

Orientació del maneig antitrombòtic de la fibril·lació auricular



CURS DE
FORMACIÓ
CONTINUADA

FIBRIL·LACIÓ AURICULAR

Un procés transversal:
des d'Atenció Primària al
"super especialista"



Dr. Fernando Worner Diz

Hospital Universitari Arnau de Vilanova

Lleida



- ¿A quién hay que anticoagular?
- ¿Con qué anticoagular?



¿A quién hay que anticoagular?



CRITERIOS CHADS₂

- **Ins. Cardíaca congestiva**
- **HTA**
- **Edad ≥ 75 años**
- **Diabetes**
- **AVC / AIT / embolia (x2)**

¿A quién hay que anticoagular?

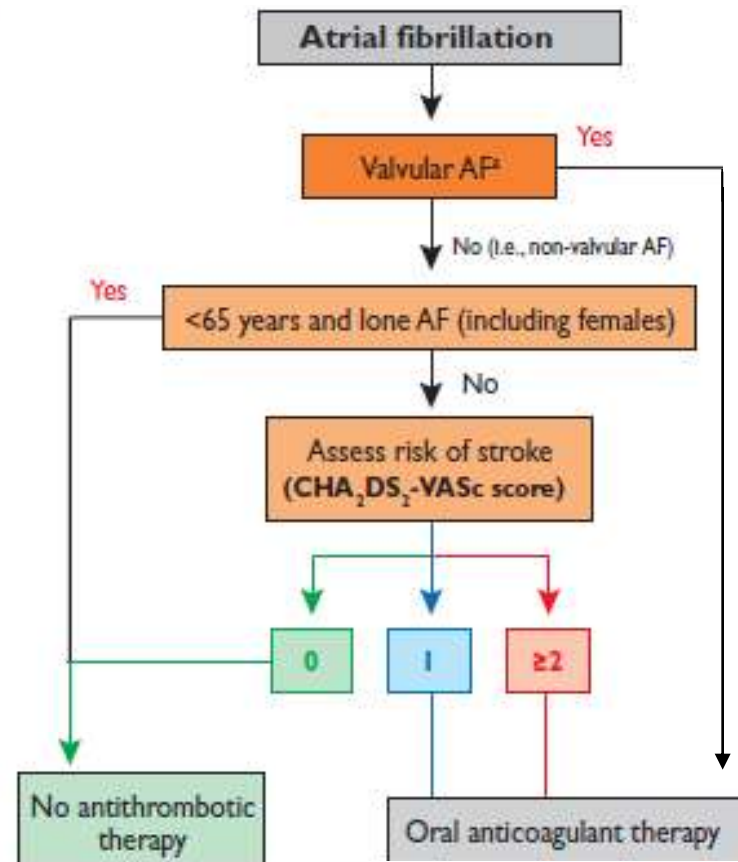


CRITERIOS CHADS₂

- Ins. Cardíaca congestiva
- HTA
- Edad ≥ 75 años
- Diabetes
- AVC / AIT / embolia (x2)

CRITERIOS CHA₂DS₂-VASc

- Ins. Cardíaca congestiva
- HTA
- Edad ≥ 75 años (x2)
- Diabetes
- AVC / AIT / embolia (x2)
- Enfermedad vascular
- Edad 65 -74 años
- Sexo femenino

