



MANEJO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN DISTINTOS ESCENARIOS CLÍNICOS

GdT ARRITMIAS Y SÍNCOPE SEMES-ANDALUCÍA

Coordinación Francisco Ruiz Romero – Ángel Álvarez Márquez

NOVIEMBRE 2022

ESCENARIO 6

FIBRILACIÓN AURICULAR E ICTUS



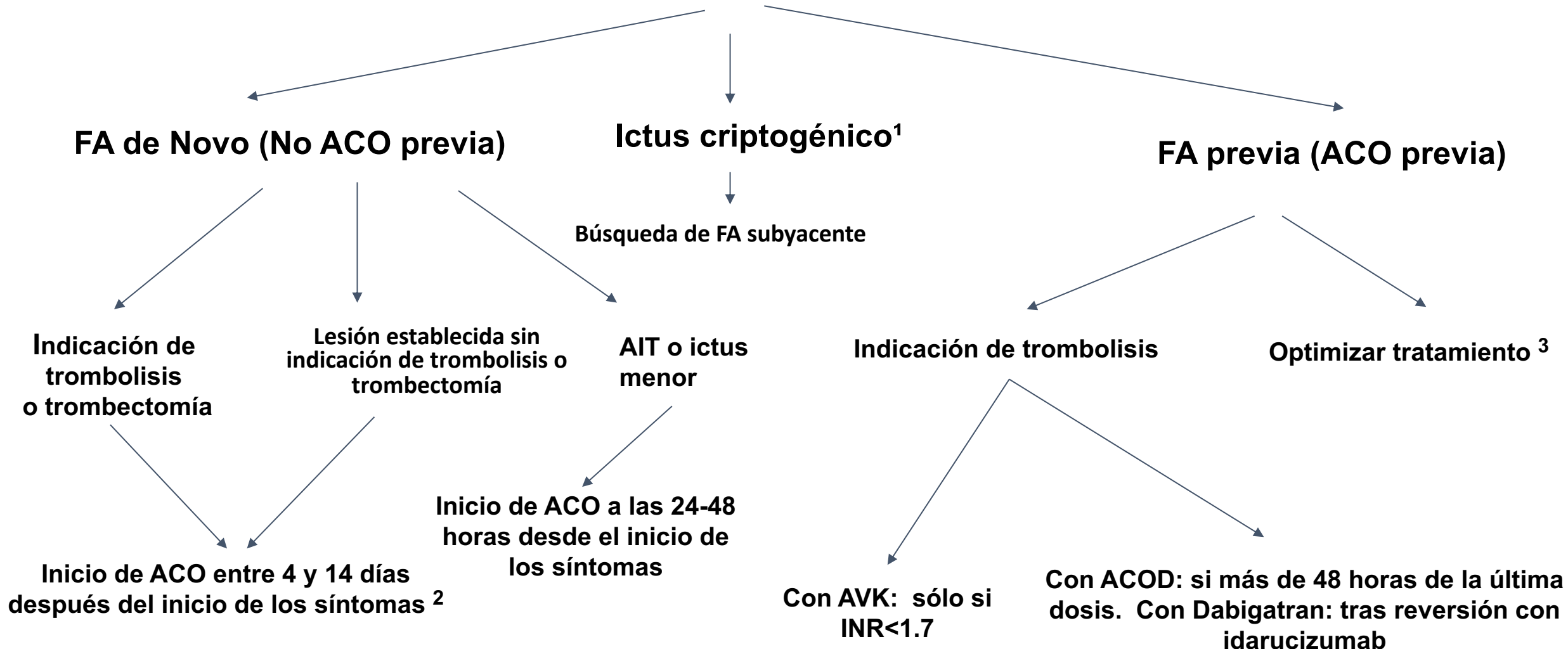
Antonio Infantes Montiel

Álvaro Portero Bolaños

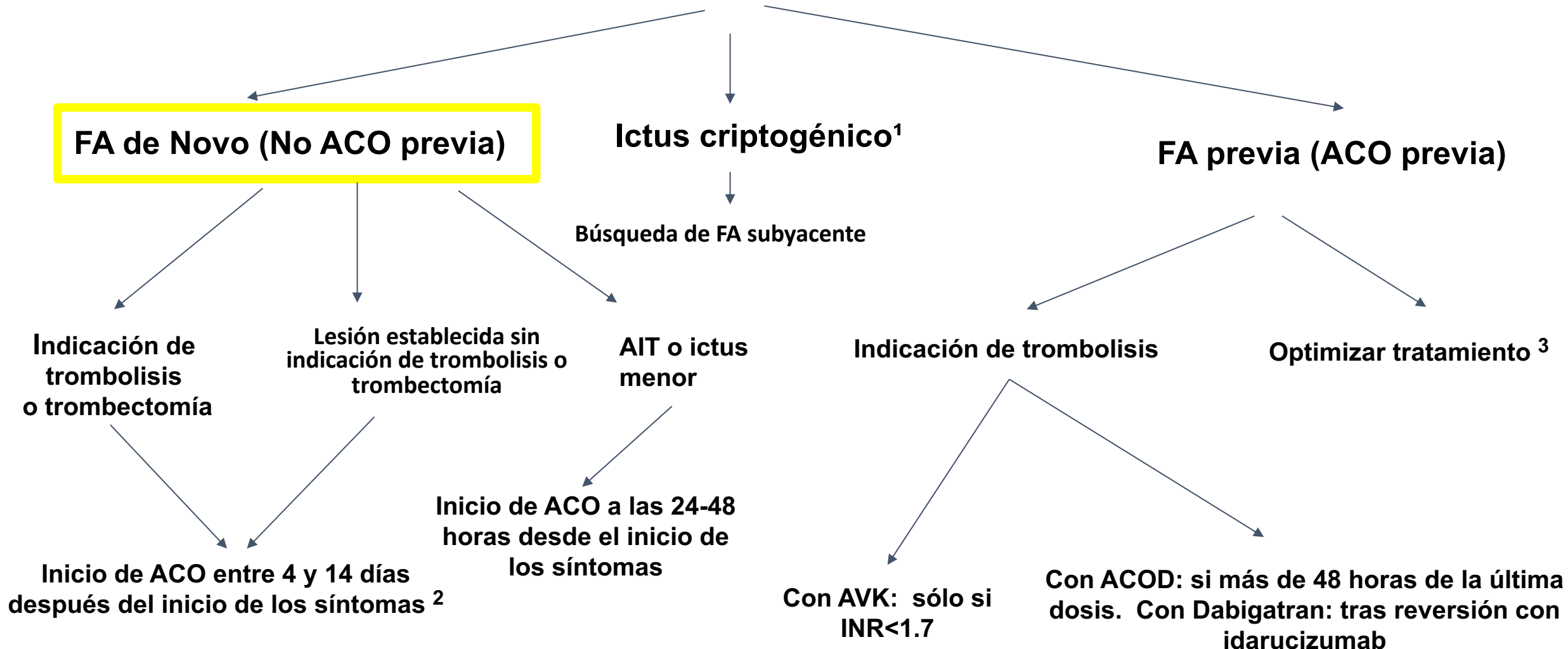
GdT ARRITMIAS Y SÍNCOPE SEMES-ANDALUCÍA

NOVIEMBRE 2022

FIBRILACIÓN AURICULAR E ICTUS ISQUÉMICO



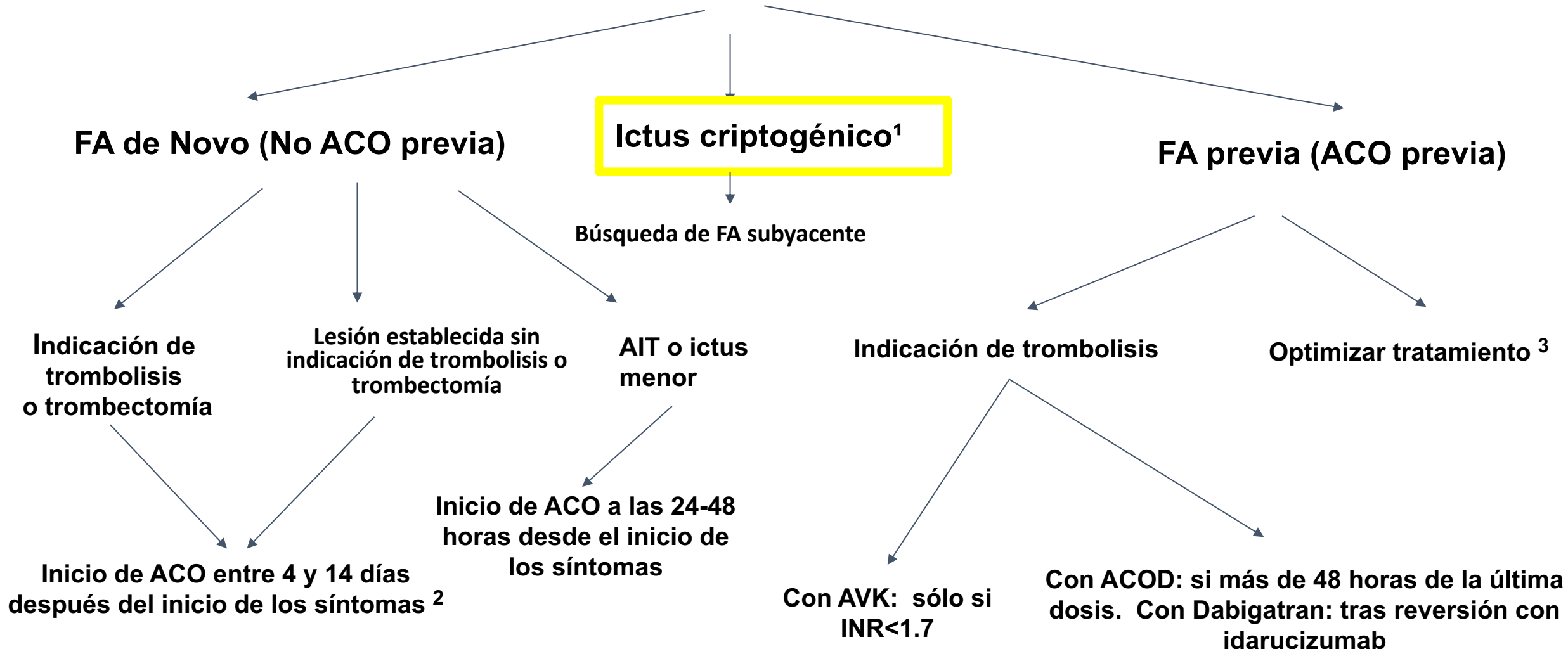
FIBRILACIÓN AURICULAR E ICTUS ISQUÉMICO



FIBRILACIÓN AURICULAR SIN ACO PREVIA

- **No hay evidencia firme para establecer el momento óptimo de inicio o reinicio de los ACOs después de un Ictus agudo. En la mayoría de los casos en las dos primeras semanas. Hacer un enfoque multidisciplinar con neurología, cardiología y el paciente**
- **Si es un AIT o Ictus menor valorar inicio de la ACO a las 24-48 horas desde el inicio de los síntomas aunque no existe suficiente evidencia para respaldar esta práctica.**
- **Tras valorar si existe indicación de trombólisis o trombectomía que dependerá del déficit neurológico, ventana de tiempo y disponibilidad del centro, las guías dicen que se inicie la prevención secundaria entre 4 y 14 días después del inicio de los síntomas.**
- **Para pacientes que ingresan con Ictus isquémico agudo (excluyendo AIT o ICTUS menor) , no se recomienda la anticoagulación en las primeras 48 horas ya que se asocia a un mayor riesgo hemorrágico.**
- **La heparina en dosis profiláctica estaría indicada desde el inicio.**

