



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 4

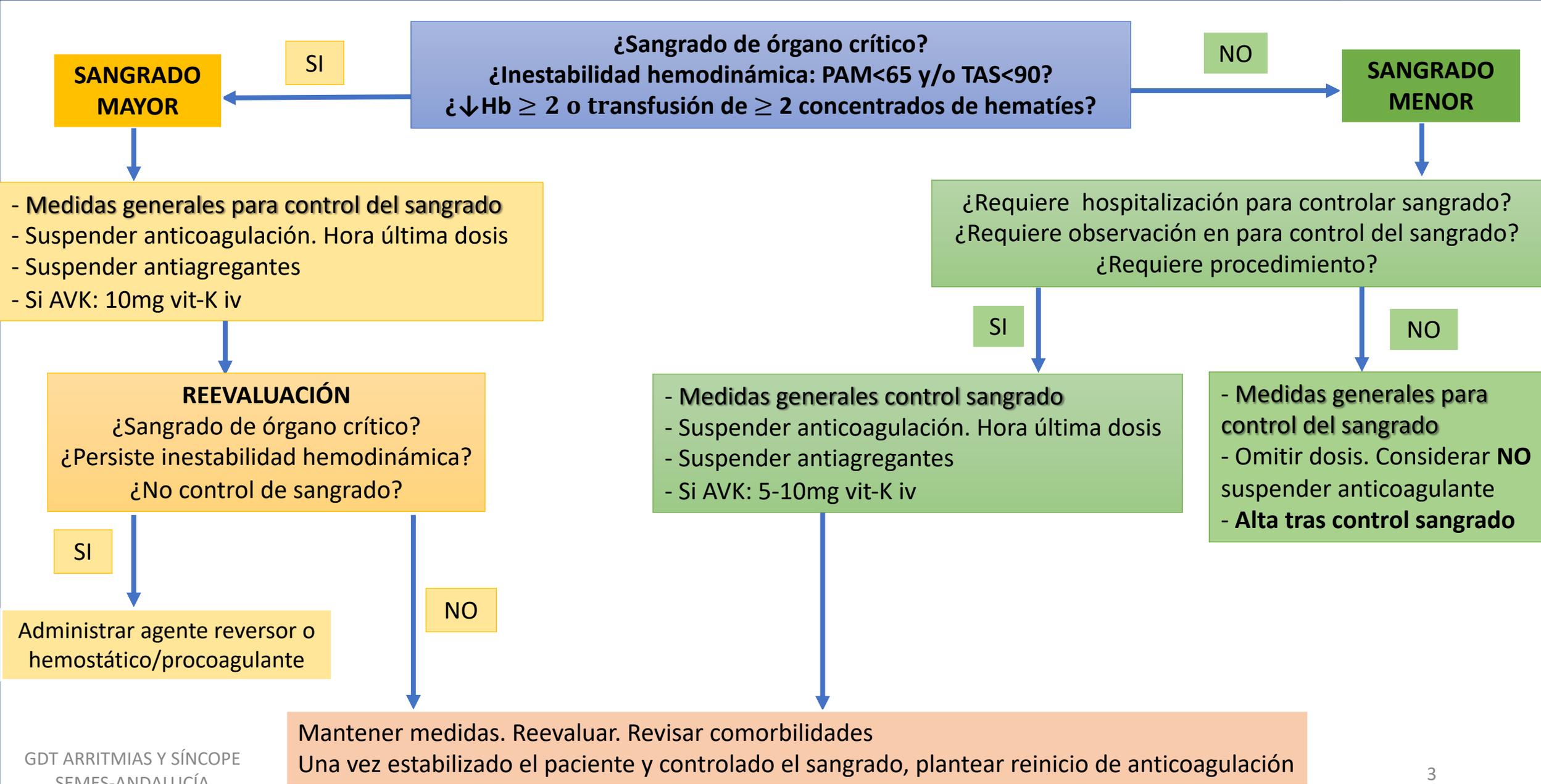
MANEJO DEL SANGRADO EN PACIENTES ANTICOAGULADOS POR FIBRILACIÓN AURICULAR



Rocío Moyano García
José Jaime Jaén Conde

GdT ARRITMIAS Y SÍNCOPE SEMES-ANDALUCÍA

NOVIEMBRE 2022



1^{er} PASO: DETERMINAR LA GRAVEDAD DEL SANGRADO

SANGRADO MAYOR

Sangrado que genera
inestabilidad hemodinámica

Sangrado que ocurre en órgano crítico

Sangrado que genera caída de la Hb ≥ 2 puntos

Sangrado que precisa transfusión de
 ≥ 2 concentrados de hematíes

SANGRADO MENOR

El resto

SANGRADO DE RIESGO VITAL

Reducción de Hb ≥ 5 g/dl o transfusión
de ≥ 4 concentrados de hematíes

Intervención quirúrgica urgente

Hipotensión que requiere inotrópicos

SANGRADO DE ÓRGANO CRÍTICO

INTRACRANEAL: intraparenquimatoso, subdural, epidural y hemorragia subaracnoidea

OTRAS LOCALIZACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: espinal (intra o extraaxial)

INTRAOCULAR

DERRAME PERICÁRDICO MODERADO-GRAVE

RESPIRATORIO: Incluye las epístaxis posteriores

HEMOTÓRAX

INTRAABDOMINAL Y RETROPERITONEAL

TRACTO DIGESTIVO ALTO

GRANDES ARTICULACIONES: cadera, rodillas y hombros.