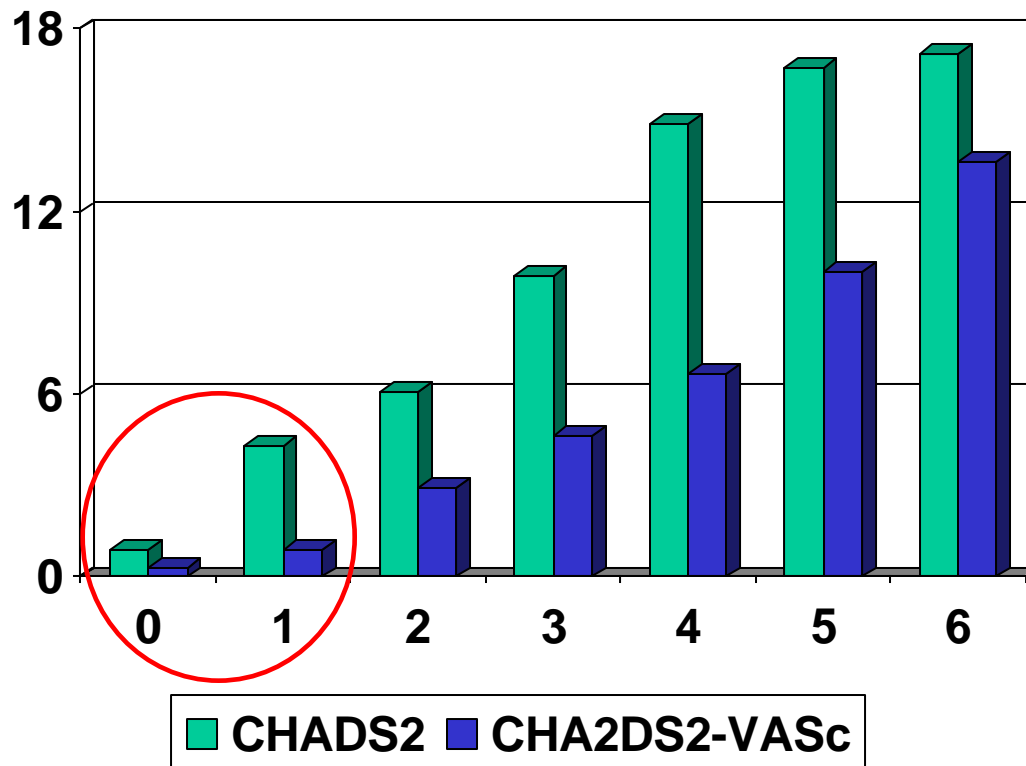


¿A quién hay que anticoagular?

Registro Sueco de FA

182.678 pacientes

% AVC, TIA, emb. per. / año en 90.490 pacientes no anticoagulados



Friberg L. et al. Eur Heart J 2012;33:1500-1510

¿A quién hay que anticoagular?

¿Conocemos cuál es el valor de corte para obtener un **Beneficio Clínico Neto**?



¿A quién hay que anticoagular?

Risks of thromboembolism and bleeding with thromboprophylaxis in patients with atrial fibrillation: A net clinical benefit analysis using a 'real world' nationwide cohort study

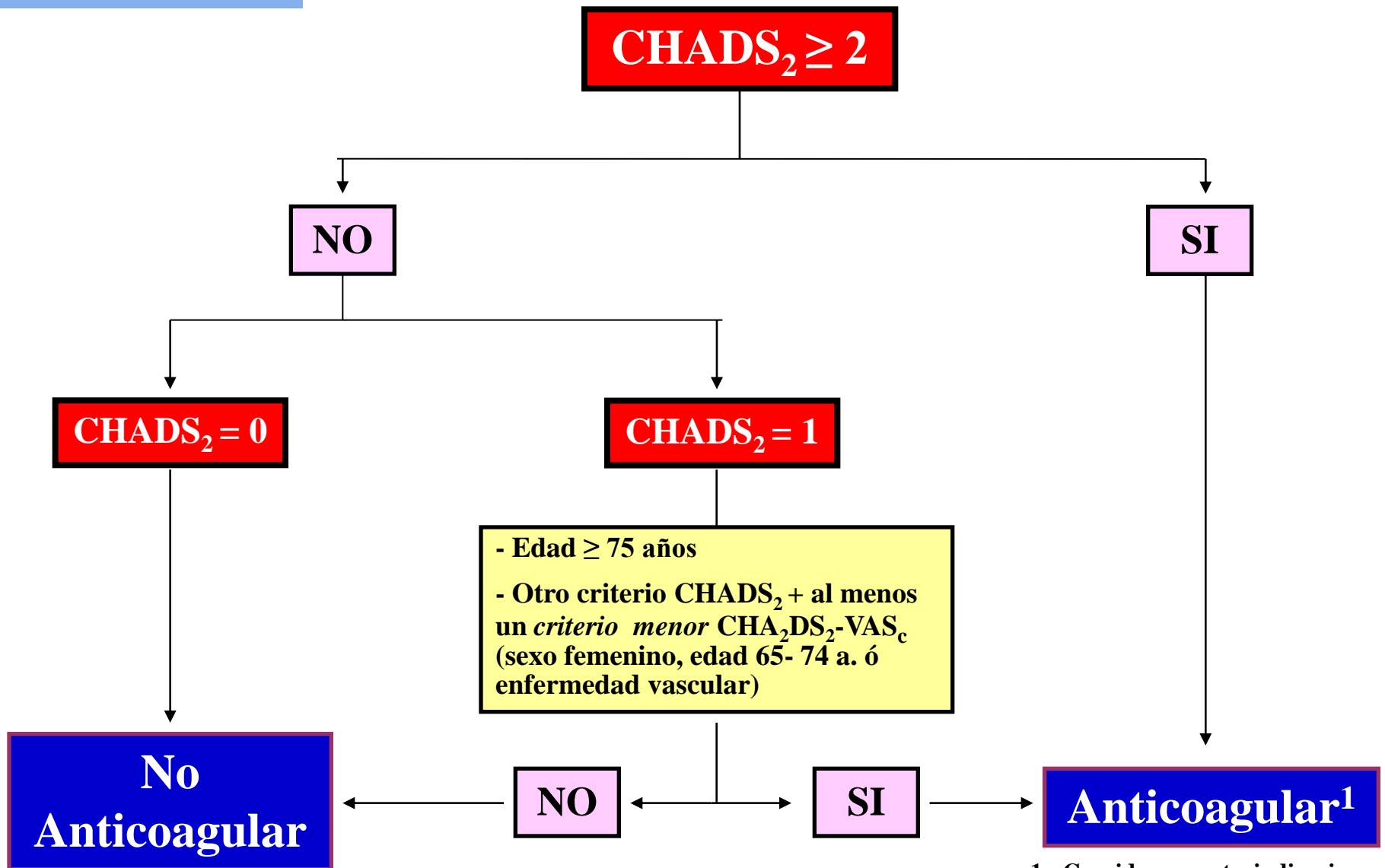
	Stroke				VKA	
	Ischaemic		Haemorrhagic		HAS-BLED score	
	N (%)	Person to years at risk	N (%)	Person to years at risk	Score ≤2	Score ≥3
CHADS₂						
Score 0	323 (1.0)	157,279	184 (0.6)	157,511	-0.02 (-0.09 to 0.06)	0.19 (-1.39 to 1.77)
Score 1	1,853 (3.9)	169,755	436 (0.9)	170,606	0.84 (0.70 to 0.99)	0.56 (0.16 to 0.95)
Score 2-6	5,034 (7.9)	180,237	761 (1.2)	182,250	1.95 (1.70 to 2.20)	2.68 (2.33 to 3.04)
CHA₂DS₂-VASc						
Score 0	46 (0.4)	66,020	32 (0.3)	66,076	-0.11 (-0.20 to -0.03)	-
Score 1	170 (0.9)	86,370	108 (0.6)	86,474	-0.02 (-0.15 to 0.11)	0.25 (-0.86 to 1.36)
Score 2-9	6,994 (6.2)	354,881	1,241 (1.1)	357,817	1.19 (1.07 to 1.32)	2.21 (1.93 to 2.50)

