

# FA crónica con bajo riesgo hemorrágico y trombótico

Diego Zambrano

Residente 1er año – Cardiología

Hospital Universitario de Burgos

# Varón 72 años

- Hipertrofia benigna de próstata.
- IQX: Postoperatorio de apendicitis: FA paroxística (Asa, flecainida)

**TABLA 9. Riesgo de ACV en pacientes con FA no tratada con anticoagulantes de acuerdo con el índice CHADS2**

Criterios de riesgo CHADS2	Puntuación
ACV o AIT previo	2
Edad > 75 años	1
Hipertensión	1
Diabetes mellitus	1
IC	1

•2006 Guía ESC de Manejo de la Fibrilación auricular Rev Esp Cardiol. 2006; 59: 1329.e1-64; publicado el 1 diciembre

# 2007

- Valorado por Cardiología: eco y electrocardiograma normales
  - Se suspende: AAS; flecainida.

**TABLA 10. Tratamiento antitrombótico para pacientes con fibrilación auricular**

Categoría de riesgo	Tratamiento recomendado	
Sin factores de riesgo	Aspirina, 81-325 mg/día	
Un factor de riesgo moderado	Aspirina, 81-325 mg/día o warfarina (INR, 2,0-3,0; INR deseado, 2,5)	
Cualquier factor de alto riesgo o más de un factor de riesgo moderado	Warfarina (INR, 2,0-3,0; INR deseado, 2,5) <sup>a</sup>	
Factores de riesgo menos validados o con menos poder predictivo	Factores de riesgo moderado	Factores de alto riesgo
Sexo femenino	Edad ≥ 75 años	ACV, AIT o embolia previa
Edad entre 65 y 74 años	Hipertensión	Estenosis mitral
Cardiopatía isquémica	IC	Válvula cardíaca protésica <sup>a</sup>
Tirotoxicosis	Fracción de eyección del VI ≤ 35%	
	Diabetes mellitus	

<sup>a</sup>Si la válvula es mecánica, el INR es mayor que 2,5.

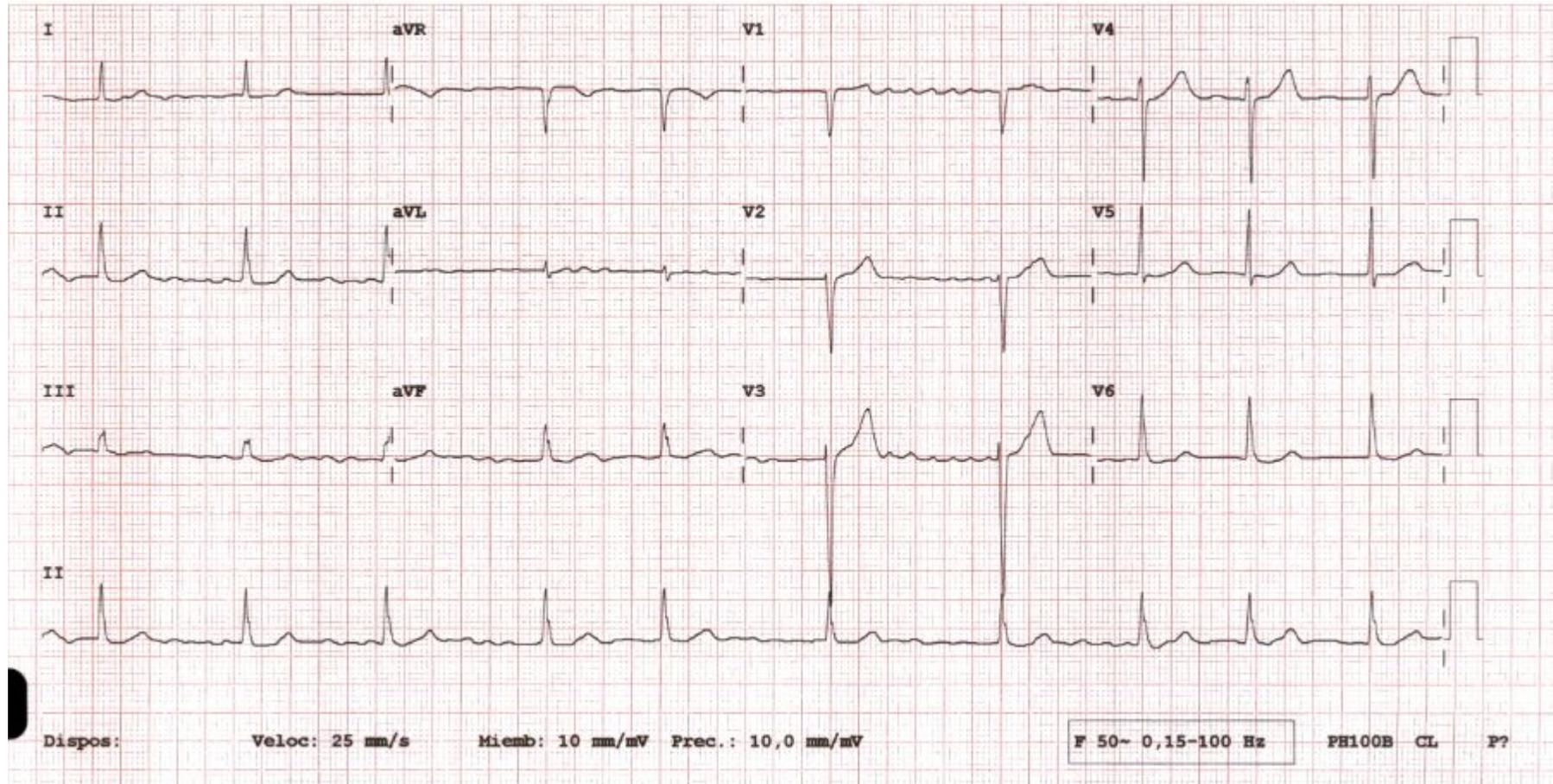
ACV: accidente cerebrovascular; AIT: accidente isquémico transitorio; IC: insuficiencia cardíaca; VI: ventrículo izquierdo.

