

# ACxFA según ESC

Actualización 2016

---

LAURA JUAN GOMIS

R3 CS RAFALAFENA

TUTORA: MD AICART



# ÍNDICE

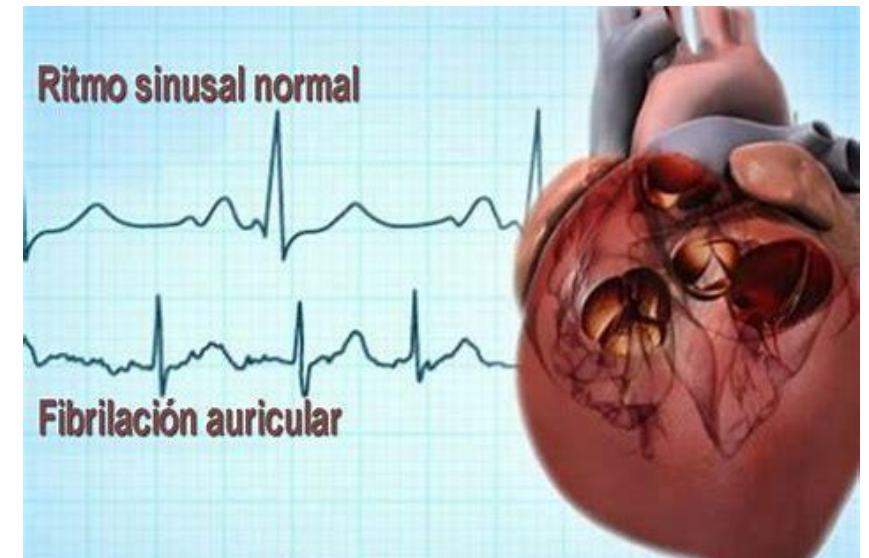
---

1. Introducción
2. Detección FA
3. Patrones FA
4. Carga sintomática
5. Evaluación recomendada
6. FR y ECV concomitantes
7. Evaluación del riesgo ACV
8. Riesgo de sangrado
9. Elección ACO: Prevención 1ª ACV
10. TTO con antiagregantes
11. Prevención 2ª ACV
12. Sangrado activo en pacientes con ACO
13. Control FC
14. Control del ritmo
15. Bibliografía

# 1- Introducción:

---

- En pocos años la presentarán el 3% de los adultos en Europa
- Mayor prevalencia en personas mayores y pacientes HTA, IC, EAC, valvulopatía, obesidad, DM o ERC
- Gran morbimortalidad:
  - El 20-30% de todos los ACV se deben a la FA.
  - Cada año se hospitaliza al 10-40% de los pacientes con FA



## 2- Detección FA:

ACxFA puede ser  
sintomática o “silente”

Recomendaciones	Clase <sup>a</sup>	Nivel <sup>b</sup>	Ref <sup>c</sup>
Se recomienda el cribado oportunista de la FA mediante la palpación del pulso o tiras de ritmo de ECG para pacientes mayores de 65 años	I	B	130,134, 155
Para pacientes con AIT o ACV isquémico, se recomienda el cribado de FA mediante ECG a corto plazo seguido de monitorización electrocardiográfica continua durante al menos 72 h	I	B	27,127
Se recomienda revisar regularmente el marcapasos o DAI en busca de AHRE. Se debe monitorizar a los pacientes con AHRE también con ECG para documentar la FA antes de iniciar el tratamiento de esta enfermedad	I	B	141,156

# 3- Patrones de Fibrilación Auricular:

---

- **FA paroxística:** Autolimitada, en la mayoría de los casos en 48h. Hasta 7 días
- **FA persistente:** > 7 días, incluidos los episodios que terminan por cardioversión después de 7 o más días.
- **FA persistente de larga duración:** > o igual a 1 año tras estrategia de control del ritmo
- **FA permanente:** El paciente y el médico la asumen. No se adoptan medidas para el control del ritmo

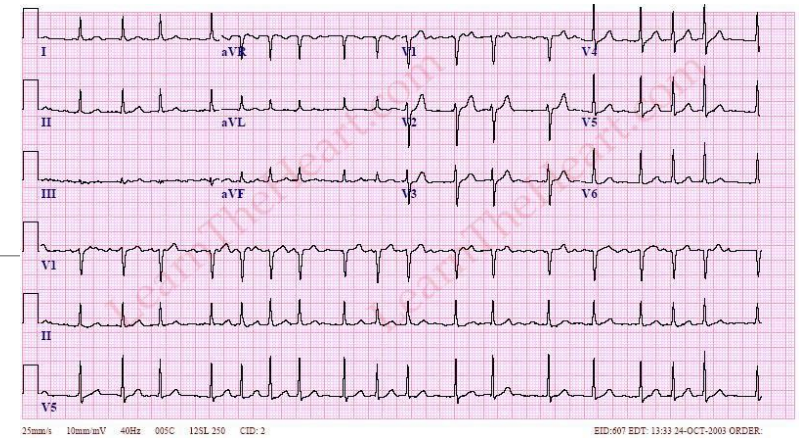
# 4- Carga sintomática

---

- 25-40% de los pacientes con FA no tienen síntomas o estos son leves
- 15-30% refiere síntomas graves o discapacitantes
- La **escala modificada de la EHRA**: Guiar el tratamiento orientado por los síntomas.

