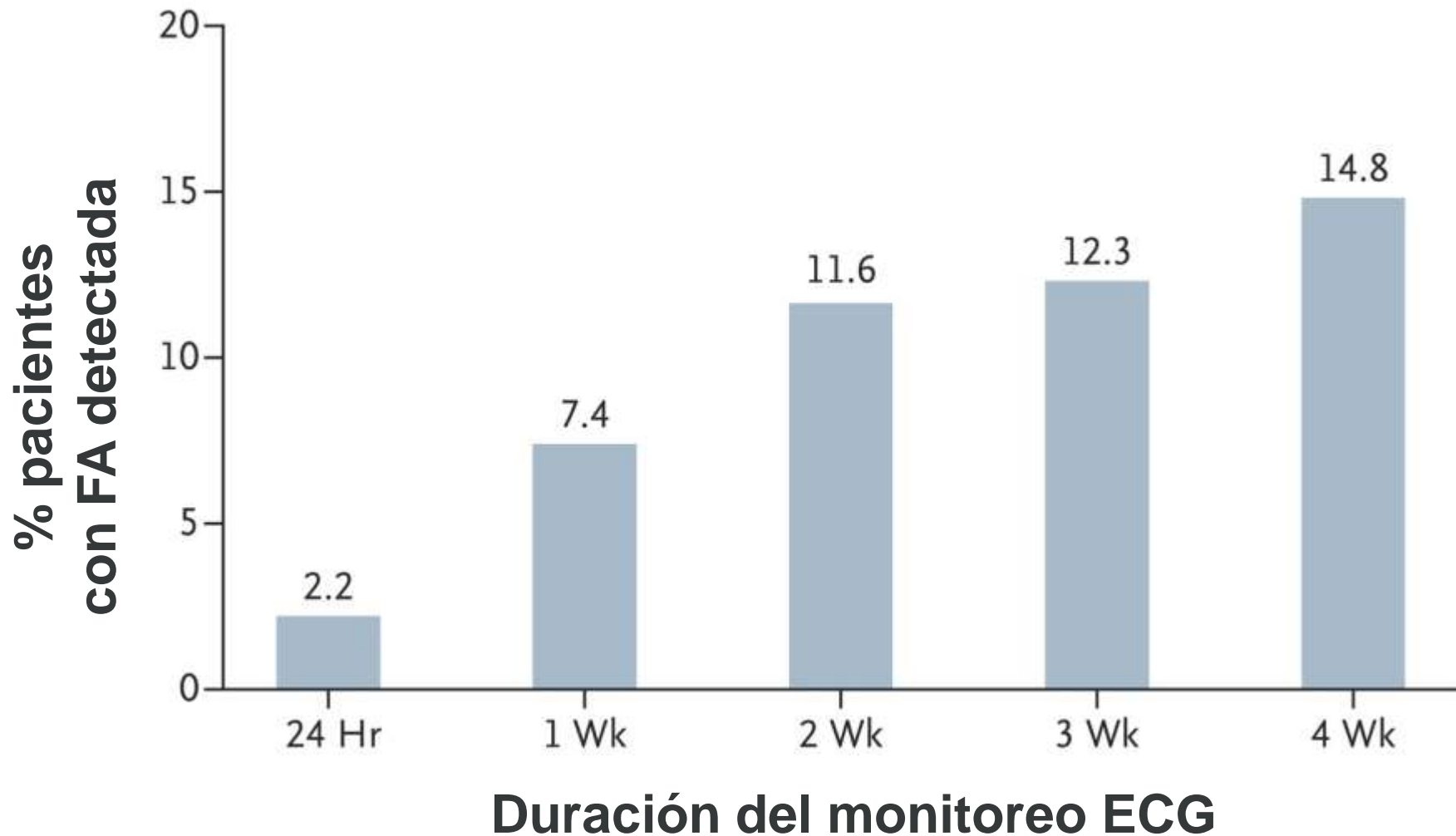


FA paroxística (entra y sale)



Estudio Embrace – Monitoreo ECG prolongado en ACV criptogénico

N Engl J Med 2014; 370:2467-2477



Fibrilación auricular recurrente

¿Es mejor quedarse fibrilado o insistir con buscar ritmo sinusal?

Conclusiones: riesgo elevado de intentar sinusal.

1) Quedarse fibrilado es una buena alternativa a la intención reiterada de revertir.

2) Aún cuando se intente volver a sinusal con varias intervenciones farmacológicas,

Mantener la anticoagulación por un período prolongado cuando existe factores de riesgo para embolias.

Anticoagulación en fibrilación auricular

El ACV es la principal complicación de la FA

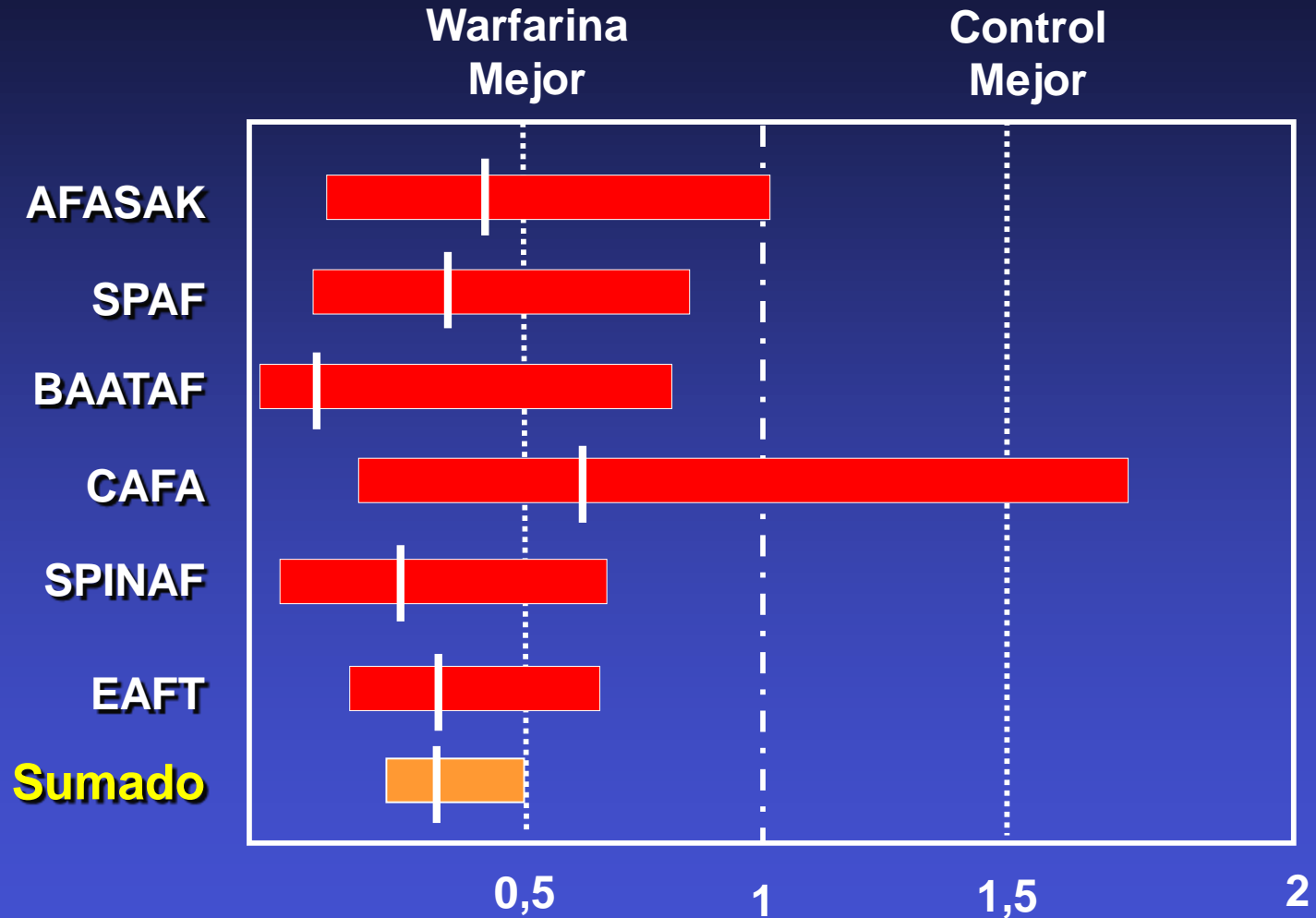
- ▶ La FA se asocia en general con un incremento 5 veces mayor en el riesgo de ACV.¹
- ▶ La FA duplica el riesgo de ACV cuando se ajusta por otros factores.²
- ▶ Sin medidas preventivas, aproximadamente 1 de cada 20 pacientes sufrirá un ACV cada año.³
 - 7 % de los pacientes tendrán algún episodio de isquemia cerebral cada año (ACV, TIA, ACV silenciosos).
- ▶ La FA es responsable de casi un tercio de todos los ACV, y es la principal causa de ACV embólico.^{4,5}

ACV = accidente cerebrovascular; FA = fibrilación auricular; TIA= isquemia cerebral transitoria

1. Savelieva I, et al. *Ann Med*. 2007;39:371–391; 2. Fuster V, et al. *Circulation*. 2011;123:e269–e357; 3. Atrial Fibrillation Investigators. *Arch Med*. 1994;154:1449–1457; 4. Hannon N, et al. *Cerebrovasc Dis*. 2010;29:43–49; 5. Emmerich J, et al. *Eur Heart J*. 2005;7(Suppl C):C28–

Efecto de los dicumarínicos y de la aspirina en la prevención de ACV

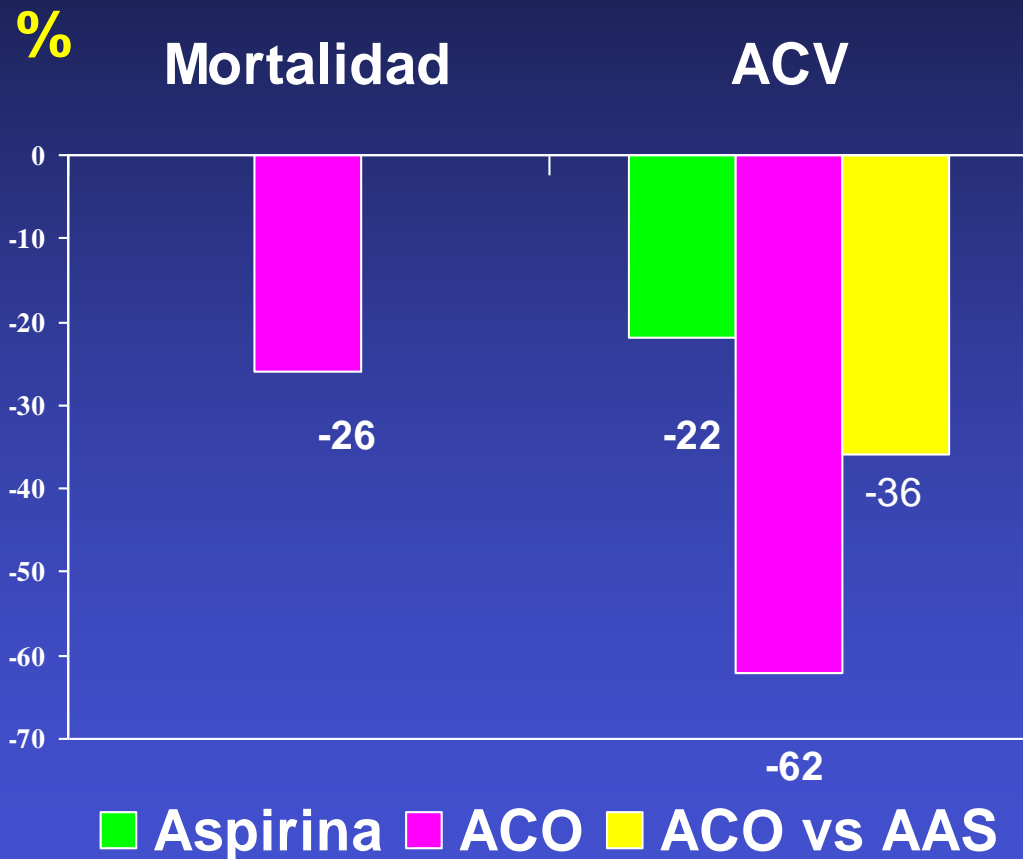
Dicumarínicos vs placebo y ACV RR 0,36 (0,26-0,51)



Fibrilación auricular permanente

Aspirina y dicumarínicos

Metaanálisis >4000p 6 ensayos



Términos absolutos

ACO vs placebo

Evitan anualmente

1,5 muertes

3 ACV

ACO vs. placebo en los ensayos de prevención de embolias en FA

▶ Embolias

- Reducción de riesgo relativo vs. placebo 64% (CI 49–74)
- RR absoluto en prevención primaria 2,7%/año
- RR absoluto en prevención secundaria 8,4%/año

▶ Mortalidad

- RR relativo de mortalidad 26% (IC 95% 4 a 43%).
- RR absoluto de mortalidad 1,5 %/año