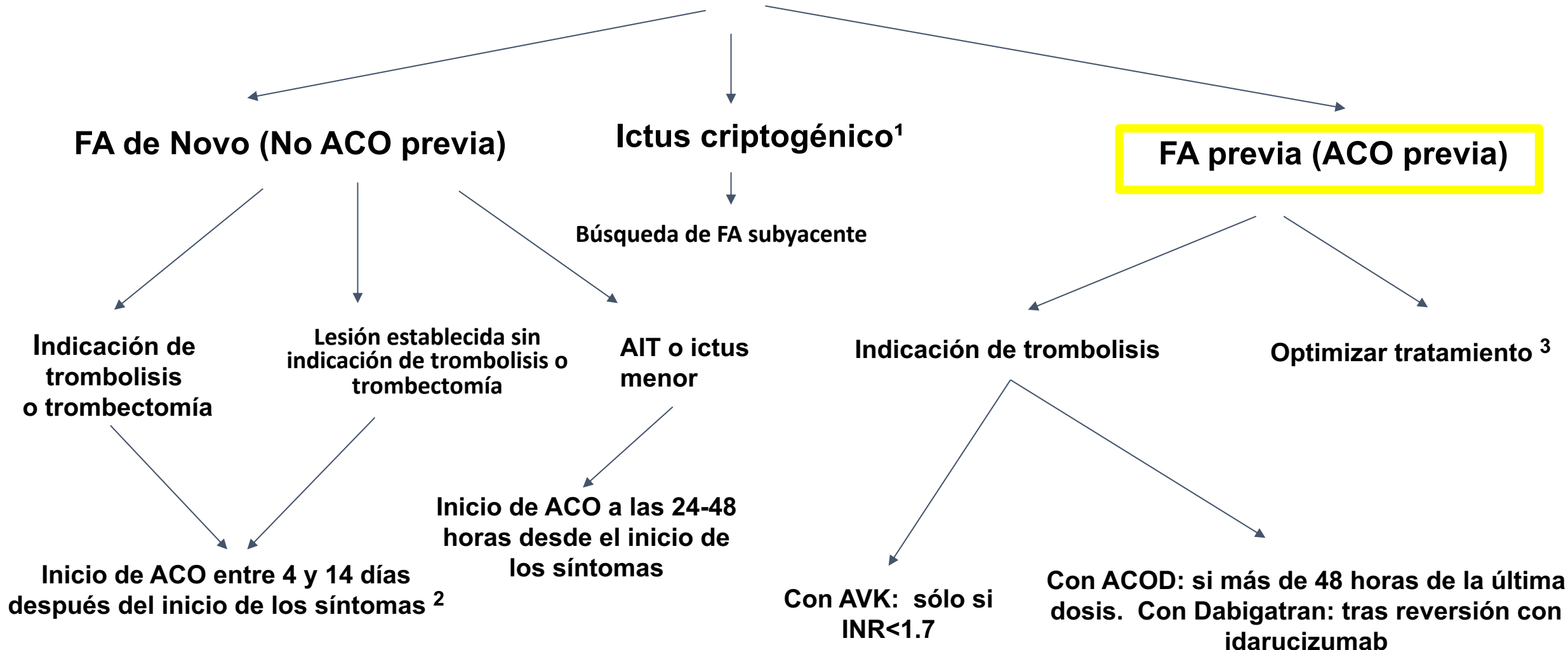
FIBRILACIÓN AURICULAR E ICTUS ISQUÉMICO



ICTUS CRIPTOGÉNICO

- **Nos obliga a la búsqueda de FA subyacente.**
- **En los ICTUS de características embolígenas donde no se haya documentado FA es necesario esforzarse en detectar la FA. Se ha propuesto el empleo de escalas como C2HEST (EAC/EPOC [1 punto cada una], HTA [1 punto], edad avanzada [75 años, 2 puntos], IC sistólica [2 puntos] y enfermedad tiroidea [hipertiroidismo, 1 punto]) con el objetivo de identificar a los pacientes con «riesgo alto» (≥ 4 puntos) para proceder al diagnóstico de la FA y facilitar la monitorización prolongada.**
- **Se recomienda monitorizar con registro de ECG durante al menos las primeras 24 horas, seguido de ECG continuo durante al menos 72 horas, siempre que sea posible (IB)**

FIBRILACIÓN AURICULAR E ICTUS ISQUÉMICO



FIBRILACIÓN AURICULAR CON ACO PREVIA

- Valorar si existe indicación de trombólisis o trombectomía. Para trombólisis:
 - ✓ Si recibe tratamiento con AVK: sólo si $INR < 1.7$
 - ✓ Con ACOD: si más de 48 horas de la última dosis. Con Dabigatran: tras reversión con idarucizumab.
- Optimizar el tratamiento anticoagulante. En los casos de AVK, optimizar INR (Idealmente $TRT > 70\%$) o preferentemente cambiar a ACOD. En caso de ACOD, comprobar la dosis y adherencia al tratamiento.
- Comparados con los AVK, los ACOD son más efectivos para la prevención secundaria del ictus y tienen un perfil de seguridad mejor en relación con la hemorragia intracraneal (NE IA).

- **No hay evidencia de que la adición de AAS al ACO o valores supratrapeúticos de INR mejores los resultados de la prevención secundaria del ictus, sin embargo aumenta el riesgo hemorrágico.**