- 2006 Guía ESC de Manejo de la Fibrilación auricular Rev Esp Cardiol. 2006; 59: 1329.e1-64; publicado el 1 diciembre

# Enero 2015

- MAP: FA asintomática – Remite a cardiología.
- Cardiología: Paciente 78 años.
  - HTA
  - ECG (ener/15): FA a 63 lpm.
  - Ecocardiograma: Dilatación moderada de ambas aurículas

# Enero 2015



# Enero 2015

**TABLA 8. Puntuación CHA2DS2-VASc y tasa de accidente cerebrovascular (\*)**

<b>Factores de riesgo de accidente cerebrovascular y tromboembolias en la FA no valvular</b>	
<b>Factores de riesgo «mayores»</b>	<b>Factores de riesgo «no mayores clinicamente relevantes»</b>
Accidente cerebrovascular previo, AIT o embolia sistémica; edad $\geq$ 75 años	Insuficiencia cardiaca o disfunción sistólica ventricular izquierda moderada a grave (FEVI $\leq$ 40%); hipertensión, diabetes mellitus, sexo femenino, edad 65-74 años, enfermedad vascular <sup>a</sup>

**Enfoque basado en factores de riesgo expresado como un sistema de puntuación, con el acrónimo CHA2DS2-VASc**

(Nota: la máxima puntuación es 9, ya que la edad puede contribuir con 0, 1 o 2 puntos)

Guías de práctica clínica para el manejo de la fibrilación auricular; Rev Esp Cardiol.2010; 63 :1483.e1-e83; 03 Diciembre 2010

# Enero 2015

**TABLA 9. Enfoque para la tromboprofilaxis en pacientes con FA**

Categoría de riesgo	Puntuación CHA2DS2-VASc	Tratamiento antitrombótico recomendado
1 factor de riesgo «mayor» o $\geq 2$ factores de riesgo «no mayores clínicamente relevantes»	$\geq 2$	ACO <sup>a</sup>
1 factor de riesgo «no mayor clínicamente relevante»	1	ACO <sup>a</sup> o 75-325 mg diarios de aspirina. Preferible: ACO mejor que aspirina
Sin factores de riesgo	0	75-325 mg diarios de aspirina o ningún tratamiento antitrombótico. Preferible: ningún tratamiento antitrombótico mejor que aspirina