Escala de la EHRA modificada	Síntomas	Descripción
1	Ninguno	La FA no causa síntoma alguno
2a	Leves	La actividad diaria normal no está afectada por los síntomas de la FA*
2b	Moderados	La actividad diaria normal no está afectada por los síntomas de la FA, pero los síntomas suponen un problema para el paciente
3	Graves	La actividad diaria normal está afectada por los síntomas de la FA
4	Discapacitantes	Se interrumpe la actividad diaria normal

# 5. Evaluación recomendada



## ATENCIÓN INTEGRAL

- 1- Historia médica completa, examen físico y evaluación de enfermedades concomitantes
- 2- ECG 12 derivaciones: Necesario para establecer el dx, determinar la FC, explorar la presencia de defectos de conducción, isquemia y signos de cardiopatía estructural.
- 3- Analítica sanguínea: Función renal, tiroidea y electrolitos séricos
- 4- Ecocardio transtorácica: Identificar enfermedad estructural (valvulopatías), evaluar la función (sistólica y diastólica), el tamaño del VI y de las aurículas así como la función del corazón derecho. **Guiar TTO**

# 6- FR y ECV concomitantes:

---

## ■ Insuficiencia Cardíaca:

- Peor pronóstico, tanto con (FEVI) conservada (50%) como con FEVI reducida (<40%)
- Menor incidencia de la FA de nueva aparición en pacientes tratados con **IECA/ARA-II**
- **Control de la FC:** solo los **bloqueadores beta y la digoxina** son apropiados para la IC-FEr debido al potencial inotrópico negativo del verapamilo y el diltiazem
- **¡OJO!** El inicio de B-bloqueantes se debe retrasar en pacientes con IC descompensada de forma aguda y la digoxina puede tener efectos adversos en pacientes con disfunción renal

## ■ HTA:

- Aumenta el riesgo de ACV y complicaciones hemorrágicas
- Puede llevar a la FA recurrente
- **IECA/ARA II** tienen un efecto beneficioso. Menor incidencia de FA de nueva aparición

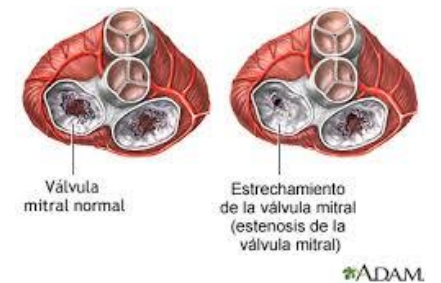


## ■ Valvulopatías:

- 30% de los pacientes con FA
- Aumento del riesgo tromboembólico y de ACV
- Si disfunción valvular grave, se puede considerar la FA como un **marcador del progreso de la enfermedad** que aconsejaría la **reparación o el reemplazo valvular**
- **“FA valvular”**: Pacientes con FA que tienen valvulopatía reumática (**estenosis mitral**) o **válvulas cardíacas mecánicas**.

## ■ Diabetes Mellitus:

- Coexisten debido a su asociación con otros FR
- FR de ACV y otras complicaciones de la FA
- Control glucémico intensivo **NO** influye en la tasa de FA de nueva aparición.
- Tratamiento con **metformina** parece asociado con una disminución del riesgo a largo plazo de FA y ACV



## ■ ERC:

- FA presente en 15-20% de pacientes con ERC
- Evaluar la FR en todo paciente con FA para detectar ER y ajustar dosis de TTO (Evidencia IA)

## ▪ **Obesidad:**

- Aumenta el riesgo de FA, con incremento progresivo según IMC
- FR de ictus isquémico, tromboembolia y muerte para los pacientes con FA
- Se debe considerar la pérdida de peso junto con el tratamiento de otros FR para reducir la carga y los síntomas de la FA (*Recomendación IIa*)