Beneficio Clínico Neto

(AVC isquémico vs. hemorragia cerebral)

PUNTUACION	0	1	≥ 2
CHADS-2	-	+ (+/-)	+
CHA2DS2-VASc	-	-	+

¿A quién hay que anticoagular?



1.- Considerar contraindicaciones

E. Pueo et al. Rev Esp Cardiol 2014;67:417-418

Orientación del manejo antitrombótico de la F.A.

- ¿A quién hay que anticoagular?
- **¿Con qué anticoagular?**



¿Con qué hay que anticoagular?

CUMARINICOS

nACOs



¿Con qué hay que anticoagular?

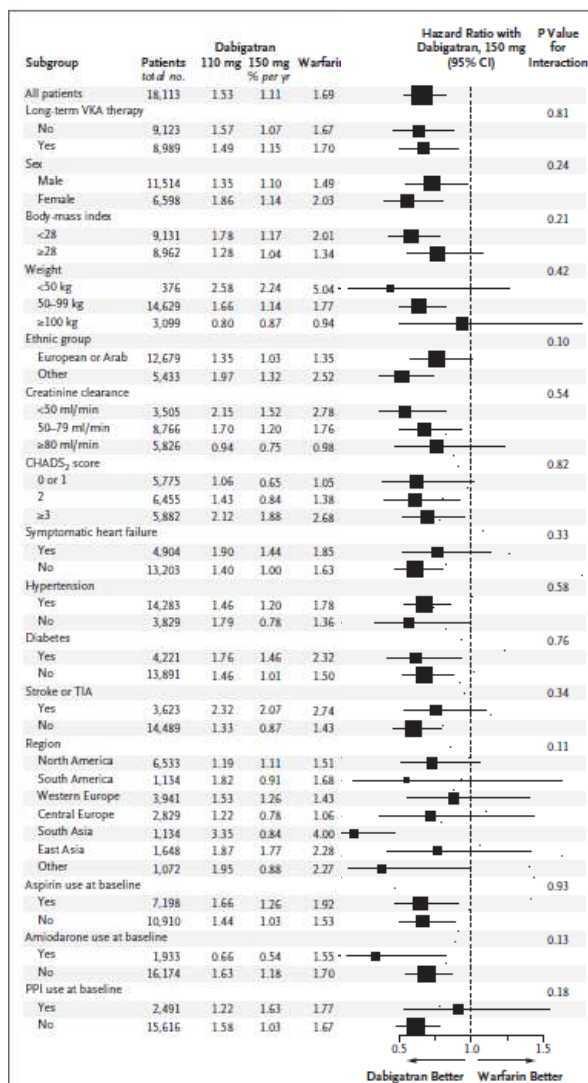
Conclusiones generales de los estudios con nACO