CHA2DS2-VASc: 3

HAS-BLED: 2

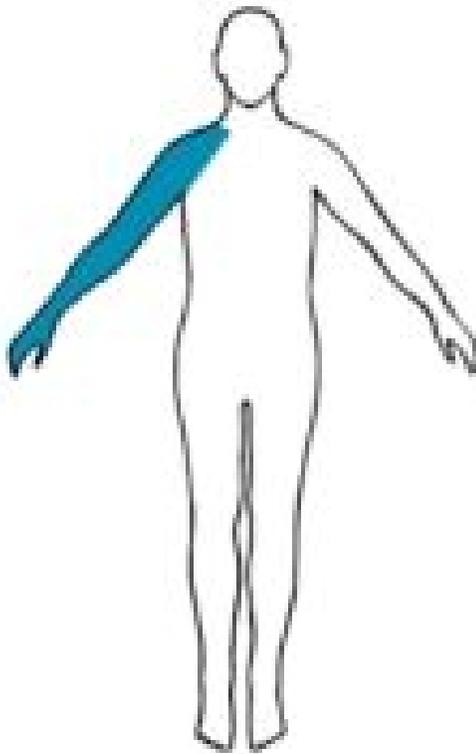
**ACENOCUMAROL**

Guías de práctica clínica para el manejo de la fibrilación auricular; Rev Esp Cardiol.2010; 63 :1483.e1-e83; 03 Diciembre 2010

# 2016: Septiembre

- Disartria y paresia Extremidad superior derecha. (INR: 2.9)
- TAC cerebro sin contraste