Aspirina vs. placebo en los ensayos de prevención de embolias en FA

▶ Embolias

	Aspirina	ACO
• RR relativo de ACV	22% (CI 2–38)	64%
• RR absoluto en prevención primaria	1,5%/año	2,7%
• RR absoluto en prevención secundaria	2,5%/año	8,4%

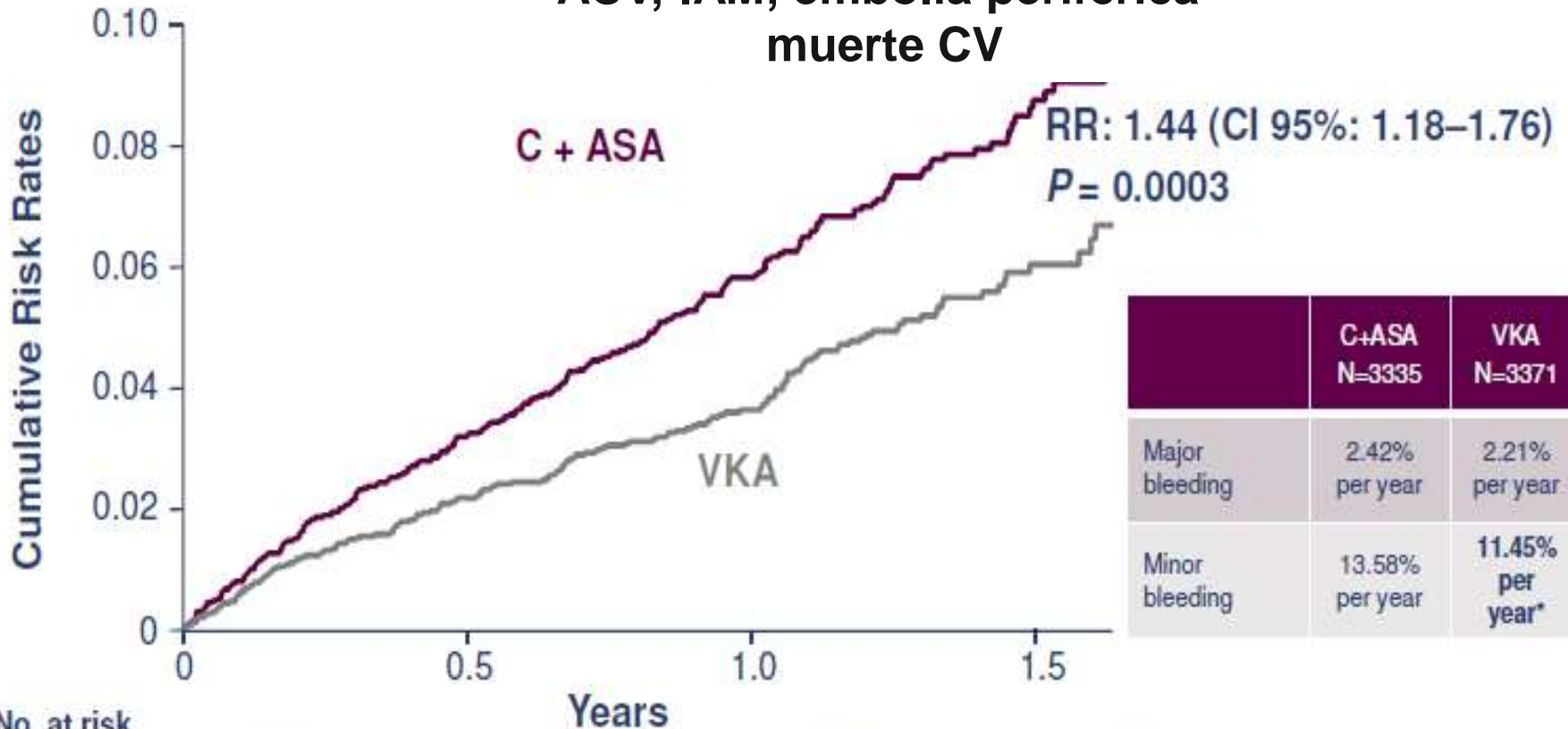
▶ Mortalidad

- Sin efecto sobre la mortalidad

La combinación aspirina clopidogrel es menos eficaz que los dicumarínicos y tiene un poco más de sangrado

ACTIVE W: FA con alto riesgo de ACV (n=6706)

ACV, IAM, embolia periférica
muerte CV



No. at risk

C+ASA: 3335 3152 2389 927

VKA: 3371 3221 2458 924

*P = 0.0009

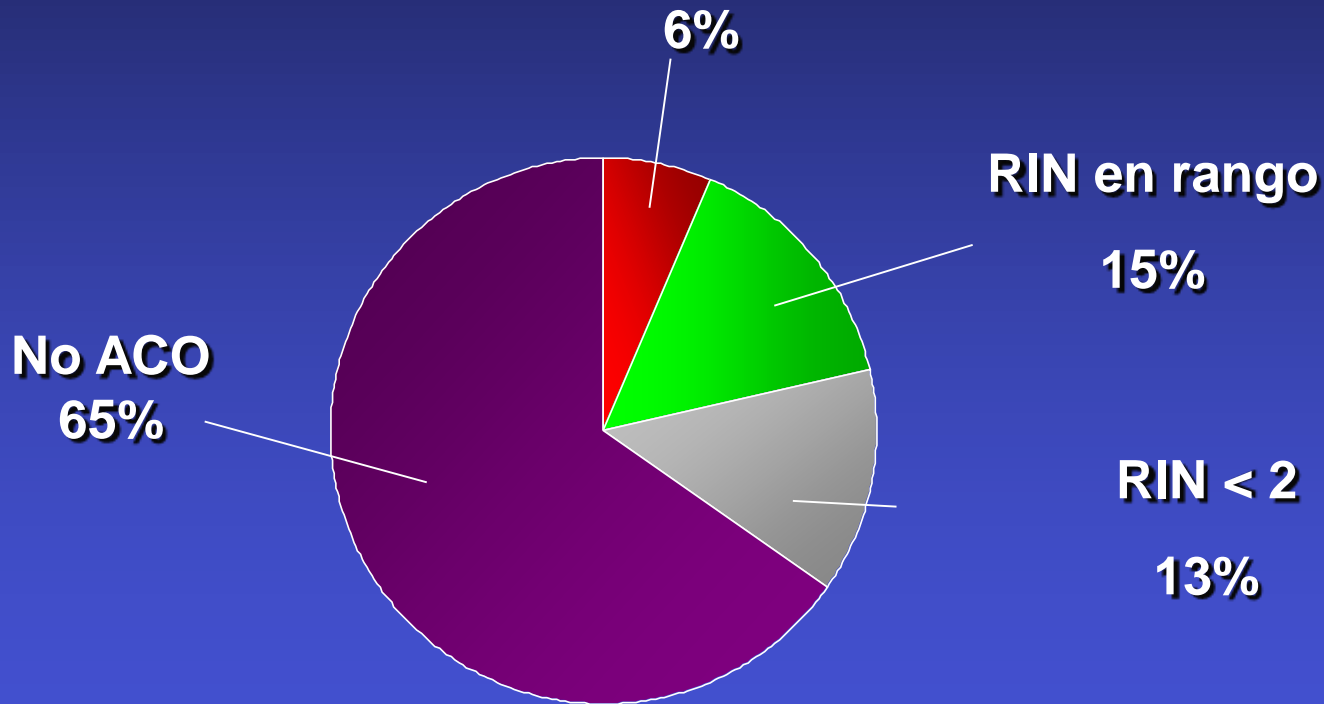
AF = atrial fibrillation; ASA = aspirin; C = clopidogrel; CI = confidence interval; CNS = central nervous system; MI = myocardial infarction; RR = relative risk; VKA = vitamin K antagonist