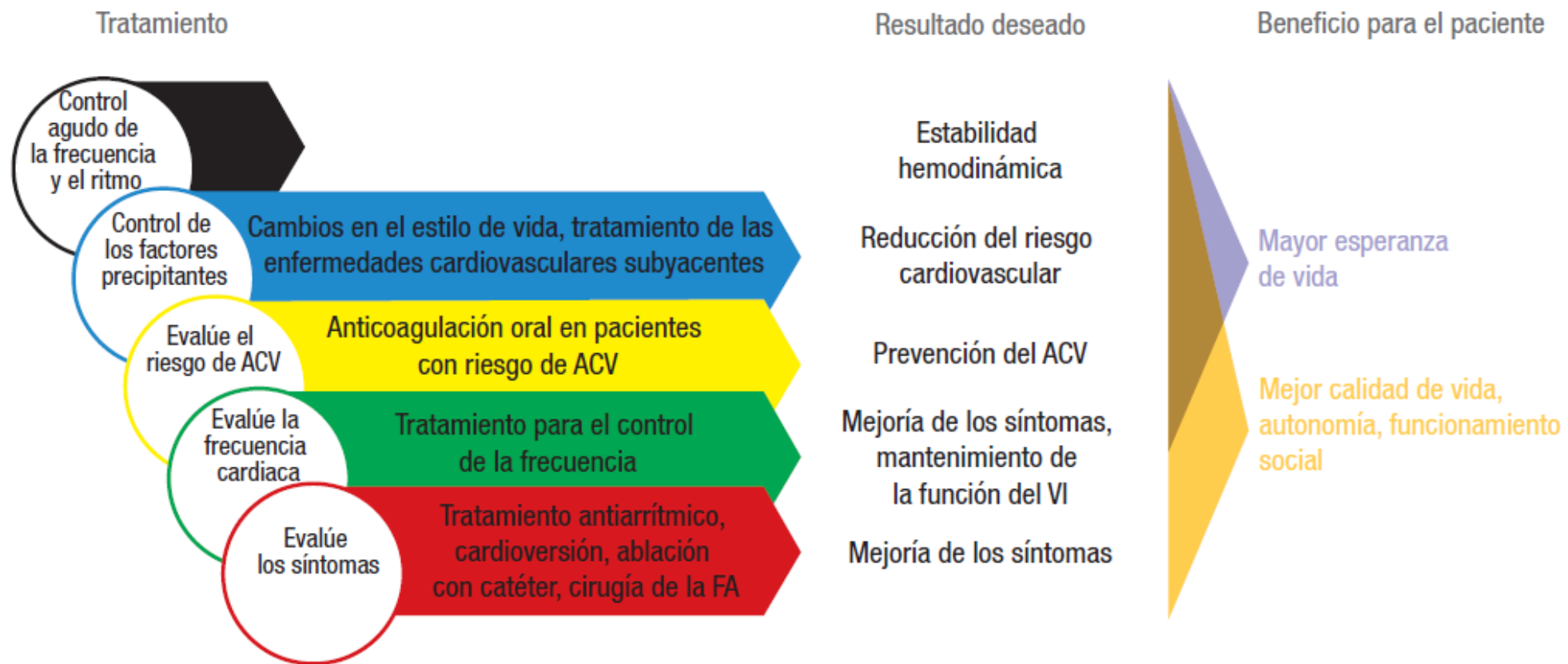
## ▪ **EPOC:**

- **Teofilinas y agonistas B-adrenérgicos**, pueden precipitar la FA y dificultar el control de la frecuencia ventricular.
- **B-bloqueadores no selectivos** (sotalol, propafenona y adenosina), emplearse con precaución en pacientes con broncoespasmo, pero son seguros en los pacientes con EPOC.

## ▪ **SAOS:**

- La FA se ha asociado a SAOS.
- Control de los FR y la ventilación con presión positiva continua pueden reducir las recurrencias de la FA

Recomendaciones	Clase <sup>a</sup>	Nivel <sup>b</sup>
Se debe considerar la <b>corrección de la hipoxemia y la acidosis como parte del tratamiento inicial de los pacientes que contraen FA</b> durante una enfermedad pulmonar aguda o la exacerbación de la EPOC	IIa	C
Se debe buscar <b>signos de apnea del sueño en todo paciente con FA</b>	IIa	B
Se debe optimizar el tratamiento de la AOS para reducir la recurrencia de la FA y mejorar los efectos del tratamiento de esta	IIa	B



**Figura 5.** Tratamiento agudo y crónico de los pacientes con fibrilación auricular, resultados cardiovasculares deseados y beneficios para los pacientes. Adaptada del informe de la Cuarta Conferencia de Consenso de la AFNET/EHRA<sup>76</sup>. FA: fibrilación auricular; VI: ventrículo izquierdo.

## 7. Evaluación riesgo ACV:

CHA2DS2-VASc  $\geq 2$  en los varones y  
 $\geq 3$  en las mujeres  
recomendación IA



**ACO**

*No parece que el sexo femenino  
aumente el riesgo de ACV en ausencia  
de otros FR*

Factor de riesgo CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc	Puntos
<b>Insuficiencia cardiaca congestiva</b> Signos/síntomas de IC o evidencia objetiva de FEVI reducida	+1
<b>Hipertensión</b> Presión arterial en reposo > 140/190 mmHg en al menos 2 ocasiones o tratamiento antihipertensivo en curso	+1
<b>Edad <math>\geq 75</math> años</b>	+2
<b>Diabetes mellitus</b> Glucosa en ayunas > 125 mg/dl (7 mmol/l) o tratamiento hipoglucemiante oral y/o insulina	+1
<b>ACV, AIT o tromboembolia previos</b>	+2
<b>Enfermedad vascular</b> Infarto de miocardio, enfermedad arterial periférica o placa aórtica previos	+1
<b>Edad entre 65 y 74 años</b>	+1
<b>Categoría de sexo (femenino)</b>	+1

# 8. Riesgo de sangrado:

Escala **HAS-BLED**, escala ORBIT y escala ABC (edad, biomarcadores e historia clínica)