  - Conclusión: Hemorragia centrada en núcleo lenticular izquierdo.

2016: Septiembre



# 2016: Septiembre

Valorado por cardiología: Alto riesgo hemorrágico:

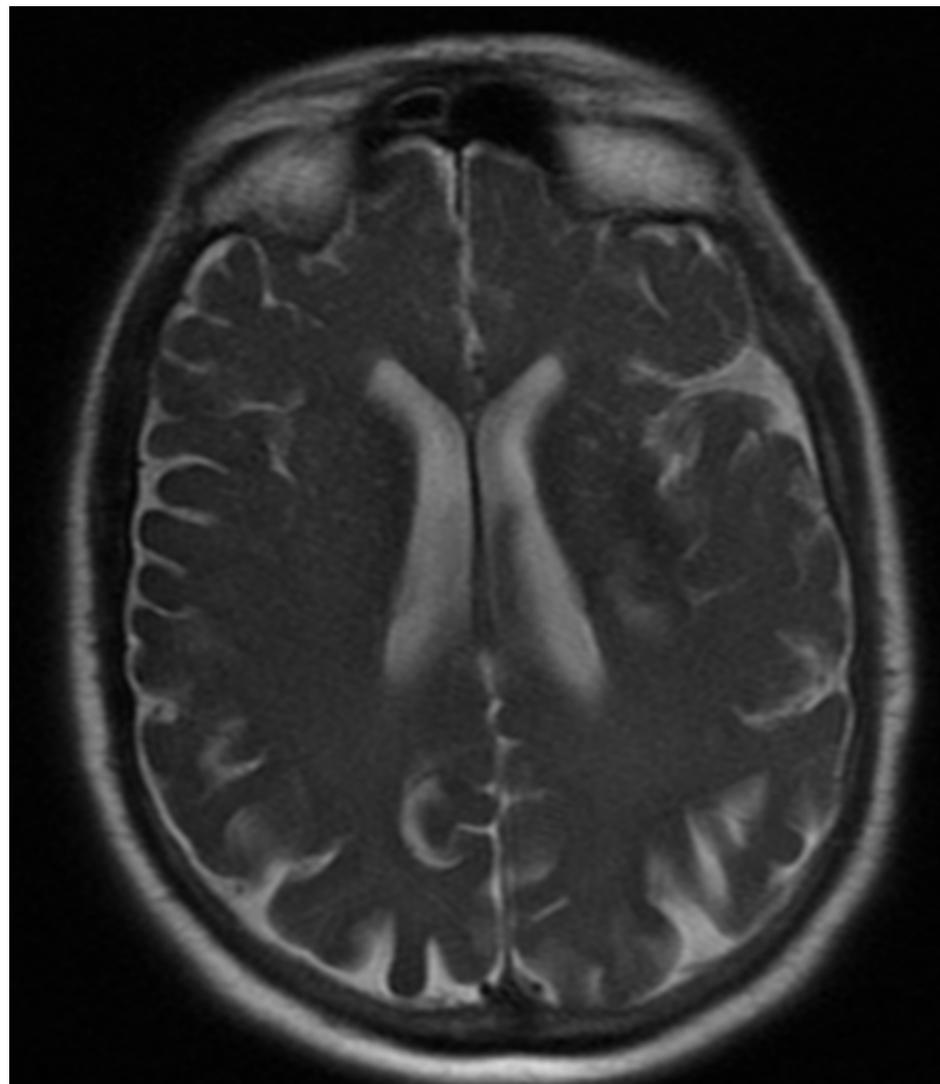
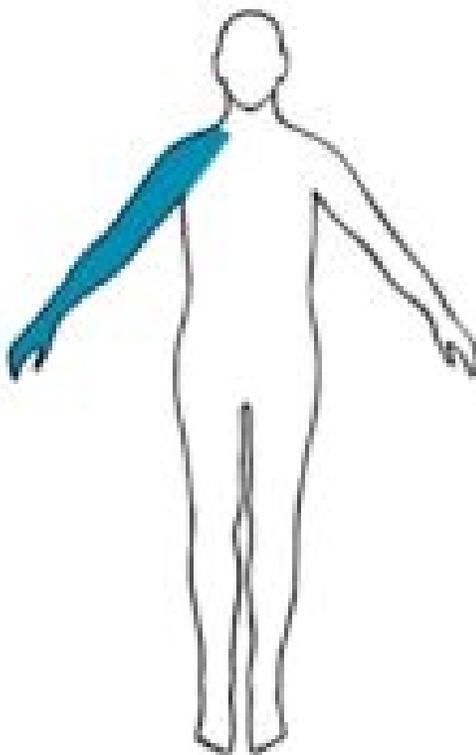
- Citar en consulta externa: Para valorar cierre de la orejuela.
- Suspender la anticoagulación.