**No existe indicación para la doble
antiagregación plaquetaria en pacientes
con fibrilación auricular**

Dicumarínicos y sus limitaciones

Adecuación de la anticoagulación en pacientes con FA en atención primaria

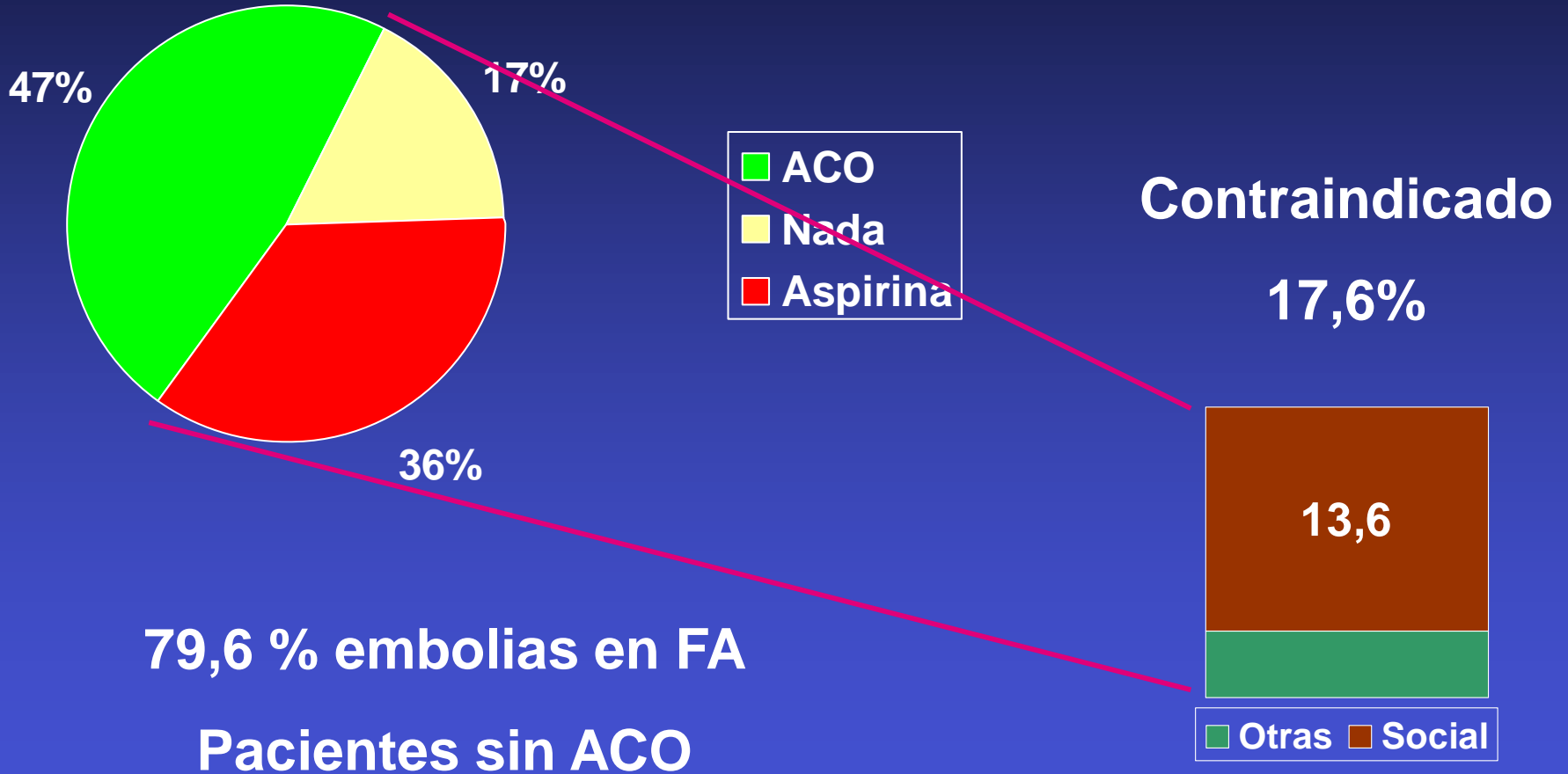
RIN > 3



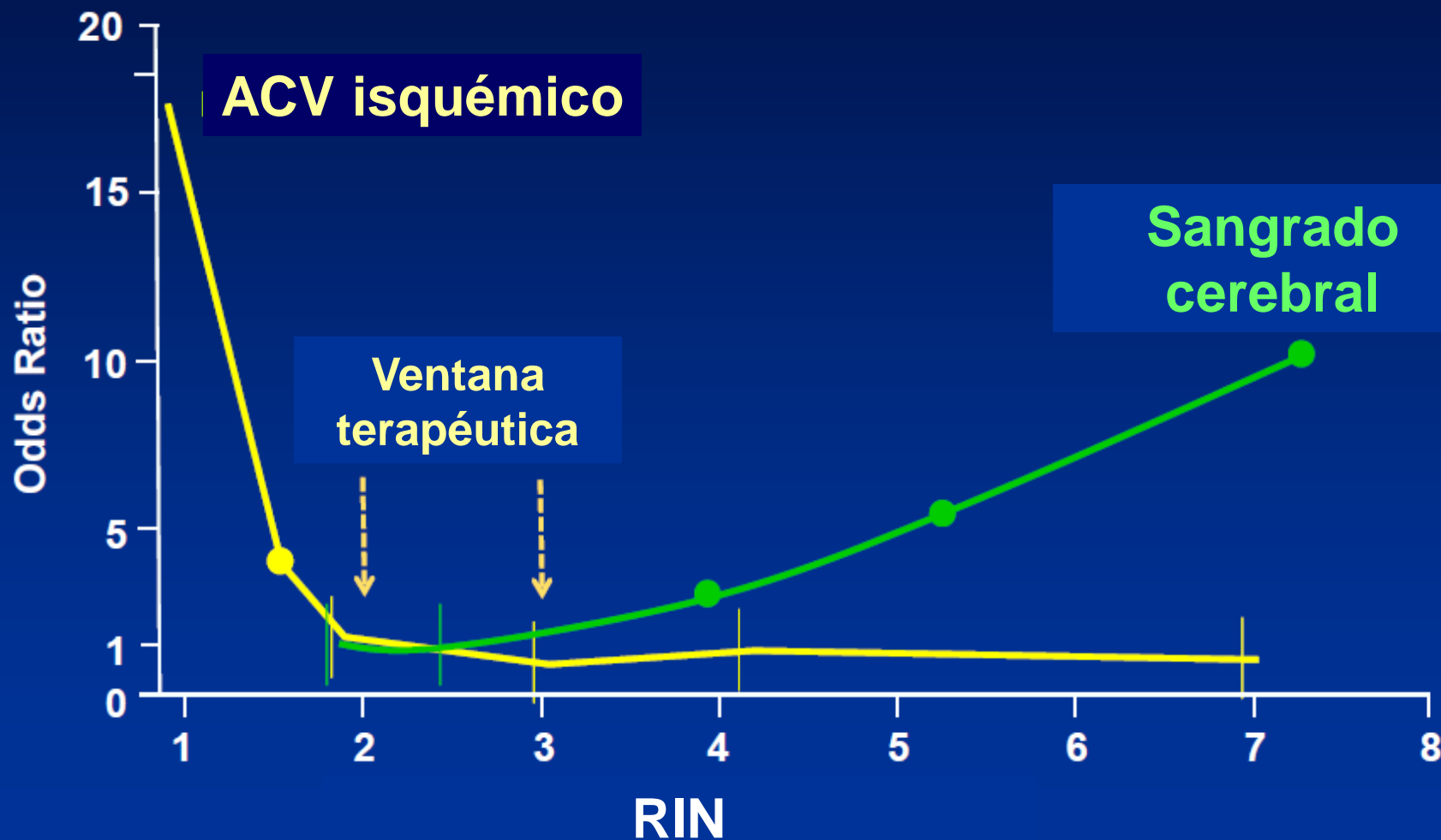
Uso de ACO en FA en Argentina

Relevamiento de la práctica cardiológica.

Registro PRENFACRA.



Relación entre eficacia y riesgo de ACO y el RIN



El tiempo en rango terapéutico (TER o TTR)

- ▶ Indica cuantos días por año el nivel de RIN estuvo entre 2-3 y cuantos fuera de ese rango, en forma porcentual.
- ▶ Se considera aceptable por encima de 60-70%

**Ficha individual para calcular el TTR - Incluir el último año
Llenar los casilleros celestes**

Identificación
Motivo ACO

3456789
Fibrilación auricular crónica

Hospital
Edad

El Cruce		Visitas
45	Sexo	M (M ó F)

Ingresar Fecha y RIN de cada control

Resumen RIN

Fecha	RIN	Dias
20/12/2005	3,3	
17/01/2006	2,7	28
07/02/2006	2,3	21
07/03/2006	2,4	28
04/04/2006	2,2	28
12/04/2006	1,9	8
25/04/2006	1,2	13
02/05/2006	1,8	7
15/05/2006	3,9	13
22/05/2006	3,7	7
30/05/2006	3,5	8
14/06/2006	1,7	15
23/06/2006	2,4	9
25/07/2006	2,5	32
22/08/2006	3,2	28
29/08/2006	2,5	7
19/09/2006	2,3	21
		0
		0

Dias < 2	Dias OK	Dias >3	
			0
0,0	14,0	14,0	1
0,0	21,0	0,0	1
0,0	28,0	0,0	1
0,0	28,0	0,0	1
2,7	5,3	0,0	0
13,0	0,0	0,0	0
7,0	0,0	0,0	0
1,2	6,2	5,6	0
0,0	0,0	7,0	0
0,0	0,0	8,0	0
2,5	8,3	4,2	0
3,9	5,1	0,0	1
0,0	32,0	0,0	1
0,0	20,0	8,0	0
0,0	5,0	2,0	1
0,0	21,0	0,0	1
0,0	0,0	0,0	0
0,0	0,0	0,0	0
30,3	194,0	48,7	8

Sumatoria total

No Visitas	Dias	273
17		

11,1%	71,1%	17,9%	47,1%
% bajo	% OK	% alto	% visitas OK

TTR

**DESCARGÁ LA APP DESDE
TU TELÉFONO**



Tipeando **"Acomed Medicina"**
desde el buscador de Apple Store



Tipeando **"Acomed Pixeloide"**
desde el buscador de Google Play

O ingresando a

<http://acomed.app>

desde su computadora



AcoMed

Paciente: [Redacted]

- Historial
- Eventos Adversos
- Nueva Consulta
- Calculadores
 - Calculador de Creatinina
 - TTR
 - CHA₂DS₂VASC
 - Hasbled
- Salir del Paciente

Listado de Pacientes

Guías

Editar Perfil

Cerrar sesión

- Permite cargar datos clínicos relevantes (edad, patología, medicación, etc)

- Permite el calculo del TTR (tiempo en rango terapéutico)

- Permite el calculo de clearance de creatinina y de diferentes scores (CHA₂DS₂-VASC/HAS-BLED)

- Incluye links con guías de tratamiento



Dosis de AVK diarias:

Lunes

0,5

Martes

1

Miercoles

0,5

Jueves

1

Viernes

1

Sabado

0,5

Domingo

1

Comentarios

No tomar ibuprofeno, solo paracetamol.

Fecha de nuevo control

12/05/2019

¿Quiere ingresar valores previos de RIN después de guardar la consulta?



Guardar

Ingresar Fecha y RIN de cada control

RIN deseado

2 a 3



RIN

Fecha	RIN	Dias	
10 / 12 / 2018	2.1		
10 / 01 / 2019	1.6	31	
12 / 02 / 2019	3.3	33	
10 / 03 / 2019	2.9	26	
07 / 05 / 2019	3.3	58	

Agregar RIN

Sumatorial Total

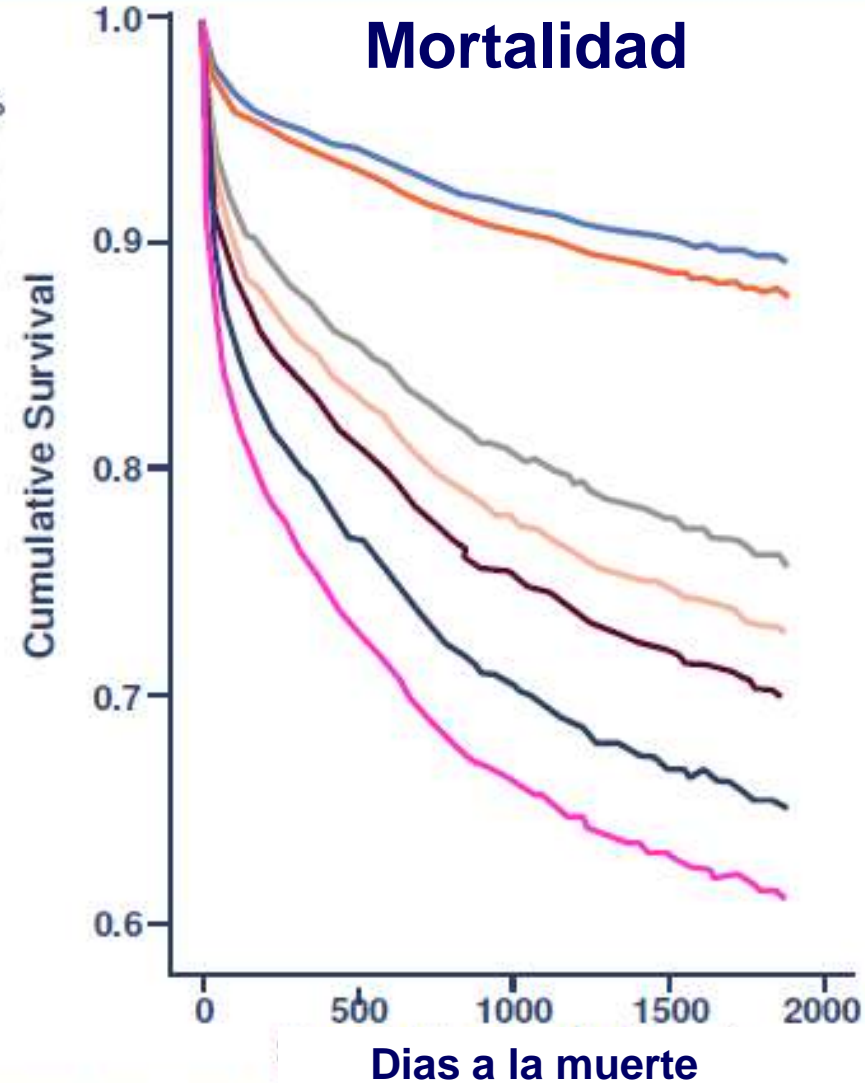
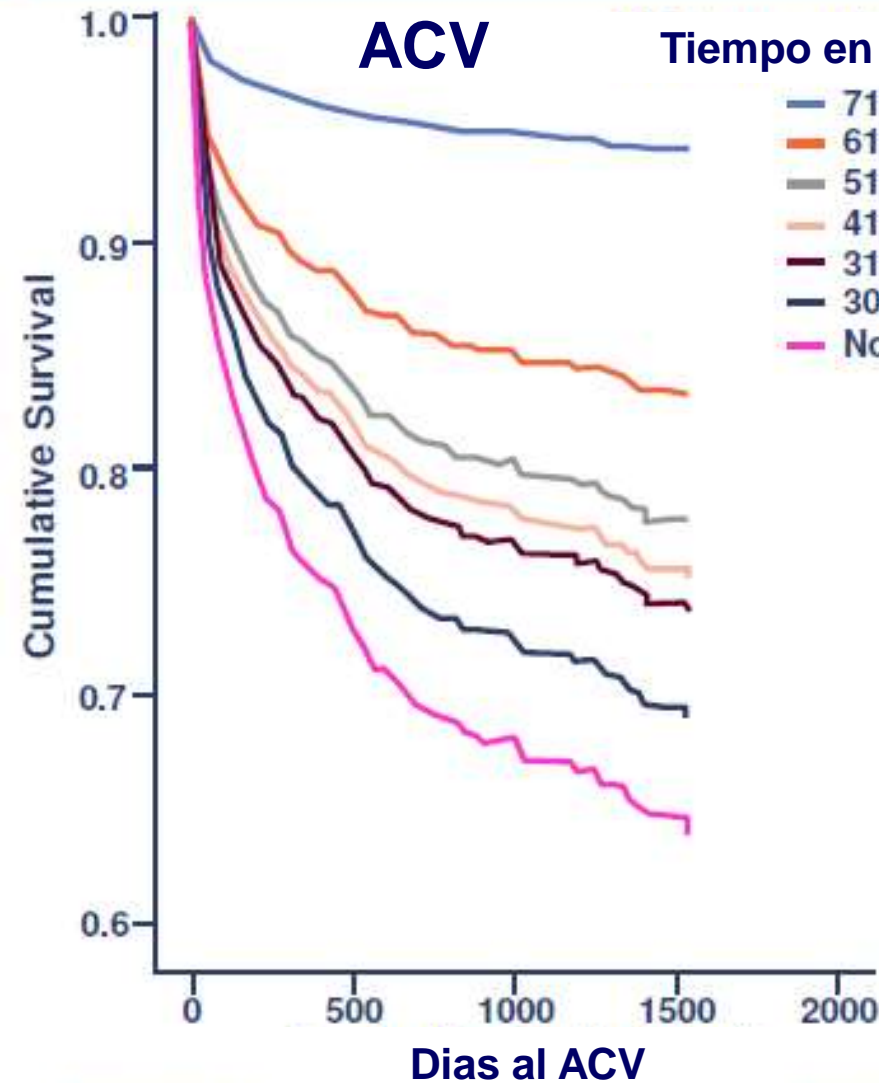
N° Visitas: 5 | 0

RESUMEN TTR

% OK: 31.5%

% Bajo: 22% | % Alto: 46.5%

Tiempo en Rango terapéutico Riesgo de muerte y ACV



*The number of VKA-treated patients in each group was defined by the proportion of time spent with a therapeutic INR
INR = international normalized ratio; VKA = vitamin K antagonist

Evaluación del **T** tiempo **E**n **R**ango terapéutico con
antagonistas de vitamina K en pacientes con
Fibrilación Auricular en la **R**epública **A**rgentina.