- **Comparados con los AVK, los ACOD son más efectivos para la prevención secundaria del ictus y tienen un perfil de seguridad mejor en relación con la HIC (NE IA)**
- **La buena adherencia al tratamiento con ACOD es fundamental para la eficacia de la prevención secundaria del ictus.**

FIBRILACIÓN AURICULAR E ICTUS HEMORRÁGICO (HIC)*

Tratamiento específico

Sintomático:

- HTA
- Convulsiones
- Hipertensión intracraneal
- Etc.

Tratamiento previo con AVK

- Vitamina K
- Considerar CCP y PFC
- Considerar reponer plaquetas cuando sea necesario.**

Tratamiento previo ACOD

- Carbón activado si última dosis reciente.
- Antídoto específico.
- CCP si no hay antídoto.
- Considerar plaquetas cuando sea necesario.**

(Re)instauración de ACOS

Evalúe los factores de riesgo de recurrencia de HIC***

Sopesar riesgo y beneficios de la (re)instauración de la ACO. Realizar enfoque multidisciplinar.****

Administración de ACO, preferiblemente ACOD

ACO a las 2-4 semanas tras HIC (Clase IIa, NE: C)

Causa irreversible de HIC, factores de riesgo no modificables...Cierre de la OI (clase IIB, NE B)

Sin tratamiento para la prevención del ictus

FIBRILACIÓN AURICULAR E ICTUS HEMORRÁGICO (HIC)*

Tratamiento específico

Sintomático:

- HTA
- Convulsiones
- Hipertensión intracraneal
- Etc.

Tratamiento previo con AVK

- Vitamina K
- Considerar CCP y PFC
- Considerar reponer plaquetas cuando sea necesario.**

Tratamiento previo ACOD

- Carbón activado si última dosis reciente.
- Antídoto específico.
- CCP si no hay antídoto.
- Considerar plaquetas cuando sea necesario.**

(Re)instauración de ACOS

Evalúe los factores de riesgo de recurrencia de HIC***

Sopesar riesgo y beneficios de la (re)instauración de la ACO. Realizar enfoque multidisciplinar.****

Administración de ACO, preferiblemente ACOD

ACO a las 2-4 semanas tras HIC (Clase IIa, NE: C)