- Todos muestran **NO** inferioridad en eficacia frente a warfarina
- Ninguno incrementa las hemorragias mayores frente a warfarina
- Todos reducen las hemorragias intracraneales frente a warfarina

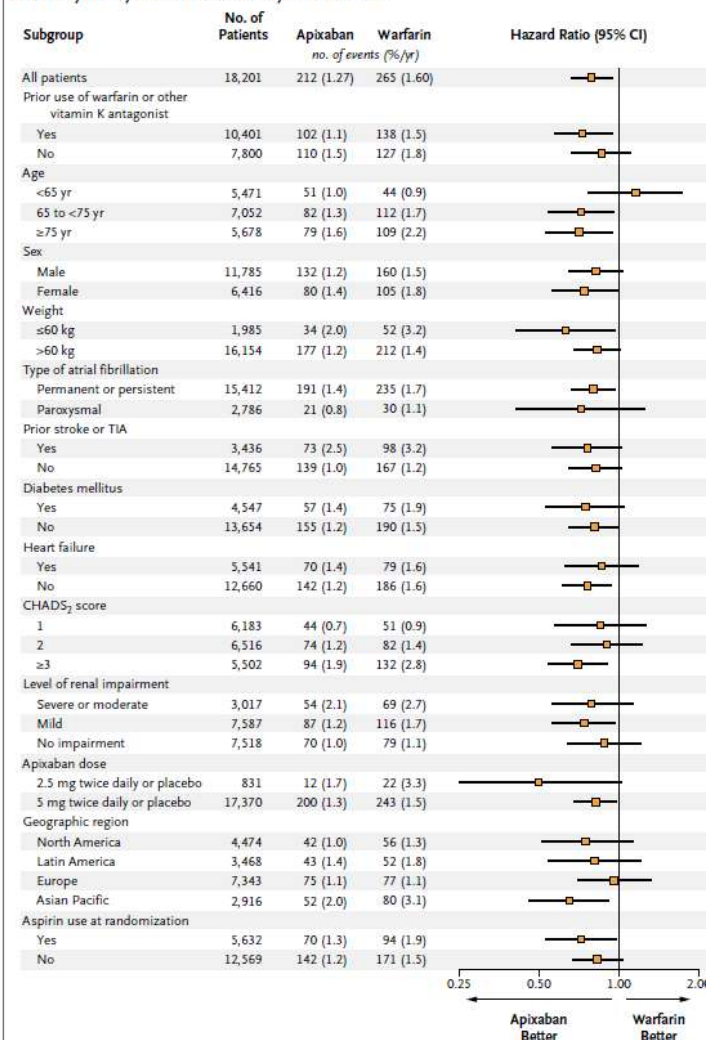
¿Por qué no anticoagular a todos los pacientes con nACO?

¿Con qué hay que anticoagular?