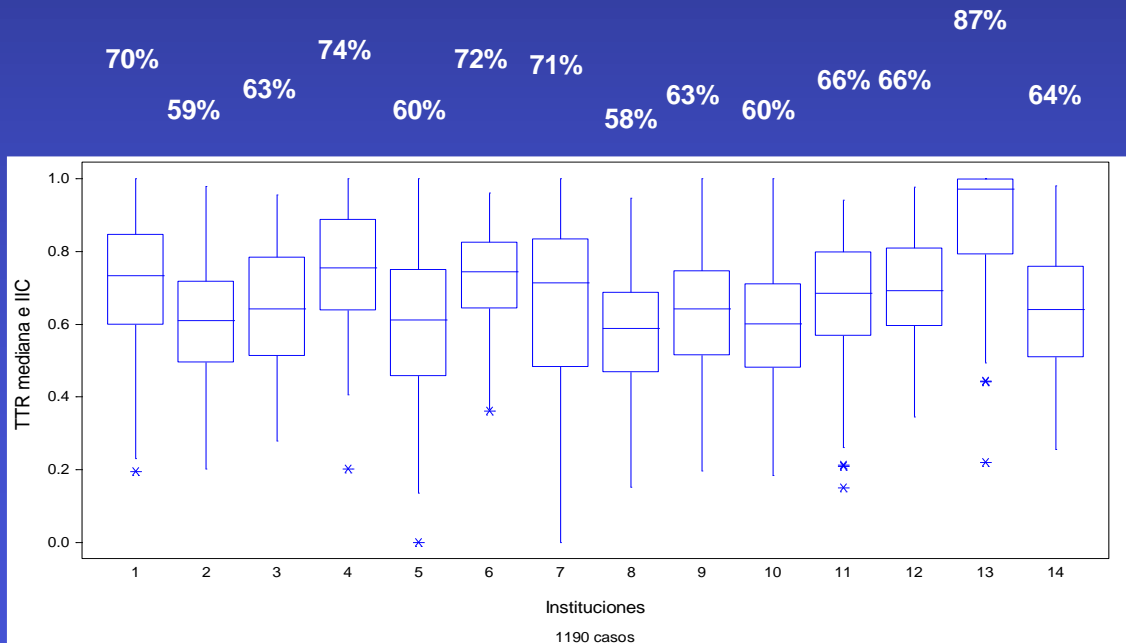
Estudio multicéntrico TERRA.





Resultados:

- ▶ Estudio TERRA 1.190 pacientes.
- ▶ La edad fue 75 ± 9 años.
- ▶ La media de TER con un RIN 2-3 fue **66,6** $\pm 19,4\%$ (mediana 67,5%, IIQ 54-80). Solo 2 instituciones tuvieron un TER < 60% (TER 58 y 59%)



Nivel similar o superior al logrado en ensayos clínicos terapéuticos internacionales (55 a 65%)

¿A quién no anticoagular?

¿Podemos precisar el riesgo de embolias y el riesgo de sangrado?

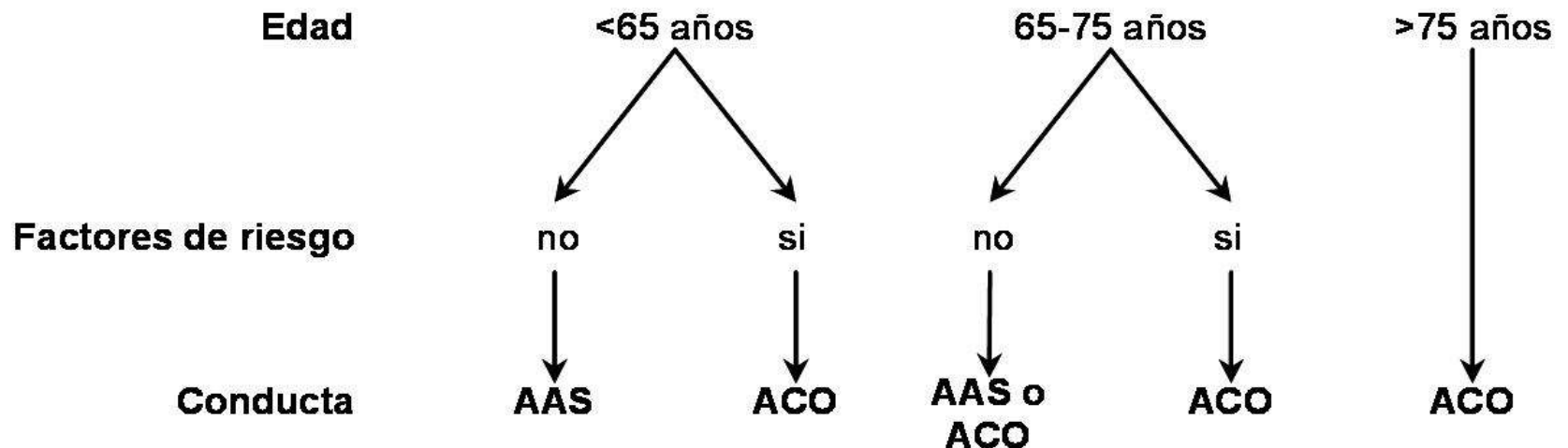
- ▶ Dado el gran beneficio de la anticoagulación oral, el esfuerzo es indentificar al paciente
 - con muy bajo riesgo de embolias
 - y/ó alto riesgo de sangrado

- ▶ Que no deba ser tratado o sólo pueda recibir aspirina

Evidencias en Cardiología

Esquema tradicional

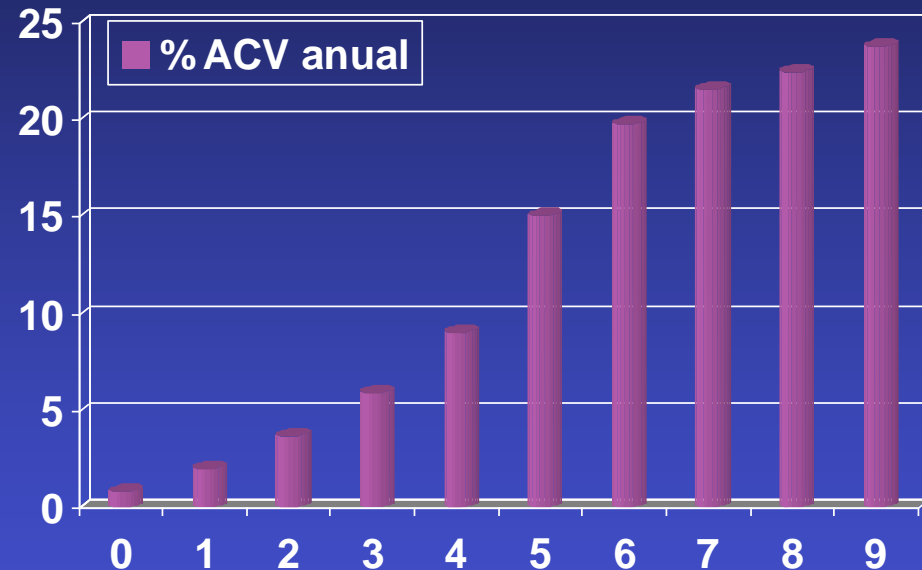
Terapéutica antitrombótica en la fibrilación auricular



Factores de riesgo: enfermedad coronaria, diabetes, hipertensión arterial.

Score CHA₂DS₂-VASc

- Insuficiencia cardíaca (Congestive) 1
- Hipertensión 1
- Edad (Age) ≥ 75 2
- Diabetes 1
- Antecedentes ACV-embolia 2
- Enf. Vascular 1
- Edad 65-75 1
- Mujer 1



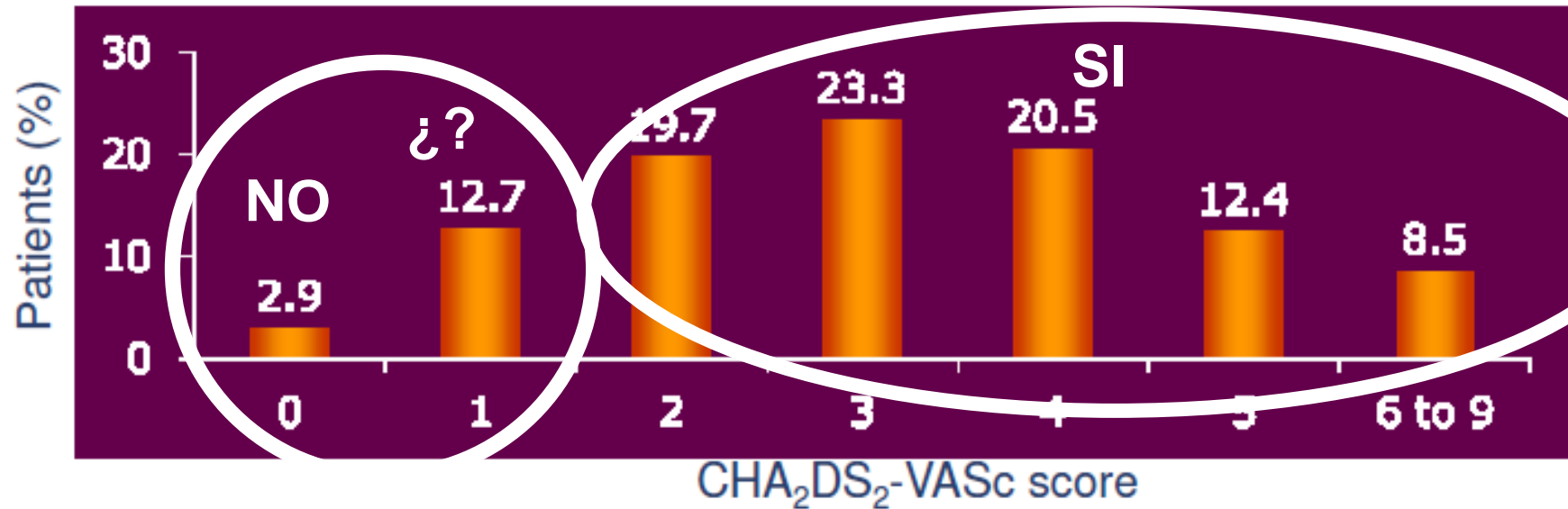
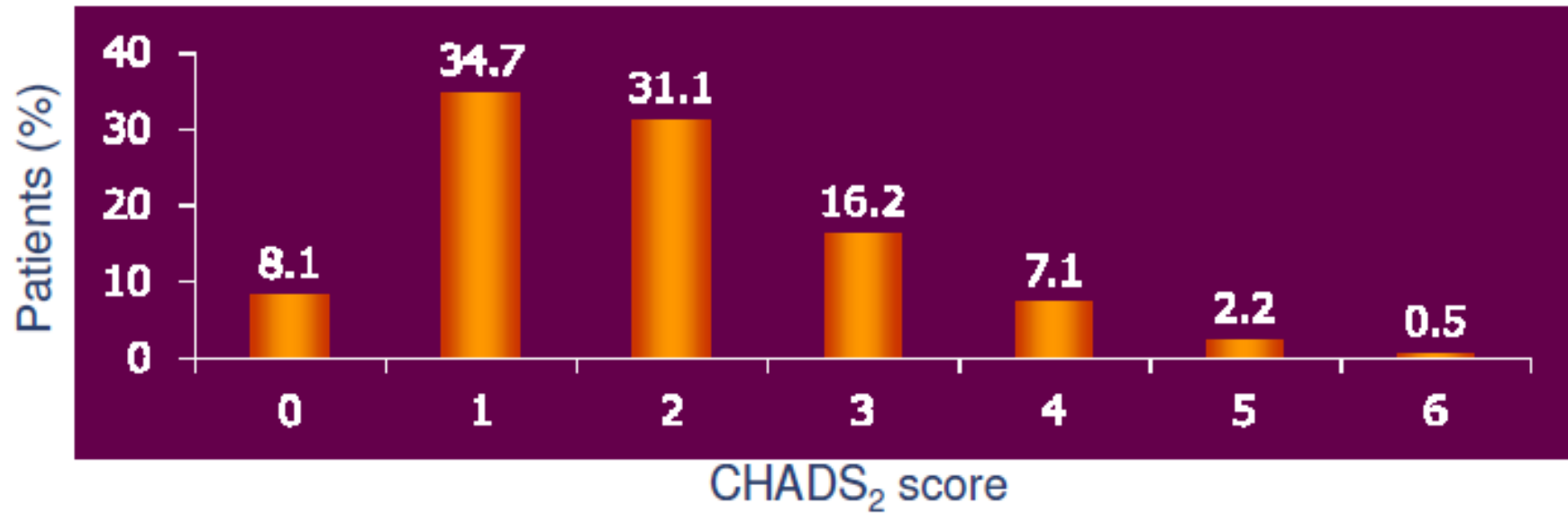
- **¿Solo el puntaje 0 con riesgo de hemorragia recibiría aspirina?**