Permanece 3 meses sin anticoagulación.

# 2016: Noviembre

- En 3 meses posterior a suspender el anticoagulante por la hemorragia cerebral hace un ictus lenticular izquierdo.
- RM craneal: Infarto agudo talámico izquierdo
  - lesión residual en región lenticular izquierda.

2016: Noviembre

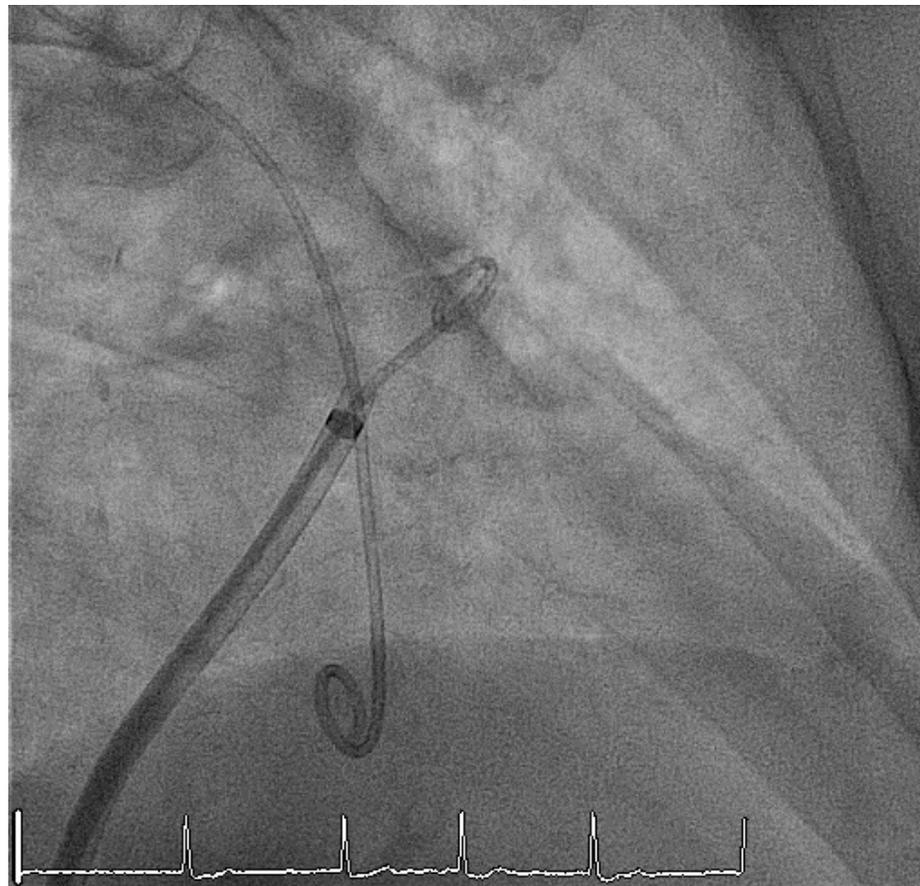
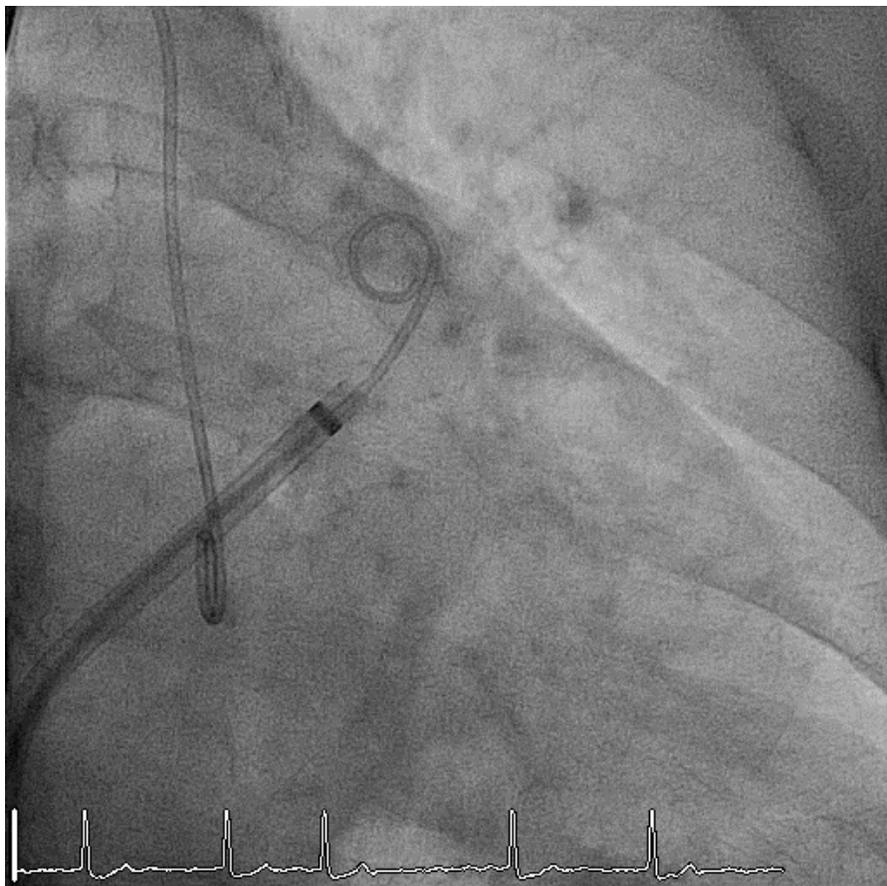