Puntuación de riesgo de sangrado alta NO debería ser CI para ACO

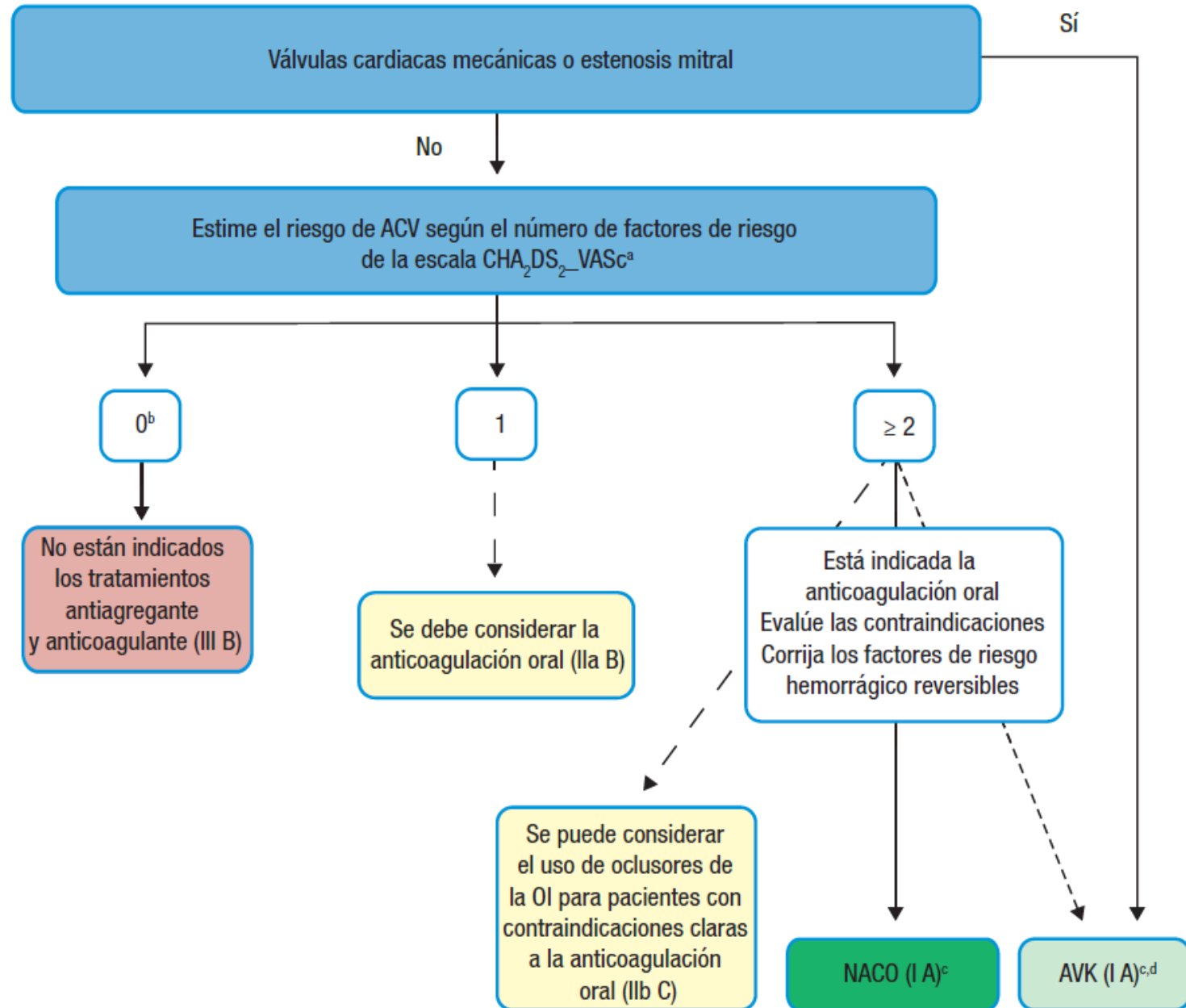
Se deben identificar los FR y corregir los que sean tratables

## Escala HAS-BLED

Letra	Característica clínica	Puntuación	Definición
H	Hipertensión	1	Presión arterial sistólica > 160 mmHg
A	Función renal y hepática alteradas (1 punto por cada una)	1 ó 2	Función renal alterada: diálisis, trasplante renal o creatinina > 200 µmol/l Función hepática alterada: enfermedad hepática crónica o alteración analítica significativa (Br > 2 veces, transaminasas > 3 veces)
S	Accidente cerebrovascular (stroke)	1	
B	Sangrado ( <i>bleeding</i> )	1	Historia previa de sangrado o predisposición al sangrado
L	INR lábil	1	INR poco tiempo en intervalo terapéutico (p. ej., < 60 %)
E	Edad avanzada (> 65)	1	
D	Fármacos o alcohol (1 punto por cada uno) ( <i>drugs</i> )	1 ó 2	Uso concomitante de AINE, antiagregantes, etc. Abuso de alcohol

# 9. ELECCIÓN ACO:

## Prevención 1a



# Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis of randomised trials

*Christian T Ruff, Robert P Giugliano, Eugene Braunwald, Elaine B Hoffman, Naveen Deenadayalu, Michael D Ezekowitz, A John Camm, Jeffrey I Weitz, Basil S Lewis, Alexander Parkhomenko, Takeshi Yamashita, Elliott M Antman*

## Summary

**Background** Four new oral anticoagulants compare favourably with warfarin for stroke prevention in patients with atrial fibrillation; however, the balance between efficacy and safety in subgroups needs better definition. We aimed to assess the relative benefit of new oral anticoagulants in key subgroups, and the effects on important secondary outcomes.

(42.411 pacientes tratados con un NACO y 29.272 pacientes tratados con Warfarina)

- NACO en altas dosis redujeron significativamente las tasas de ACV o embolia sistémica en un 19% respecto a Warfarina, debido a la reducción de los ACV hemorrágicos.
- Mortalidad fue un 10% menor entre los pacientes aleatorizados al tratamiento con NACO
- Hemorragia IC se redujo a la mitad.
- **Complicaciones de sangrado GI fueron más frecuentes**

## Escala SAME-TT2 R2: Predecir la respuesta ACO de AVK

ACRÓNIMO	DEFINICIÓN	PUNTOS
S	Sexo (femenino)	1
A	Edad (<60años)	1
Me	Historia Médica*	1
T	TTO interaccionan	1
T	Tabaco (últimos años)	2
R	Raza (no caucásica)	2