Registro Garfield

- ▶ Cohorte prospectiva: 10614 pacientes
- ▶ Edad $70,2 \pm 11,2$ años
- ▶ Por lo menos un factor de riesgo para embolias

1. Kakkar AK, et al. *PLoS One*. 2013;8(5):e63479.

Distribution of CHADS₂ and CHA₂DS₂-VASc Scores

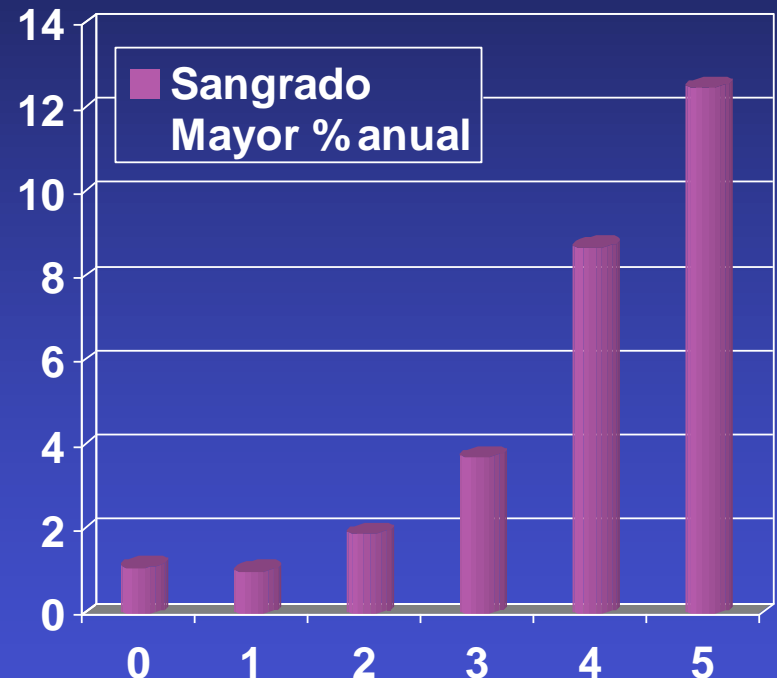


Guías para uso de ACO en FA

Riesgo de sangrado

► Score HAS-BLED: máximo puntaje 9

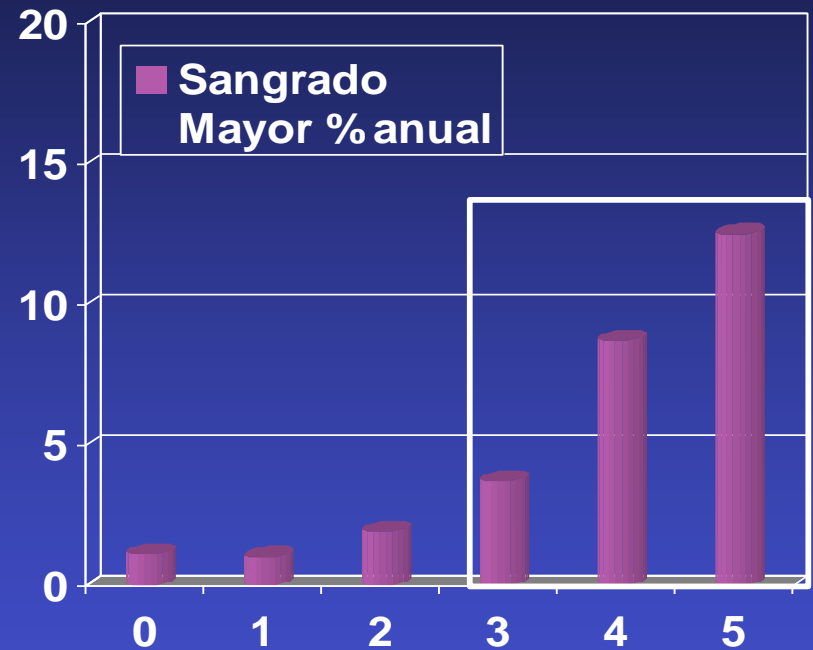
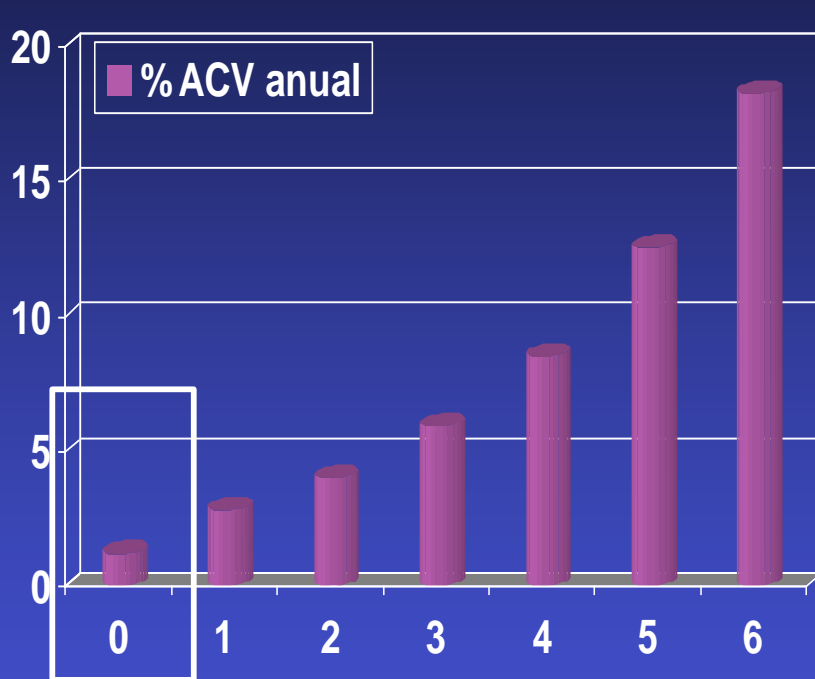
- Hipertensión > 160 no controlada
 - ACV previo
 - Edad ≥ 65
 - Disfunción renal
 - Disfunción hepática
 - Uso antiplaquetarios- AINES
 - Antecedentes de sangrado
 - Abuso de alcohol
 - Control lábil del RIN
-
- Area ROC para predicción: 0,72



Pisters R, A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess one-year risk of major bleeding in atrial fibrillation patients: The Euro Heart Survey, Chest, 2010; Mar 18,

Riesgos de embolias y sangrado

Uso conjunto de CHADS 2 y HAS-BLED



¿Indicación de aspirina?

Pisters R, A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess one-year risk of major bleeding in atrial fibrillation patients: The Euro Heart Survey, Chest, 2010; Mar 18,

ESC 2012 AF Guidelines Update

Puntaje de riesgo

Clase/nivel

$CHA_2DS_2-VASc = 0$

No usar antitrombóticos
IB

$CHA_2DS_2-VASc = 1$

Dicumarínicos ó
Dabigatran / Rivaroxaban / Apixaban
Ia A (

$CHA_2DS_2-VASc \geq 2$

Dicumarínicos ó
Dabigatran / Rivaroxaban / Apixaban
IA (

Aspirina o ACO

▶ Nuevas guías Europeas

- Aspirina

- Escaso efecto preventivo
- Riesgo HIC = nuevos antitrombóticos
- Sólo para escores 0 que no acepten anticoagulantes o antitrombóticos
- Desaparecieron del algoritmo terapéutico

▶ Restringir la aspirina a

- pacientes de muy bajo riesgo de embolias
- (no fueron incluidos en ensayos controlados con nuevos ACO)

Indicaciones de ACO o Aspirina

- ▶ Todo paciente con FA o Aleteo con algún factor de riesgo para embolia de acuerdo a los scores o por otros marcadores (¿tamaño de la aurícula izquierda?) debe recibir ACO (dicumarínicos o nuevos)
- ▶ Ante la ausencia de factores de riesgo
 - No indicar nada
 - ¿Aspirina? ¿En ese caso nuevos?

Nuevos Anticoagulantes orales NOAc

Nuevas drogas antitrombóticas

▶ Ventajas potenciales

- No es necesario el control de coagulación, lo que puede mejorar mucho la adherencia
- Requieren evaluación sobre su impacto en la prevención de embolias y su riesgo de sangrado

▶ Diseño de los ensayos de comparación con dicumarínicos

- No inferioridad en la prevención de embolias
- No inferioridad en evitar sangrado
- Ventaja en su facilidad de administración y no requerir controles

Randomized Evaluation of Long-term anticoagulant therapy

- ▶ Dabigatrán comparado con warfarina en 18,113 pacientes con fibrilación auricular y riesgo de ACV

Dabigatran versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation

Stuart J. Connolly, M.D., Michael D. Ezekowitz, M.B., Ch.B., D.Phil., Salim Yusuf, F.R.C.P.C., D.Phil.,

This article (10.1056/NEJMoa0905561) was published on August 30, 2009, at NEJM.org.

N Engl J Med 2009;361.

Análisis por intención de tratar

Rivaroxabán

The NEW ENGLAND
JOURNAL *of* MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

SEPTEMBER 8, 2011

VOL. 365 NO. 10

Rivaroxaban versus Warfarin in Nonvalvular Atrial Fibrillation

FA con un factor de riesgo adicional

Criterios de inclusión

- Edad ≥ 75 years
- ACV o AIT o embolia previa
- IC o FEY $\leq 40\%$
- Diabetes mellitus
- Hipertension

Randomizado
Doble ciego
Doble dummy
(n = 18,201)

Mayor exclusion criteria

- Necesidad de aspirina o tienopiridinas

Apixaban 5 mg oral 2 por día
(2,5 mg x 2 en p seleccionados)

Warfarin
(RIN 2-3)

Punto final primario: ACV o embolia sistémica

**Una mirada general al aporte de los
nuevos anticoagulantes en FA
Metaanálisis**

Nueva era en la Anticoagulación de la Fibr, Auricular

Características	Dabigatran RE-LY	Rivaroxaban ROCKET-AF	Apixaban ARISTOTLE
Mecanismo	Inh, directo de trombina	Inh, directo factor Xa	Inh, directo factor Xa
Diseño doble-ciego n pacientes	NO 18,113	SI 14,264	SI 18,201
Criterios Inclusión	FA + 1 FR bajo riesgo	FA + 2 FR med-alto riesgo	FA + 1 FR bajo riesgo
ACV con warfarina	1,71%/año	2,40%/año	1,60%/año
Dosis y veces x día	110 y 150 mg 2 x día	20 mg (15 mg) 1 x día	5 mg (2,5 mg) 2 x día
Clearence renal	>30 ml	>30 ml	>25 ml
% tiempo RIN 2,0 – 3,0	64%	55%	62%