# 2017 Febrero

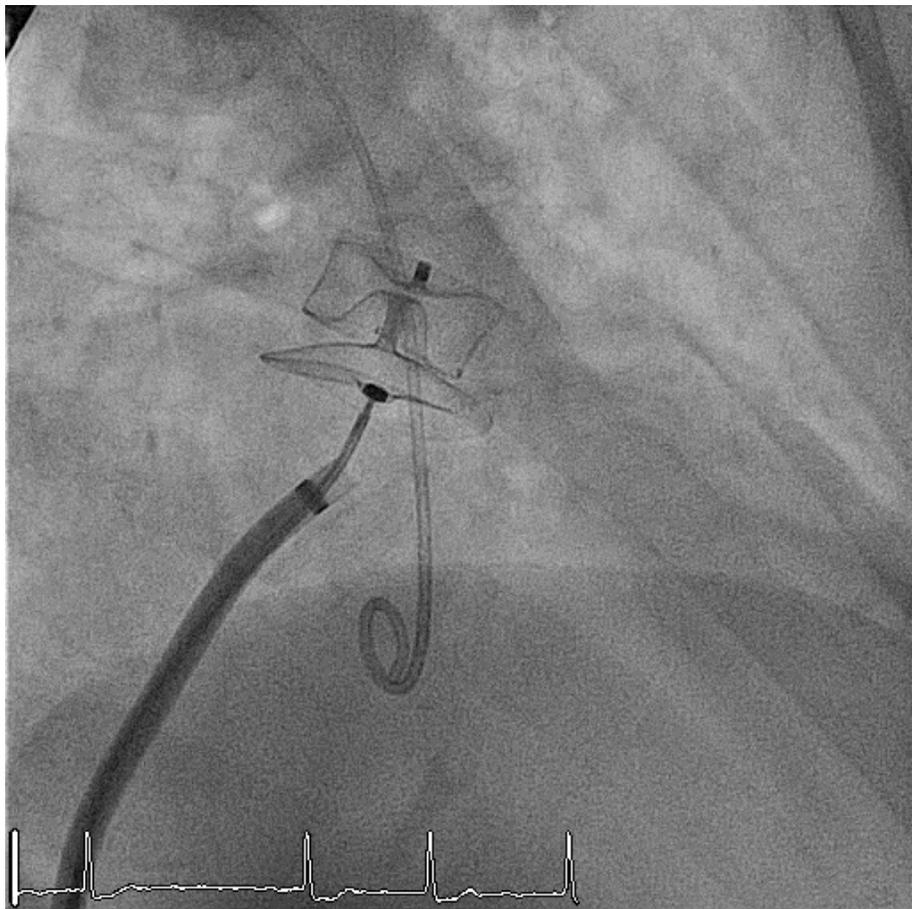
- Anticoagulado con apixaban por 4 meses; hasta que se cerro la OI.
- Se realiza cierre percutáneo de OI con dispositivo Amulet nº 25.

Se suspende apixaban y se inicia AAS y clopidogrel

2017 Febrero



2017 Febrero



## Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración con la EACTS

### 15.7. Anticoagulación para pacientes con fibrilación auricular tras una complicación hemorrágica o un accidente cerebrovascular

Alrededor de un 2% de los pacientes con FA anticoagulados sufrirán 1 evento hemorrágico grave al año. Los datos de estudios observacionales indican que la anticoagulación oral se puede reiniciar incluso después de un evento de hemorragia intracerebral<sup>460,484</sup>. Se necesitan urgentemente estudios con grupo de control que evalúen los diferentes tratamientos anticoagulantes y las intervenciones para la prevención de ACV y proporcionen evidencia sobre el tratamiento más adecuado de los pacientes para los que un evento hemorrágico normalmente conlleva la interrupción de la anticoagulación oral. Algunos estudios están en fase de desarrollo (como el estudio APACHE-AF)<sup>1025</sup>, pero son necesarios estudios con suficiente potencia estadística. Asimismo, se necesitan datos de estudios prospectivos sobre la prevención de los ACV y el riesgo hemorrágico tras la reanudación de la anticoagulación oral de los pacientes que han sufrido un ACV o hemorragia intracraneal.

Para pacientes con FA y episodios de sangrado activo grave, se recomienda interrumpir los ACO hasta que se resuelva la causa del sangrado

I

C

# Anticoagulant Reversal, Blood Pressure Levels, and Anticoagulant Resumption in Patients With Anticoagulation-Related...