\*Dos o más de los siguientes: HTA, DM, enfermedad arterial coronaria, enfermedad arterial periférica, IC congestiva, ACV previo, enfermedad renal, hepática o renal

0-1 punto (buena respuesta acenocumarol, warfarina)

>2 puntos (TTR inadecuado)



# 10. TTO con ANTIAGREGANTES

---

La combinación de anticoagulantes orales y antiagregantes aumenta el riesgo de sangrado y debe evitarse en pacientes con FA que no tienen otra indicación para la inhibición plaquetaria

III  
(perjudicial)

Para pacientes de ambos sexos con FA que no tienen otros factores de riesgo de ACV, no se recomienda el tratamiento anticoagulante o antiagregante para la prevención de ACV

III  
(perjudicial)

No se recomienda el tratamiento antiplaquetario en monoterapia para la prevención de ACV en pacientes con FA, independientemente del riesgo de ACV

III  
(perjudicial)

No se recomiendan los NACO (apixabán, dabigatrán, edoxabán o rivaroxabán) para pacientes con válvulas cardíacas mecánicas (nivel de evidencia B) o estenosis mitral de moderada a grave (nivel de evidencia C)

III  
(perjudicial)

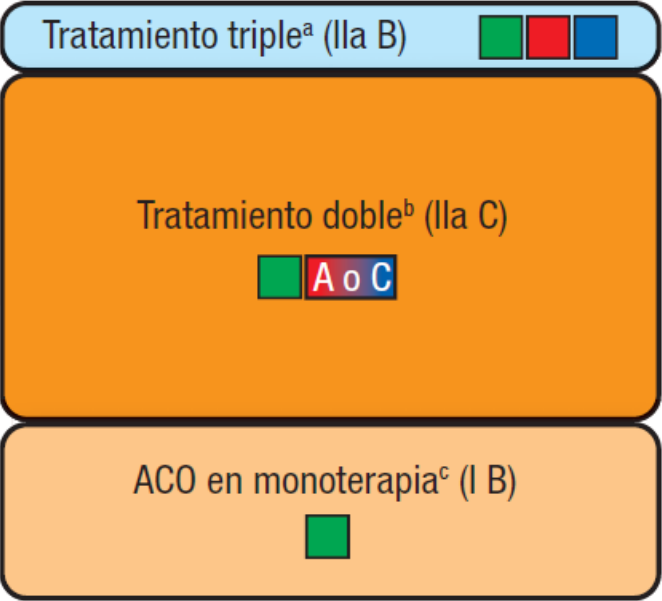
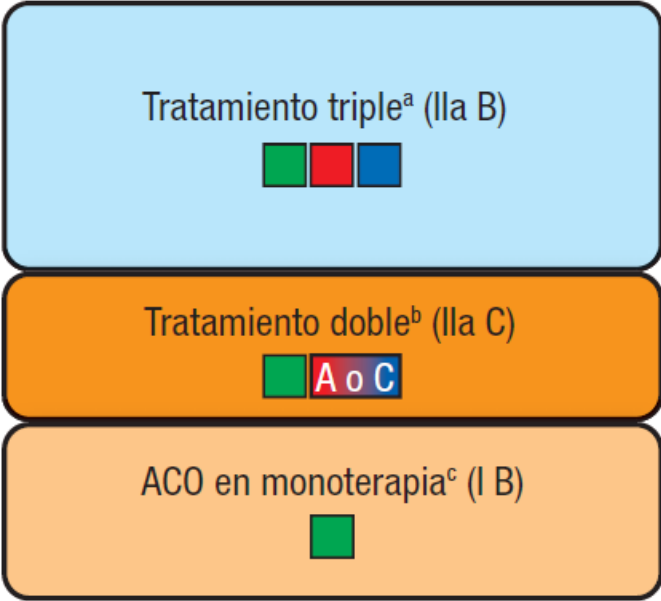
Pacientes con FA que requieren ACO tras un SCA