Efectos del tratamiento expresado en riesgos relativos

Reducción significativa



Reducción no significativa



Aumento significativo



Aumento no significativo

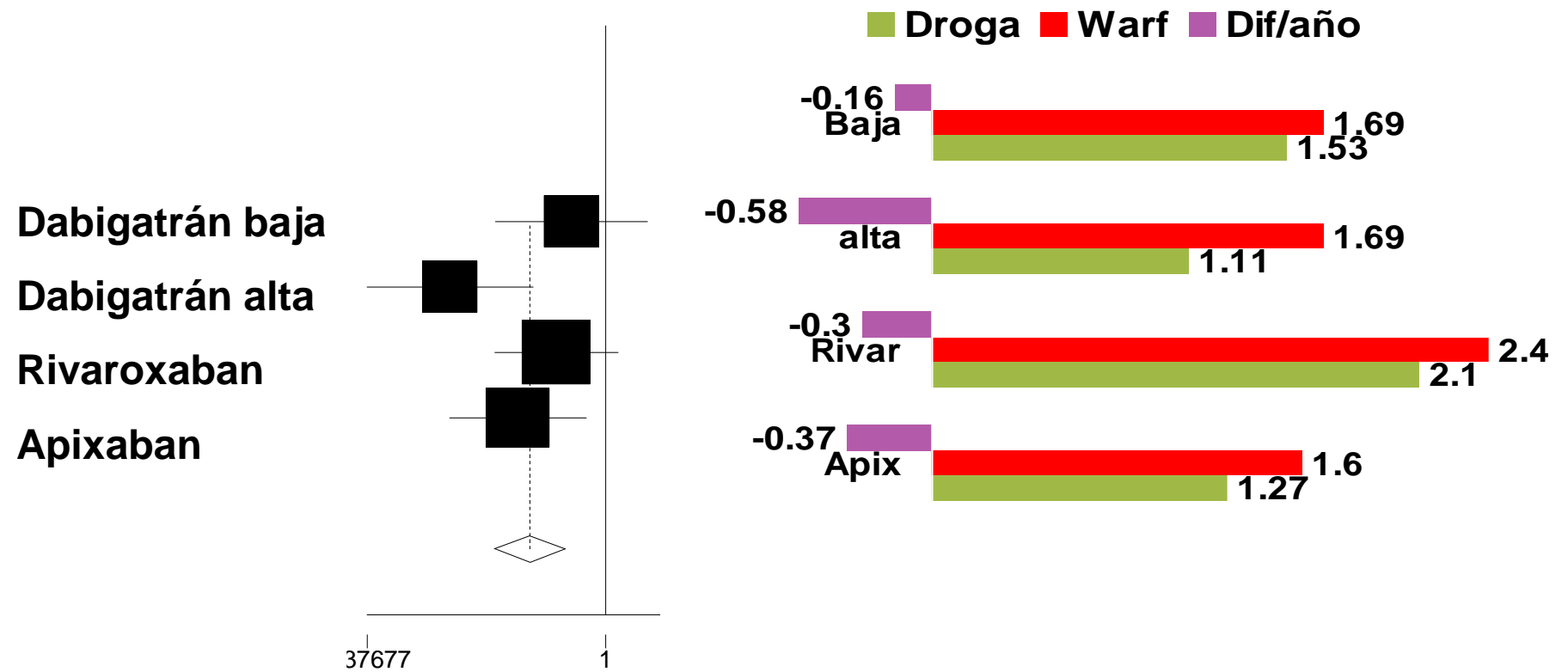


0 0,2 0,4 0,6 0,8 1 1,2 1,4 1,6

Riesgo Relativo

Metaanálisis

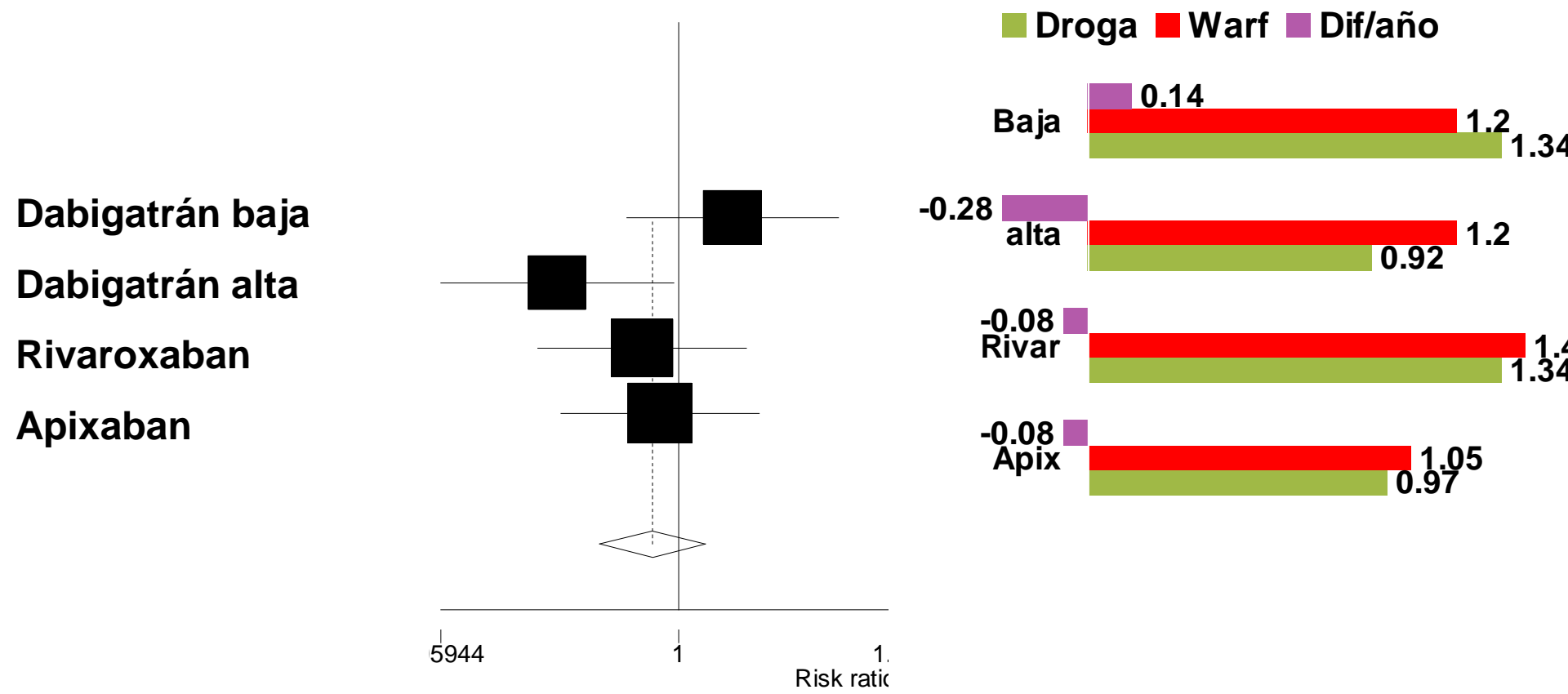
ACV o embolia - Punto final principal



Heterogeneidad NS

Inconsistencia I² 45%

Metaanálisis ACV isquémico