EFICACIA

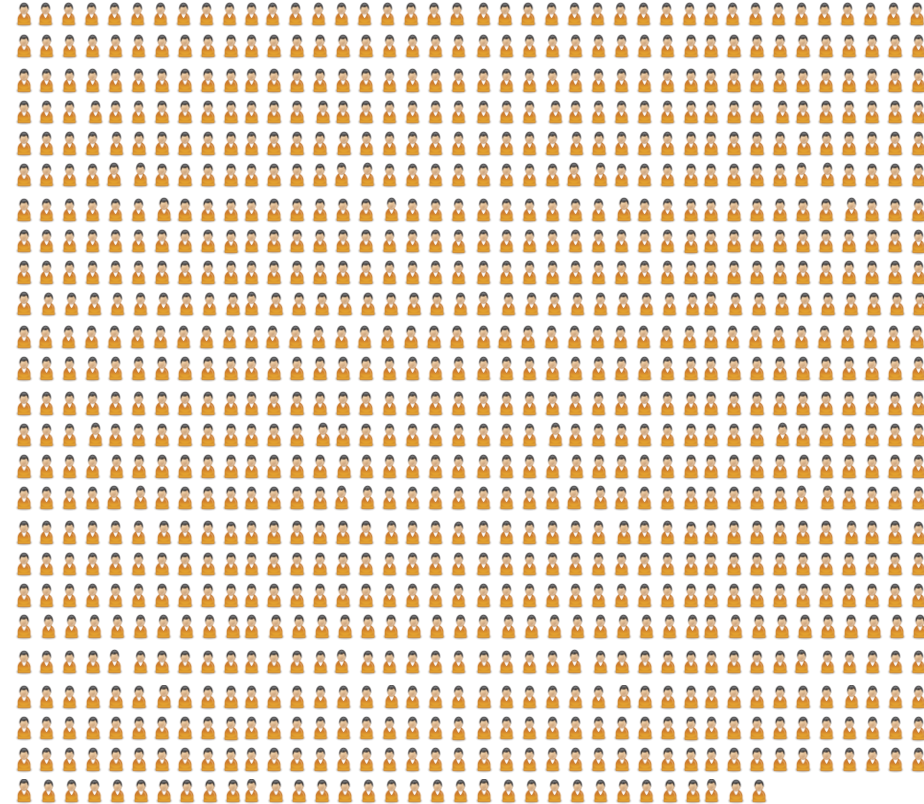


A Primary Efficacy Outcome: Stroke and Systemic Embolism



¿Con qué hay que anticoagular?

Tratamiento 1000 pacientes / año

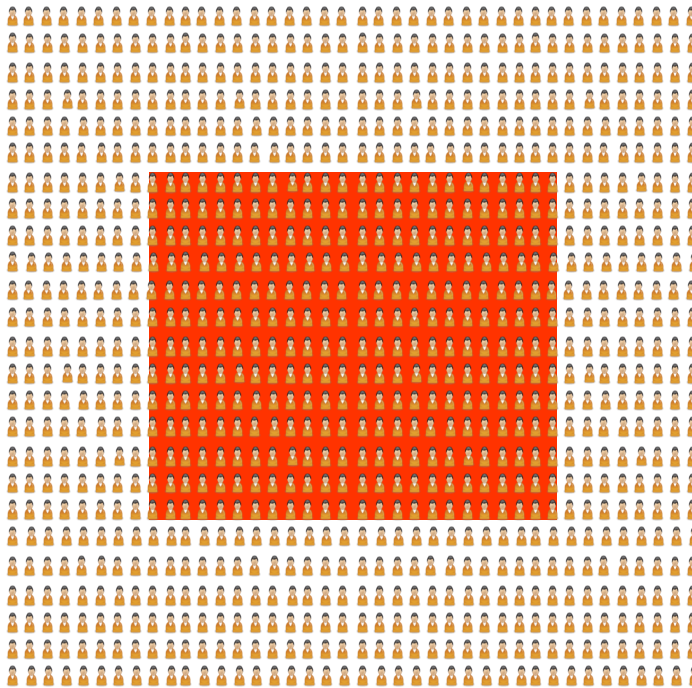


Viva la p... (estadística) !!!

¿Con qué hay que anticoagular?



Mayor beneficio nACOs



- **Mal control de INR**
- **Eventos bajo tto. con cumarínicos**
- **Mayor riesgo embólico**
- **Precardioversión**

¿Con qué hay que anticoagular?

CUMARINICOS

nACOs

- Dabigatrán
- Rivaroxabán
- Apixabán



**No es lo mismo ser de la misma clase,
que ser “el primero de la clase”.**

¿Con qué anticoagular?

Resultados de los estudios (% por año)

	Dabigatrán (RE-LY)		Rivaroxabán (ROCKET-AF)	Apixabán (ARISTOTLE)
	D 150 mg	D 110 mg	R (20 ó 15 mg)	A. (5 ó 2,5 mg)
AVC / embolia sistémica	(NNT 172)			(NNT 303)
Hem. Mayor				
Hem. Intracraneal	(NNT 227)	(NNT 196)	(NNT 500)	(NNT 212)



Superioridad respecto
a warfarina



No inferioridad
respecto a warfarina

Mis conclusiones

1.- La indicación de anticoagulación en la FA no valvular debería identificar a los pacientes que van a obtener un Beneficio Clínico Neto. La clasificación CHA₂DS₂-VASc ayuda a conocer qué pacientes CHADS₂=1 lo pueden conseguir.

2.- Los nACOs son más cómodos y no inferiores a la warfarina. En algunos casos han demostrado una ligera superioridad en eficacia y/o seguridad. En los casos en que esté justificado su uso (principalmente mal control del INR) debe utilizarse el más apropiado para el perfil de cada paciente.