Riesgo bajo de sangrado comparado con el riesgo de SCA o trombosis del *stent*

Riesgo alto de sangrado comparado con el riesgo de SCA o trombosis del *stent*

Tiempo transcurrido desde el SCA

0  
1 mes  
3 meses  
6 meses  
12 meses  
Crónico



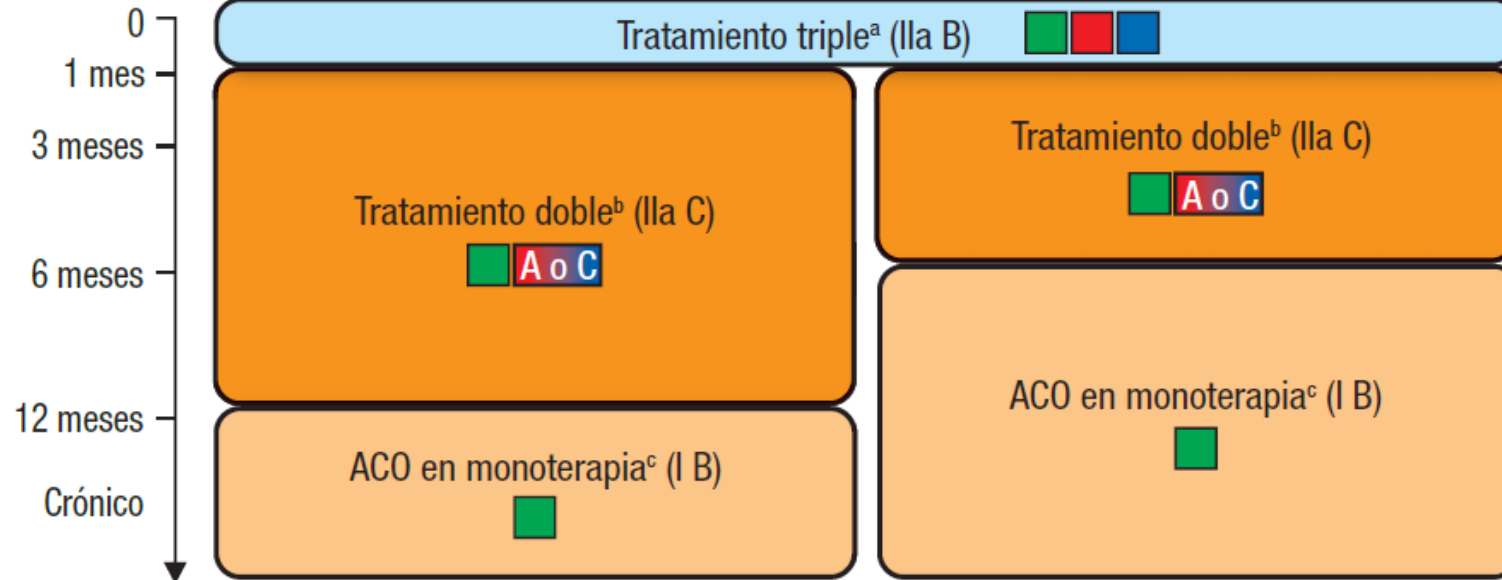
■ ACO    ■ AAS 75-100 mg/día    ■ Clopidogrel 75 mg/día

Pacientes con FA que requieren ACO tras una ICP electiva con implante de *stents*

Riesgo bajo de sangrado comparado con el riesgo de SCA o trombosis del *stent*

Riesgo alto de sangrado comparado con el riesgo de SCA o trombosis del *stent*

Tiempo transcurrido desde la ICP



# 11: Prevención 2ª ACV:

---

## ▪ TTO AGUDO:

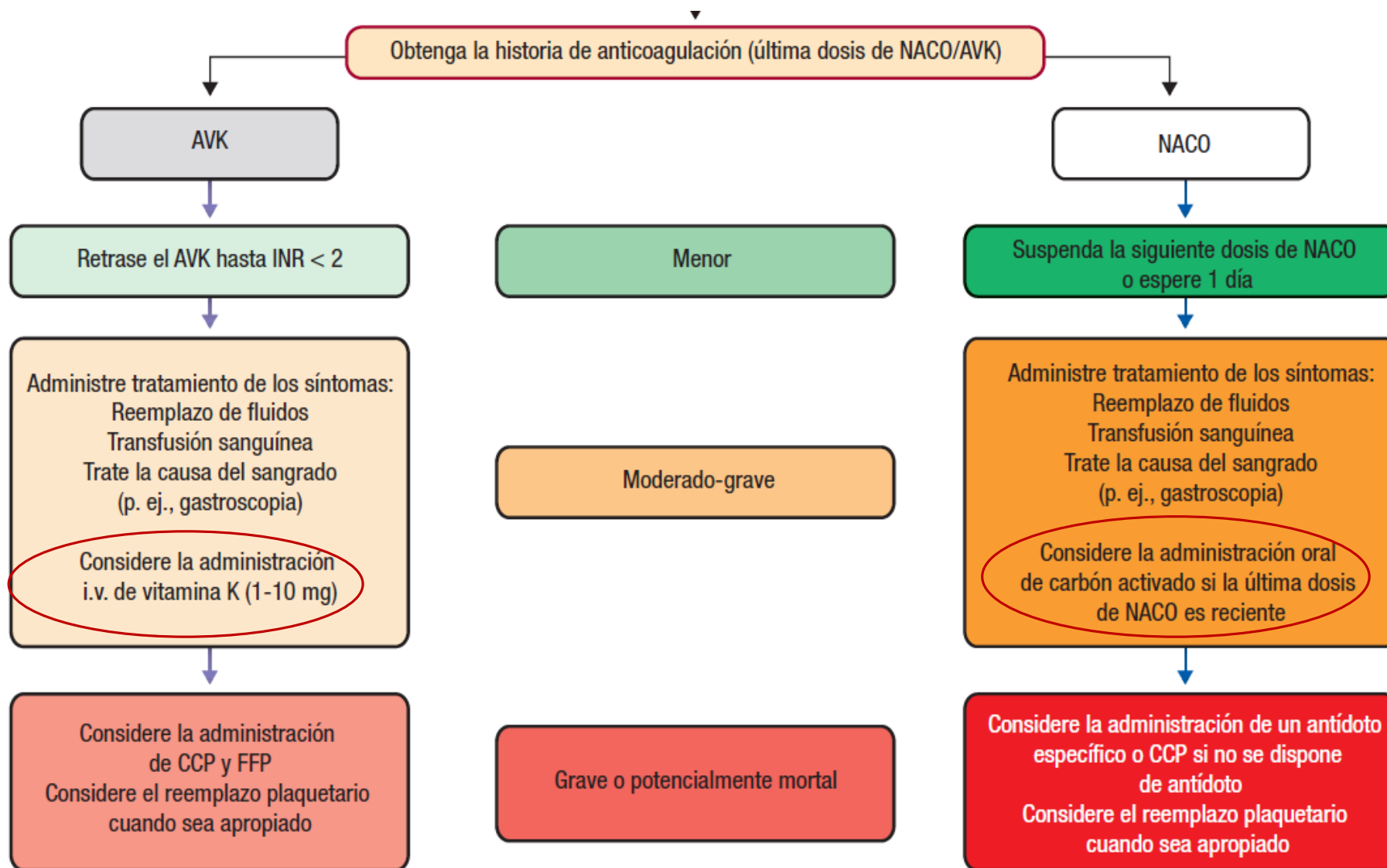
- Trombólisis sistémica con un activador tisular del plasminógeno recombinante (**r-TPA**): TTO para el ictus isquémico agudo en pacientes atendidos en las **primeras 4,5 h desde la aparición de los síntomas**