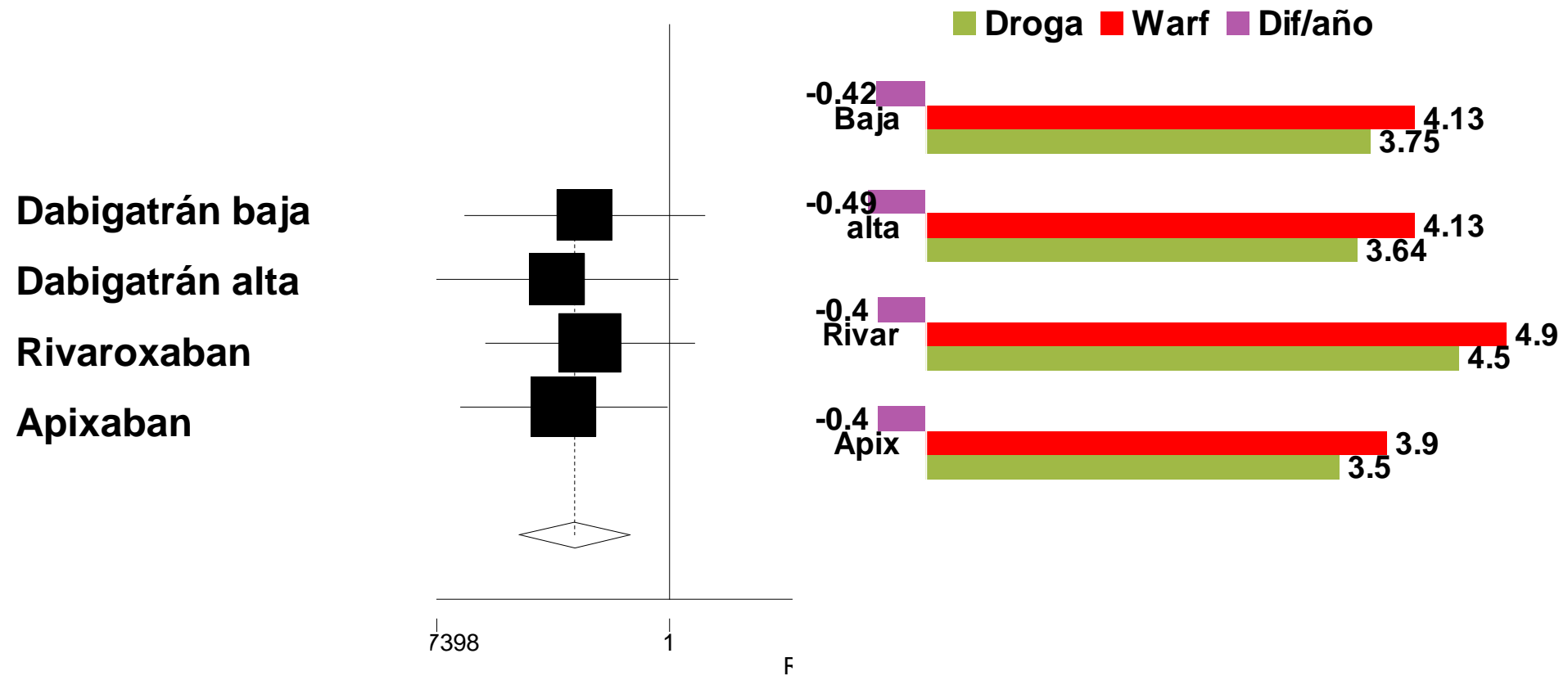


Heterogeneidad 0,005

Inconsistencia I² 87%

No reducen ACV
isquémico

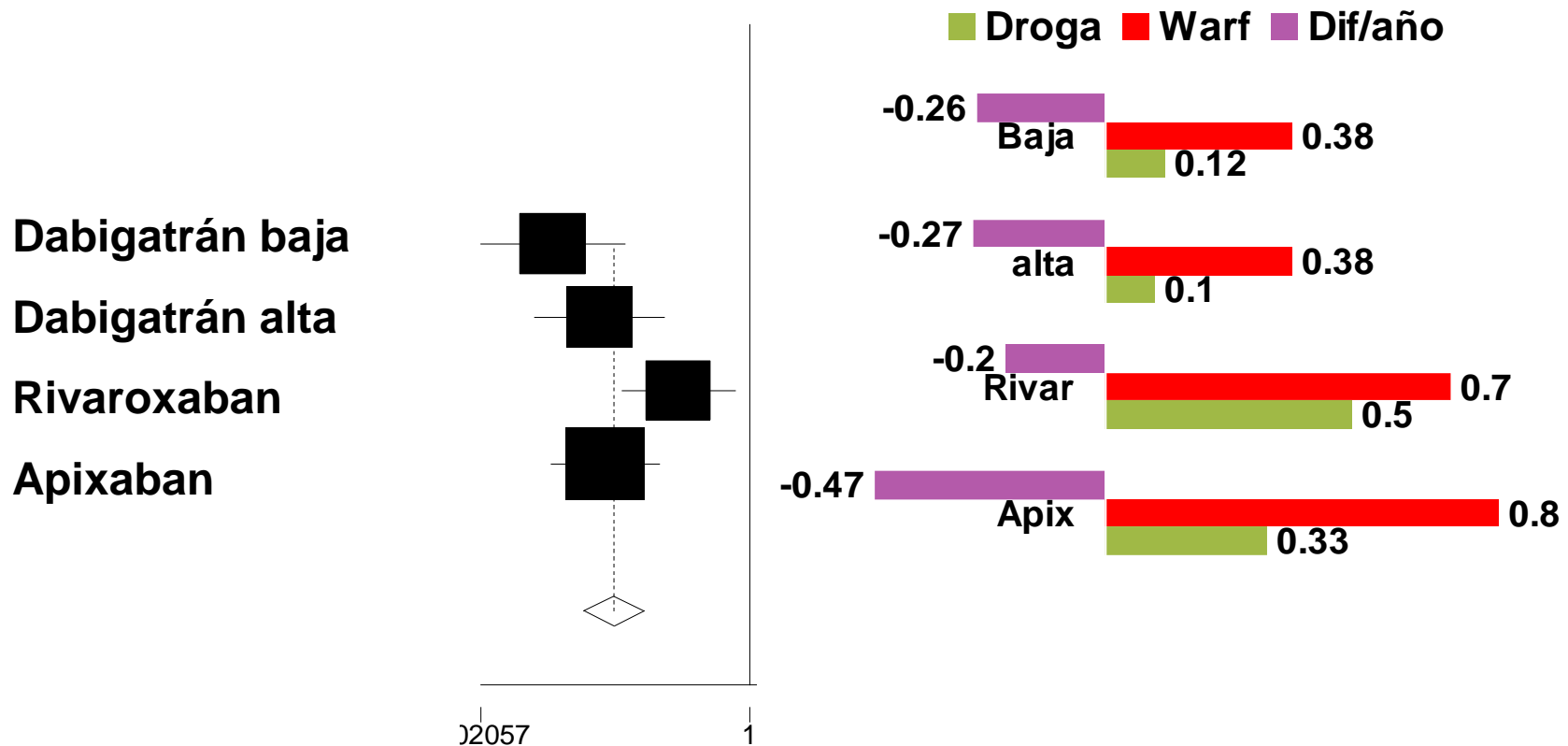
Metaanálisis – Mortalidad



Heterogeneidad NS

Inconsistencia I² 0%

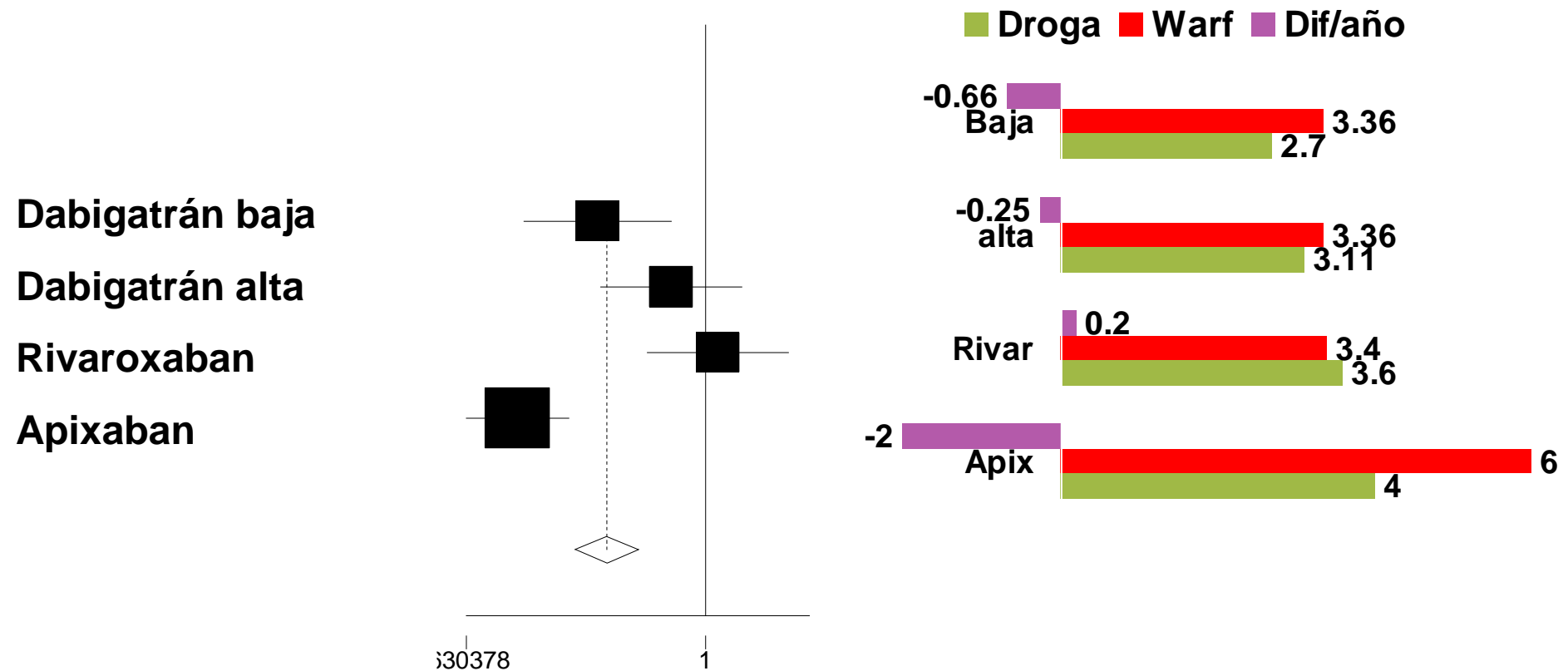
Metaanálisis – Sangrado intracerebral



Heterogeneidad 0,05

Inconsistencia I² 56%

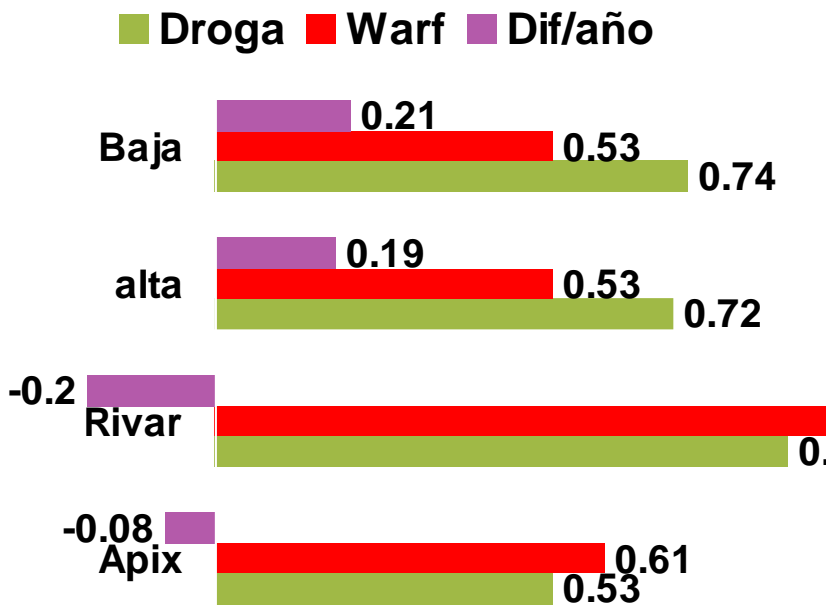
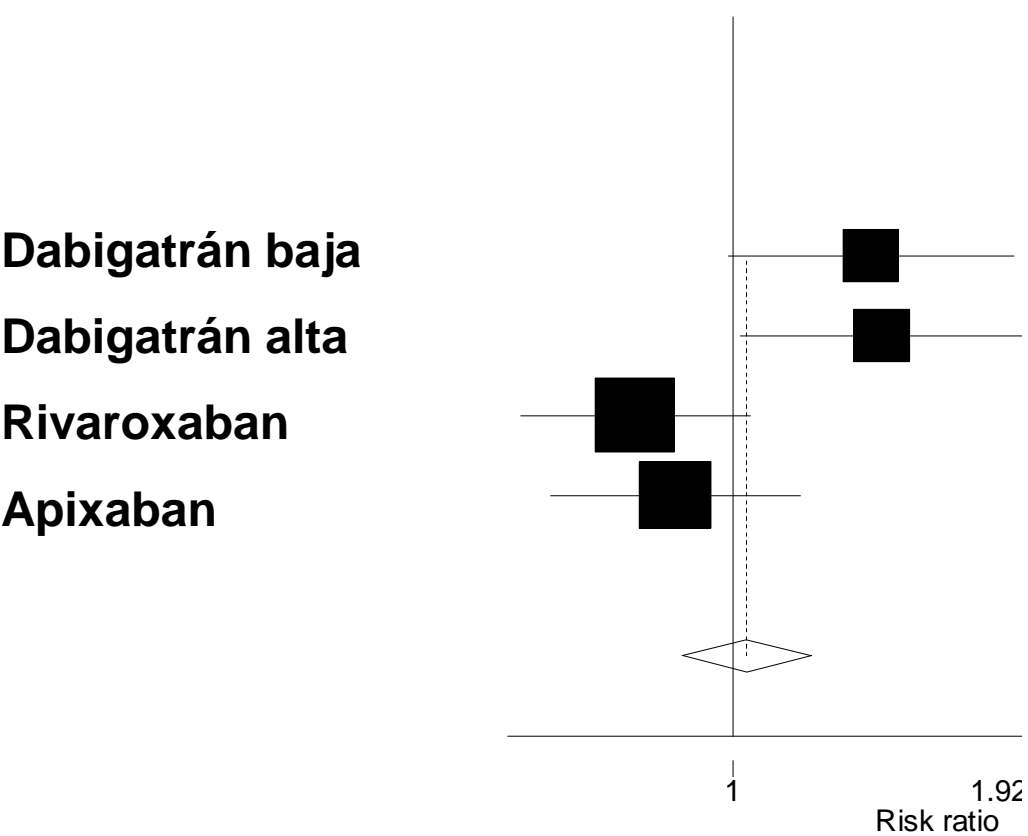
Metaanálisis – Sangrado mayor