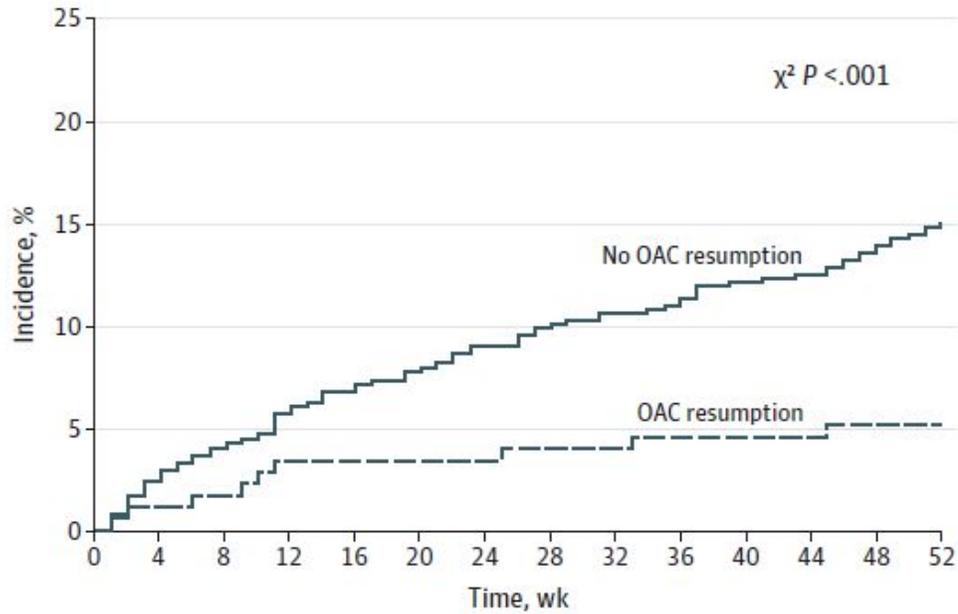
Article in JAMA The Journal of the American Medical Association · February 2015

DOI: 10.1001/jama.2015.0846 · Source: PubMed

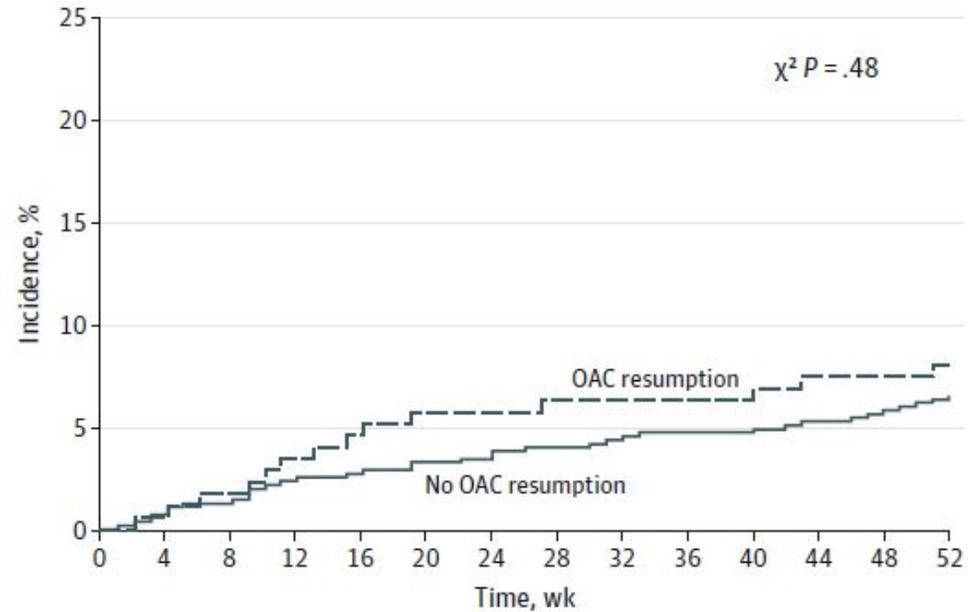
- Incluidos 1175 pacientes con HIC-ACO.
- Tiempo medio de reanudación ACO 31 días (IQR, 18-65)
- Todos anticoagulados con antagonistas de vitamina K.
- Disminución del tamaño del hematoma con INR <1.3 Y PAS <160 a las 4 horas del ingreso.
- Disminuyeron las tasas de ACV isquémicos sin aumentar los eventos hemorrágicos

Figure 4. Crude Incidence Rates of Ischemic and Hemorrhagic Complications During 1-Year Follow-up in Patients With and Without OAC Resumption