### - CI para los pacientes en TTO con ACO

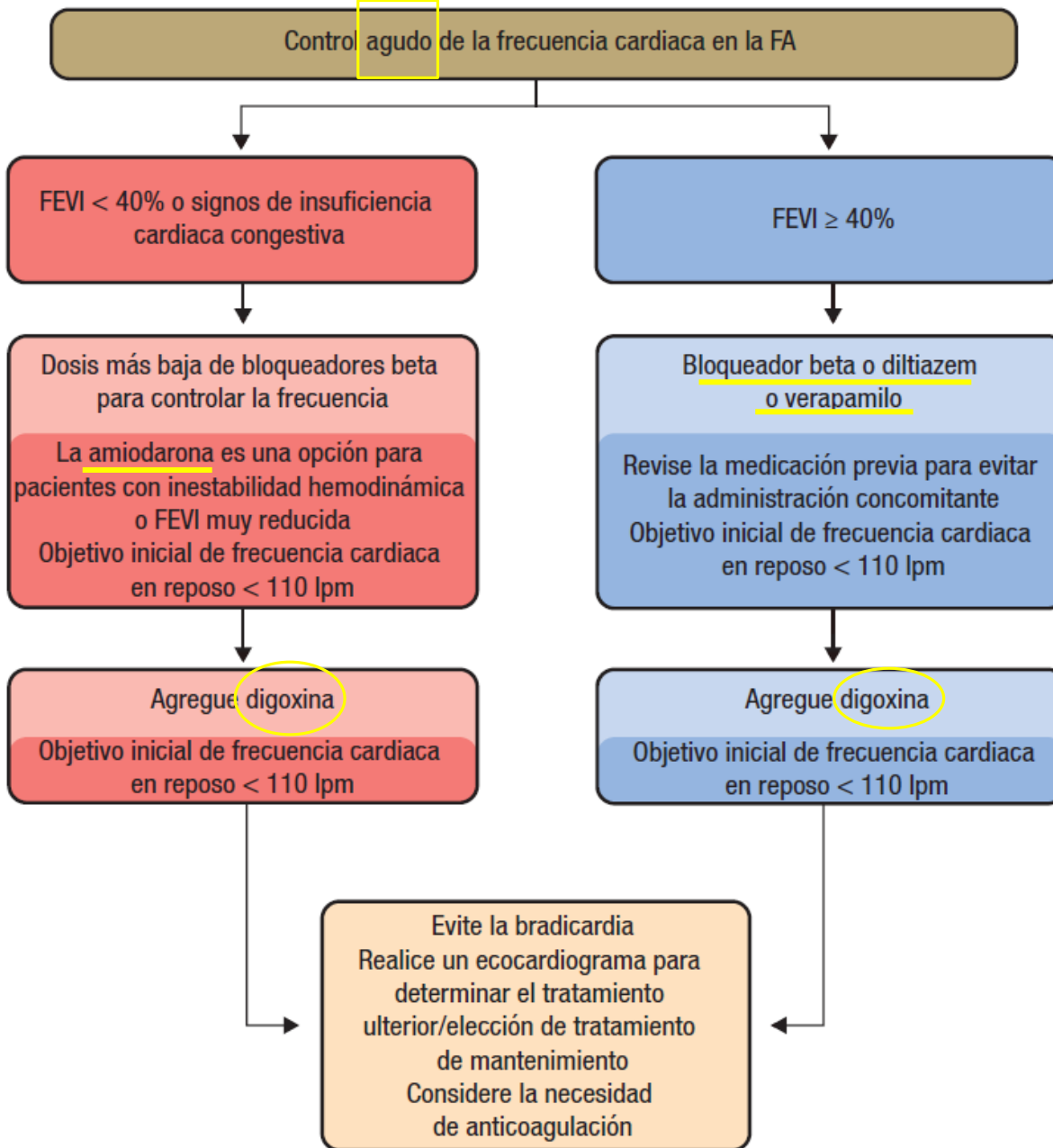
- Se puede administrar a pacientes tratados con AVK si la INR es  $< 1,7474$  o con dabigatran si el tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPa) es normal y la última toma fue antes de las últimas 48 h (**consenso de expertos**).