Heterogeneidad 0,001

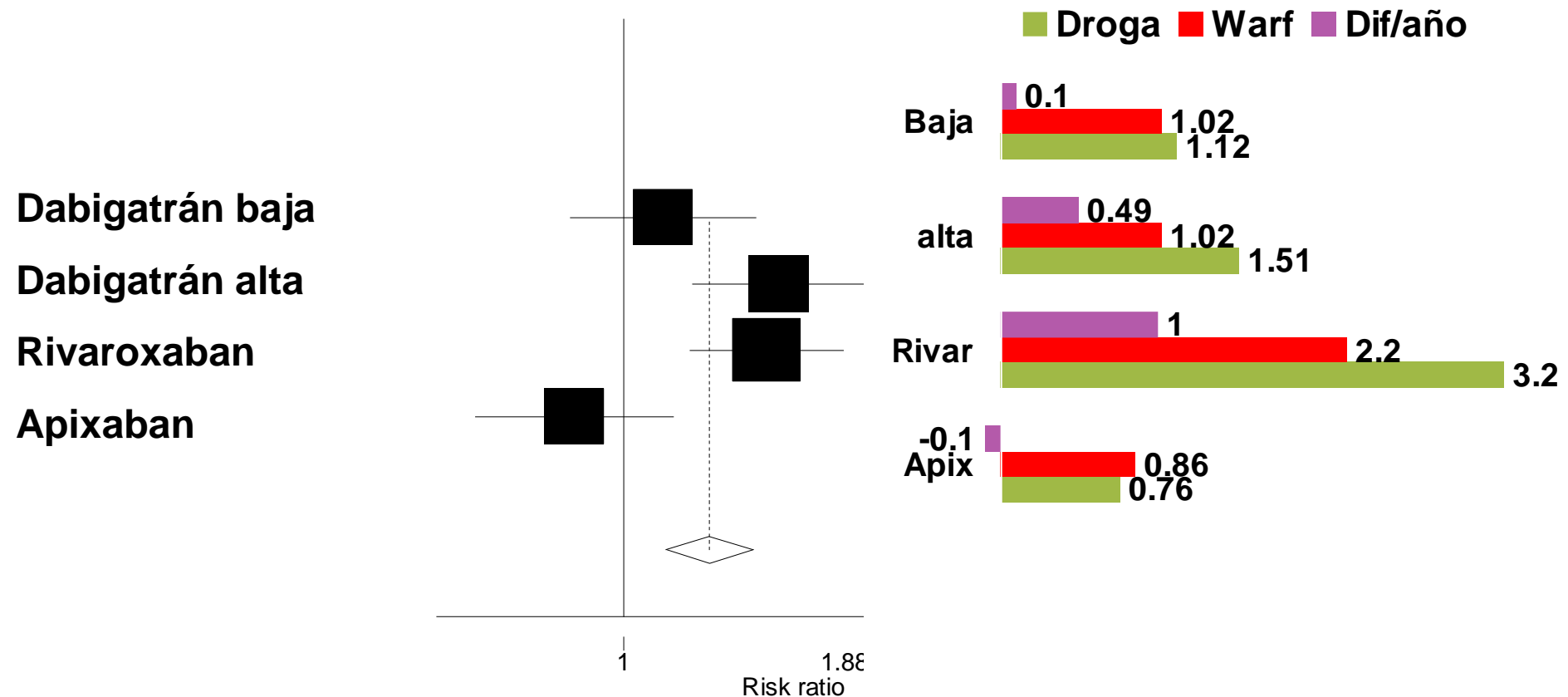
Inconsistencia I² 88%

Metaanálisis – Infarto de miocardio



Heterogeneidad 0,01
Inconsistencia I² 74%

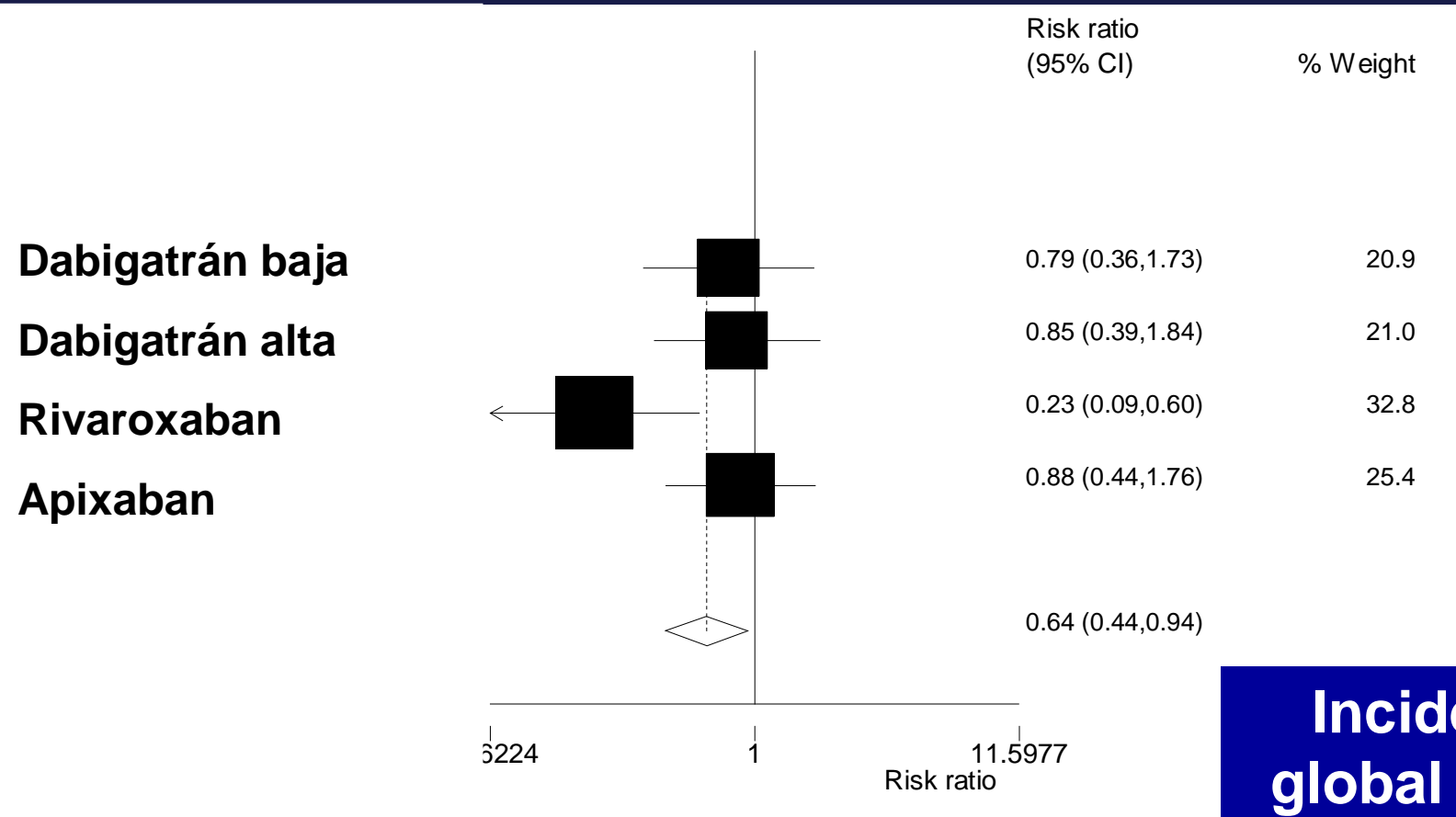
Metaanálisis Sangrado gastrointestinal



Heterogeneidad 0,005

Inconsistencia I² 87%

Metaanálisis Embolia sistémica



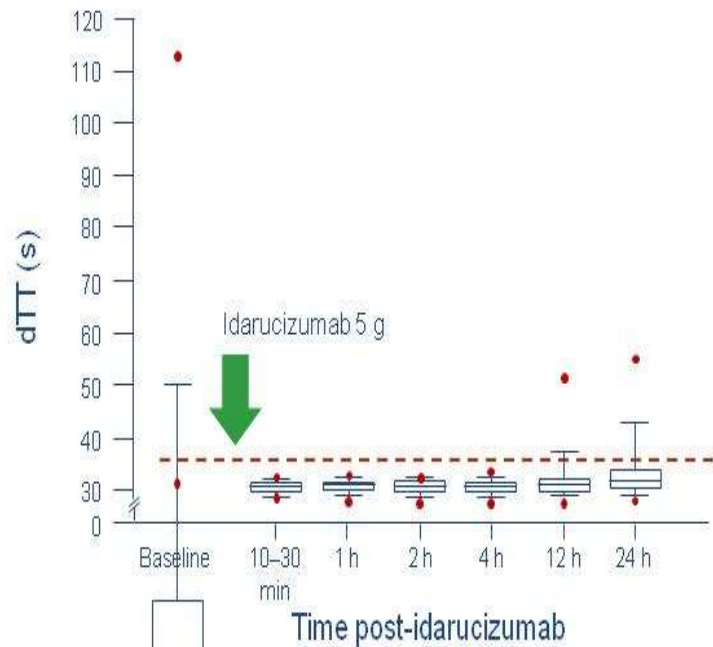
**Incidenia
global 0,15%
(1,5 en 1000)
por año**

**Heterogeneidad NS
Inconsistencia I² 50%**

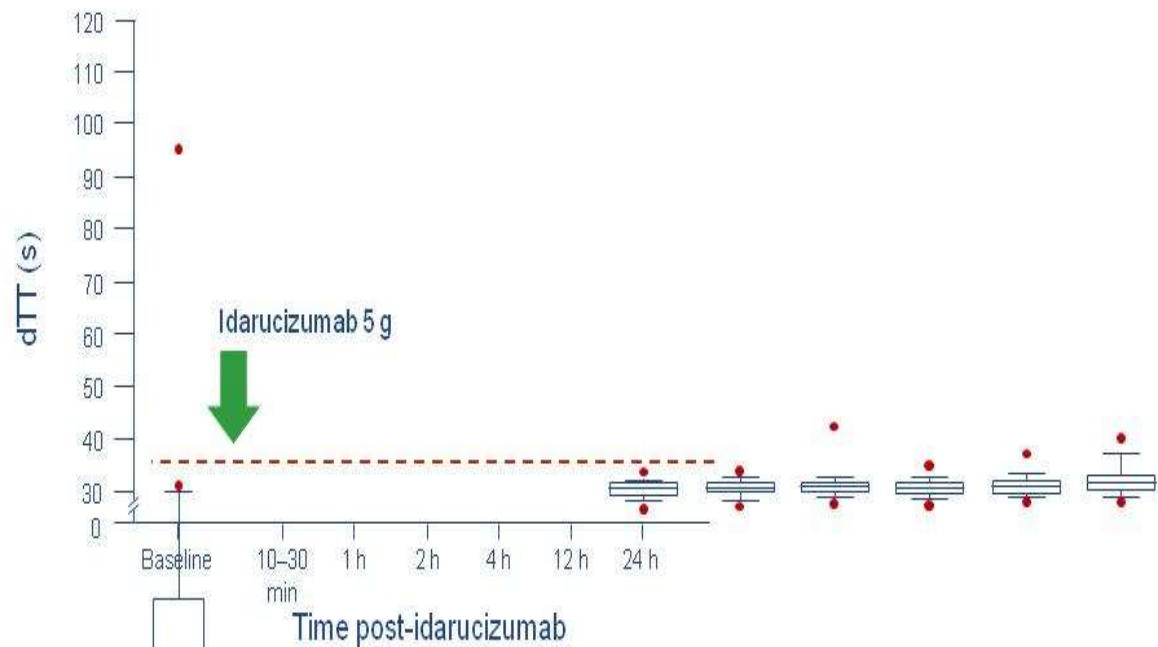
Antídoto

RE-VERSE AD results: immediate, complete, and sustained reversal of dabigatran anticoagulation, based on dTT

Group A: Uncontrolled bleeding (n=293)



Group B: Emergency surgery or procedure (n=195)



Median maximum reversal within 4 hours was 100% for both dTT and ECT (95% CI: 100–100)

*Similar results obtained with other relevant coagulation assays; dTT, diluted thrombin time; ECT, ecarin clotting time

Pollack et al. N Engl J Med 2017

Conclusiones de los nuevos antitrombóticos

► Nuevos antitrombóticos

- Disminuyen la incidencia de hemorragia cerebral, y de la incidencia asociada de ACV y embolias.
- Disminuyen mortalidad (pequeña magnitud: 0,3% - 0,4%)
- Inducen menor sangrado cerebral y global, a expensas de un aumento del sangrado digestivo. (exc. Apixaban)
- DABIGATRAN ya tiene antídoto

Diez cosas que debe saber para usar en forma segura los NOA (tomado de una propuesta de C. Granger)

- 1) Evaluar función renal (esp. Dabigatrán)
- 2) Interacciones
- 3) No son adecuadas para prótesis mecánicas
- 4) Seguir las guías para cambiar de dicumarínicos a NOA
- 5) Seguir las guías para discontinuación temporaria
- 6) Medir si existe un efecto
- 7) Qué hacer si ocurre un sangrado
- 8) Cómo manejar los NOA para cardioversión
- 9) Tema sangrado gastrointestinal
- 10) Qué hacer con la aspirina

Recomendación 1

Evaluar función renal

Estudios: excluyeron CI Creat $< 25-30$

Excreción renal

Dabigatrán 80%

Apixabán y Rivaroxabán 30%

Dabigatrán: con cuidado si el CI < 40 ml/min

Rivaroxabán; bajar la dosis a 15 mg si el CI Cr < 50

Apixabán: bajar la dosis a la mitad (2,5 mg x 2)

Edad > 80 años, Peso < 60 kg, Creatinina $\geq 1,5$

Diálisis: estudio no controlado con 2,5 mg c/12

Recomendación 3

No usar en pacientes con prótesis mecánicas

Dabigatran versus Warfarin in Patients with Mechanical Heart Valves

John W. Eikelboom, M.D., Stuart J. Connolly, M.D., Martina Brueckmann, M.D.,

The trial was terminated prematurely after the enrollment of 252 patients because of an excess of thromboembolic and bleeding events among patients in the dabigatran group. In the as-treated analysis, dose adjustment or discontinuation of dabigatran was required in 52 of 162 patients (32%). Ischemic or unspecified stroke occurred in 9 patients (5%) in the dabigatran group and in no patients in the warfarin group; major bleeding occurred in 7 patients (4%) and 2 patients (2%), respectively. All patients with major bleeding had pericardial bleeding.

Estudio con Dabigatrán

Detenido por aumento riesgo:

mayor ACV y sangrado que con dicumarínicos

Recomendación 5

Suspensión temporaria NOA

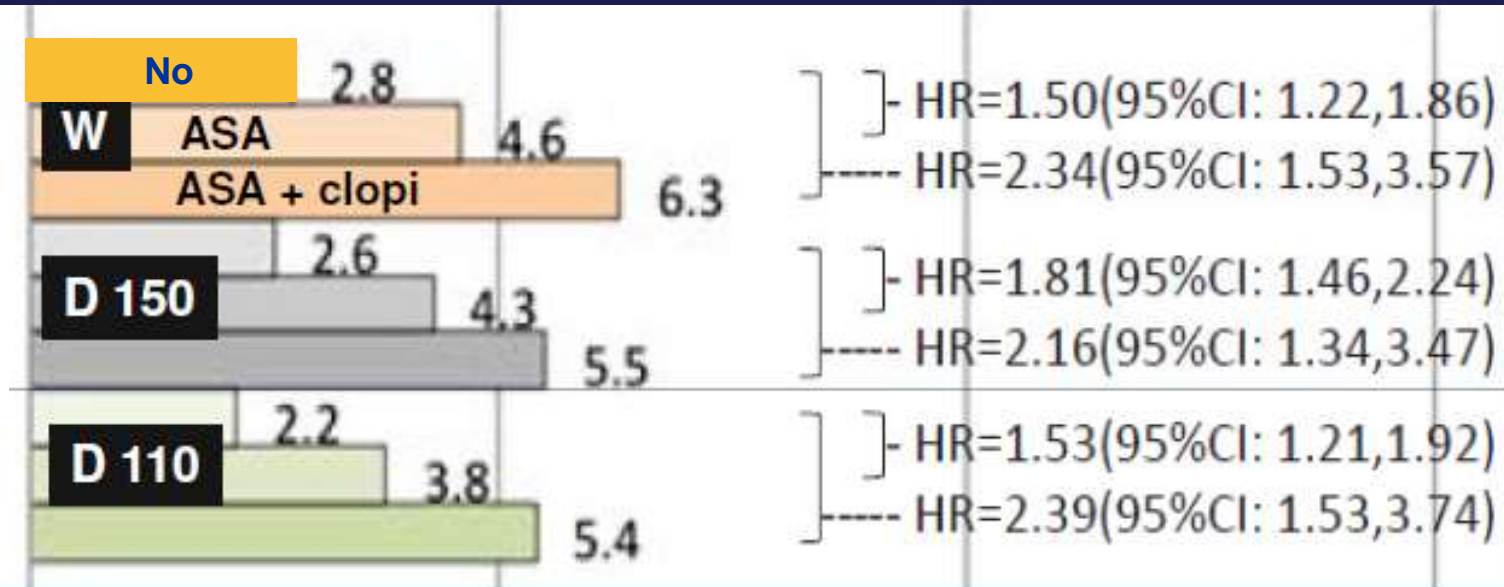
Frente a una colonoscopia o extracción dentaria planificada para el martes a la mañana

Agente	Ultima dosis
Dabigatrán	Domingo a la noche o lunes a la mañana
Apixaban	
Rivaroxabán	Domingo a la noche

Recomendación 10

Precaución con el uso de aspirina

Sangrado mayor



Aumenta un 50-80 % el sangrado

Luego de un infarto que requiere clopidogrel

Mantener AVK y clopi

Conclusiones de los nuevos antitrombóticos

► Nuevos antitrombóticos

- Disminuyen la incidencia de hemorragia cerebral, y a través de ese mecanismo del ACV en general. Sólo el dabigatrán a alta dosis disminuyó ACV isquémico, pero con aumento de sangrado.
- Disminuyen mortalidad
 - Ambas reducciones son de pequeña magnitud:
 - 0,3% - 0,4%
- Inducen menor sangrado cerebral y global, a expensas de un aumento del sangrado digestivo.

En quien estaría indicado y pautas

- ▶ Pacientes nuevos que no quieran controles
- ▶ Pacientes difíciles de mantener en rango
 - No haría el cambio en pacientes “fáciles de anticoagular”
- ▶ En pacientes con función renal limítrofe o IC
 - Controles frecuentes
- ▶ Relevancia en entrenarse en los detalles claves para un manejo seguro de estas nuevas drogas en los pacientes indicados.