Causa irreversible de HIC, factores de riesgo no modificables...Cierre de la OI (clase IIB, NE B)

Sin tratamiento para la prevención del ictus

FA E ICTUS HEMORRAGICO: TRATAMIENTO ESPECÍFICO

- **Tratamiento sintomático (HTA, convulsiones, HIC, etc)**
- **Con tratamiento previo con AVK :**
 - ✓ Administrar vitamina K.
 - ✓ Concentrado de complejo protombínico (CCP). Por ejemplo: PROTHROMPLEX (600 U), OCTAPLEX (dosis dependiente de INR), FEIBA (entre 50 y 100 UF/kg). PFC cuando no se disponga de CCP (10-15 ml/kg).
 - ✓ Considerar reponer plaquetas cuando sea necesario.
- **Tratamiento previo con ACOD:**
 - ✓ Carbón activado si la última dosis es reciente (entre 2 y 4 horas).
 - ✓ Antídoto específico: Idarucizumab para Dabigatran (5 g, dos viales de 2.5 g/50 ml administrados IV en 5-10 minutos). Andexanet alfa para inhibidores directos del factor Xa (apixabán, edoxabán y rivaroxabán)
 - ✓ CCP si no hay antídoto específico.
 - ✓ Considerar reponer plaquetas cuando sea necesario.

FIBRILACIÓN AURICULAR E ICTUS HEMORRÁGICO (HIC)*

Tratamiento específico

Sintomático:

- HTA
- Convulsiones
- Hipertensión intracraneal
- Etc.

Tratamiento previo con AVK

- Vitamina K
- Considerar CCP y PFC
- Considerar reponer plaquetas cuando sea necesario.**

Tratamiento previo ACOD

- Carbón activado si última dosis reciente.
- Antídoto específico.
- CCP si no hay antídoto.
- Considerar plaquetas cuando sea necesario.**

(Re)instauración de ACOS

Evalúe los factores de riesgo de recurrencia de HIC***

Sopesar riesgo y beneficios de la (re)instauración de la ACO. Realizar enfoque multidisciplinar.****

Administración de ACO, preferiblemente ACOD

ACO a las 2-4 semanas tras HIC (Clase IIa, NE: C)

Causa irreversible de HIC, factores de riesgo no modificables...Cierre de la OI (clase IIB, NE B)

Sin tratamiento para la prevención del ictus

(RE)INSTAURACIÓN DE ANTICOAGULACIÓN

Evaluar factores de riesgo de HIC:

- **Modificables** : HTA incontrolada, concentraciones bajas de LDL /trigliceridos, consumo excesivo de alcohol , tabaquismo, tratamiento antiplaquetario concomitante , tratamiento anticoagulante, fármacos simpaticomiméticos (cocaína, heroína, anfetaminas, efedrina , etc).
- **No modificables** : Edad avanzada, sexo masculino, etnia asiática, enfermedad renal crónica, enfermedad cerebral (angiopatía cerebral amiloidea, enfermedad de pequeños vasos)

Y sopesar riesgo y beneficios de la (re)instauración de la ACO para lo cual hay que realizar un enfoque multidisciplinar.

(RE)INSTAURACIÓN DE ANTICOAGULACIÓN

- Se usarán preferentemente los ACOD. Comparados con los AVK, los ACOD son más efectivos para la prevención secundaria del ictus y tienen un perfil de seguridad mejor en relación con la HIC (NE IA). En estas circunstancias (tras HIC) hay indicación por VISADO para uso de ACOD.
- ACOs a las 2-4 semanas tras HIC (Clase IIa, NE: C) Preferiblemente a partir de las 4 semanas.
- Causa irreversible de HIC, factores de riesgo no modificables...
Cierre de la OI (clase IIB, NE B)
- Sin tratamiento para la prevención del ictus para aquellos pacientes con alto riesgo hemorrágico y no son candidatos al cierre de la OI.