- Iniciar la ACO de los pacientes con FA **entre 1 y 12 días tras un ACV isquémico**, dependiendo de su gravedad y tras evaluar transformación hemorrágica
- **Tras hemorragia IC:** después de 4-8 semanas, especialmente si se ha tratado la causa o el factor de riesgo del sangrado.
- Evitar la interrupción del TTO ACO en cirugías y procedimientos menores, ya que incrementa el riesgo hemorrágico

# 12. SANGRADO ACTIVO PACIENTES ACO:



# 13. CONTROL FC:



Control a largo plazo de la frecuencia cardiaca en la FA

Realice un ecocardiograma (I C)  
Elija el tratamiento inicial para el control de la frecuencia (I B) y el tratamiento combinado cuando sea preciso (IIa C)

Objetivo inicial de frecuencia cardiaca < 110 lpm, evite la bradicardia

FEVI < 40%

Bloqueador beta

Digoxina

Considere el tratamiento combinado precoz a dosis bajas

Agregue digoxina

Agregue un bloqueador beta

FEVI ≥ 40%

Diltiazem/  
verapamilo

Bloqueador beta

Digoxina

Combine el tratamiento para alcanzar el objetivo de frecuencia cardiaca o si persisten los síntomas

Agregue digoxina

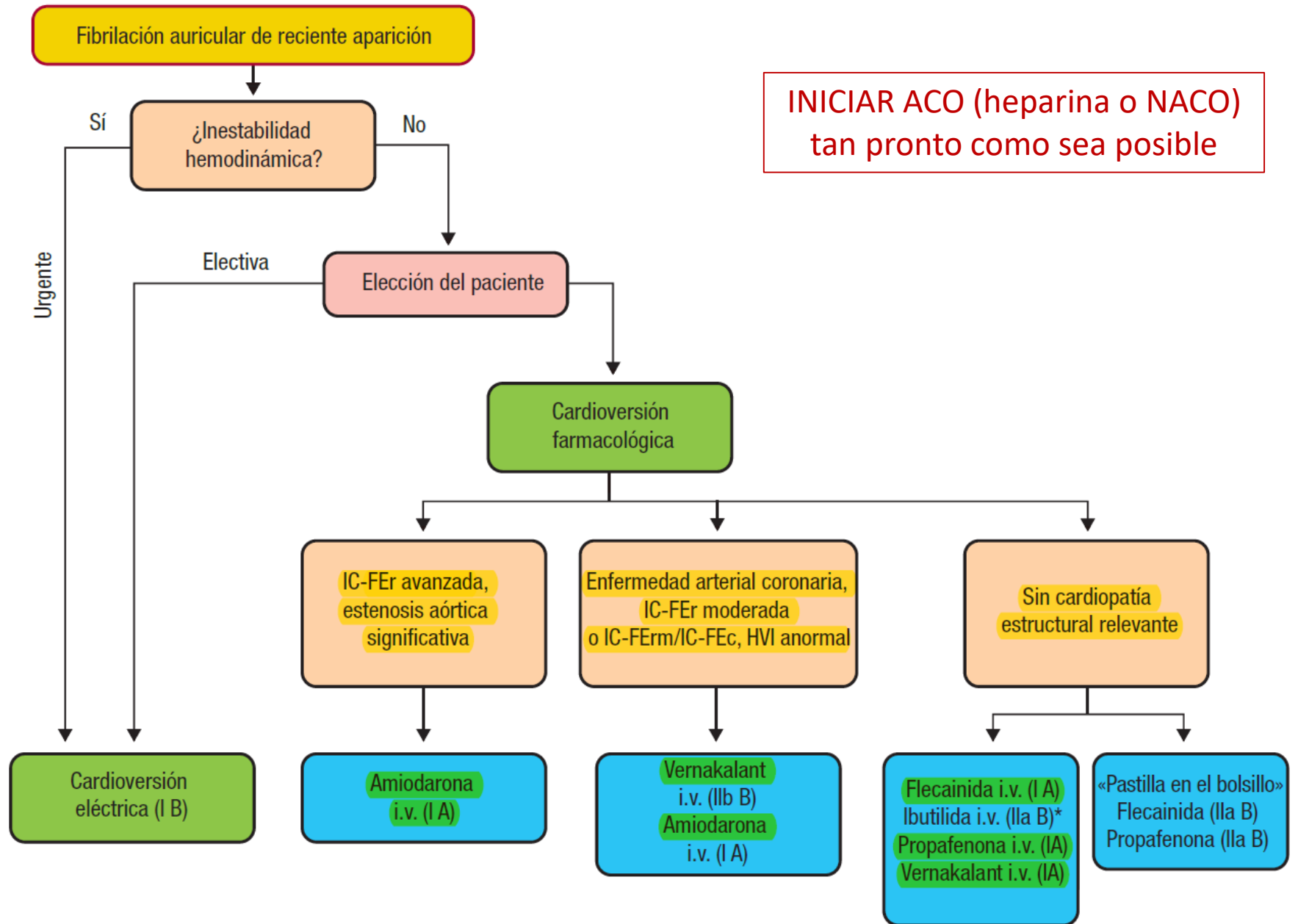
Agregue digoxina

Agregue diltiazem, verapamilo o un bloqueador beta

# 14. CONTROL DEL RITMO:

CV precoz si < 48horas

Si > 48h: ACO 3 semanas antes y al menos 4 después



INICIAR ACO (heparina o NACO) tan pronto como sea posible



# 15. BIBLIOGRAFÍA

---

1. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración con la EACTS.
2. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular. Comentarios a la guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular
3. Ruff C, Giuliano R, Braunwals E. Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis of randomised trials. *Lancet* 2014; 383: 955–62.
4. Apostolakis S, Sullivan RM, Olskansky B, Lip GYH. Factors affecting quality of anticoagulation control among patients with atrial fibrillation on warfarin. The SAME-TT2R2 score. *Chest* 213

Gracias