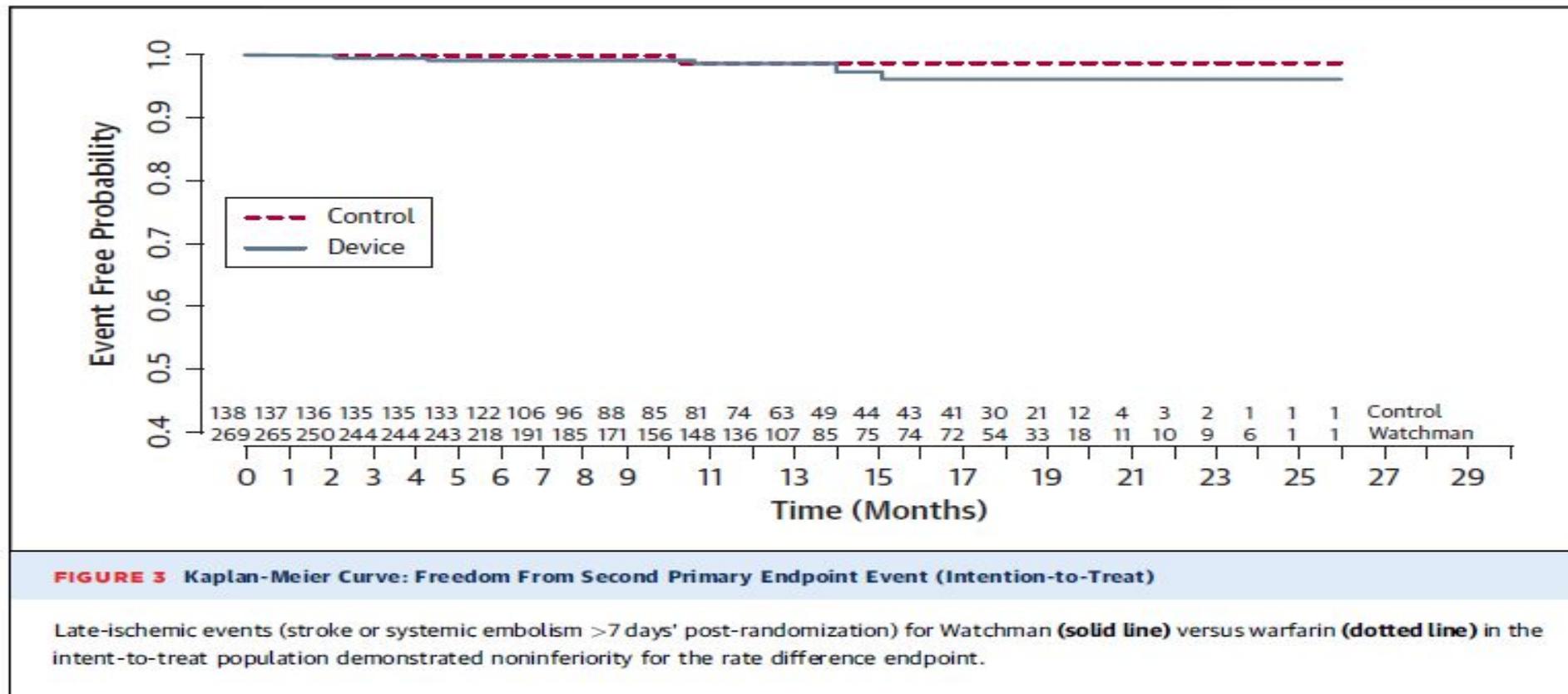
**A** Ischemic events



**B** Hemorrhagic events



Anticoagulant reversal, blood pressure levels, and anticoagulant resumption in patients with anticoagulation-related intracerebral hemorrhage; 2015 Feb 24;313(8):824-36. doi: 10.1001/jama.2015.0846



Prospective Randomized Evaluation of the Watchman Left Atrial Appendage Closure Device in Patients With Atrial Fibrillation Versus Long-Term Warfarin Therapy; VOL . 64 , NO. 1 , 2014

# Bibliografía

- Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración con la EACTS; Rev Esp Cardiol. 2017;70(1):50.e1-e84
- Anticoagulant Reversal, Blood Pressure Levels, and Anticoagulant Resumption in Patients With Anticoagulation-Related Intracerebral Hemorrhage; Joji B. Kuramatsu, MD; Stefan T et al. *JAMA*. 2015;313(8):824-836. doi:10.1001/jama.2015.0846
- Prospective Randomized Evaluation of the Watchman Left Atrial Appendage Closure Device in Patients With Atrial Fibrillation Versus Long-Term Warfarin Therapy The PREVAIL Trial David R. Holmes JR, MD,\* Saibal Kar, MD. VOL . 64 , NO . 1, 2014.