INTRAMUSCULARES EXTENSAS

2º PASO: MEDIDAS GENERALES

- **Medidas generales.** Compresión directa, taponamiento nasal, enjuagues bucales
- **Medidas específicas según punto sangrado:** Endoscopia, colonoscopia, hemostasia quirúrgica, embolización, lavado vesical...
- **Estabilización hemodinámica:** Suero fisiológico, soluciones balanceadas, aminos...
- **Transfusión concentrados hematíes**
- **Transfusión de plaquetas:** Sólo si trombopenia < 50.000.
- **Ácido tranexámico:** Paciente politraumatizado 1g en las primeras 3 horas y luego 1g cada 8 horas. No traumatológico es considerado como coadyuvante.
- **Diálisis:** sólo útil con Dabigatrán.
- **Carbón activado:** Anticoagulantes orales directos si toma en las 2-4 horas previas
- No ADMINISTRAR CCP si Trombocitopenia inducida Heparina

MEDICIÓN DE LA ACTIVIDAD ANTICOAGULANTE: TEST DE LABORATORIO

AVK

INR (índice internacional normalizado del tiempo de protrombina)

HNF, HBPM Y
FONDAPARINUX

ANTI-XA
TTPa (HNF)

TEST CUANTITATIVOS

FÁRMACO	TEST CUANTITATIVO
DABIGATRÁN	TTd
RIVAROXABÁN	Anti-Xa
APIXABÁN	Anti Xa
EDOXABÁN	Anti Xa

ACODS

TEST CUALITATIVOS
O RUTINARIOS

TEST RUTINARIOS EN ANTICOAGULACIÓN CON DABIGATRÁN

TT NORMAL: No hay niveles plasmáticos relevantes

TT PROLONGADO: Hay niveles relevantes

TTPa NORMAL: la actividad anticoagulante es mínima

TTPa > 1.5 del control: hay actividad anticoagulante

TEST RUTINARIOS EN ANTICOAGULACIÓN CON ANTI-Xa

Ninguno es específico

3^{er} PASO: TRATAMIENTO ESPECÍFICO

ANTIVITAMINA-K

- **Vitamina K** 10mg iv. Puede repetirse
- **CCP 4F:** Prothromplex, Beriplex, Octaplex
 - INR < 5 : Dosis de 15-30 U/Kg con máximo de 3000 U.
 - INR > 5: Dosis de 30-50 U/Kg con máximo de 5000 U.
- Si CCP 4F no disponible se puede administrar **PF congelado** 10-15 ml/kg

ANTIFACTOR IIa O TROMBINA

- **Idarucizumab (Praxbind)** 5g iv
- Si no disponible **CCP 4F** a 25- 50 UI/kg, dosis máxima de 2000u.
- **Carbón activado** si ingesta hace 2-4h

ANTIFACTOR Xa

- **CCP-4F** a 25-50 UI/kg, dosis máxima de 3000u.
- **Carbón activado** si ingesta hace 2-4 h

SIEMPRE:
valorar hora última dosis

INDICACIÓN AGENTE REVERSOR/PROCOAGULANTE DEPENDIENDO TIEMPO TOMA ULTIMA DOSIS

Dabigatran	Rivaroxaban/Apixaban	Edoxaban
< 8-12 horas	< 18 horas	< 14 horas

4º PASO: REINTRODUCCIÓN DEL ANTICOAGULANTE

➤ ¿CUMPLE ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS PARA SUSPENDER LA ANTICOAGULACIÓN CON SEGURIDAD?

- - FA no valvular con CHA₂DS₂-Vasc bajo (menor de 2 hombres y menor de 3 en mujeres)
- - Primer episodio de enfermedad tromboembólica venosa de más de 3 meses de causa resuelta
- - Bioprótesis valvular colocada hace más de 3 meses sin FA asociada
- - El paciente, tras haber sido correctamente informado, no quiere continuar con la anticoagulación

SI

Suspenderemos anticoagulación temporal o permanentemente

NO

➤ ¿OCURRE UNA O MÁS DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES?

- El sangrado ocurre en órgano crítico
- Alto riesgo de resangrado o de muerte o incapacidad por el resangrado
- El origen del sangrado no ha sido identificado
- Causa de sangrado no tratable o múltiples angiodisplasias
- Se va a realizar cirugía o procedimiento invasivo
- Sangrado tras interrupción de anticoagulantes
- Necesidad de doble antiagregación

SI

- Se aconseja retrasar el reinicio de la anticoagulación y valorar terapia alternativa como cierre de orejuela/filtro de vena cava
- Si no hay evidencia de sangrado en el tiempo, reintroducir anticoagulación:
 - HIC: reiniciar en 4 semanas
 - Hemorragia digestiva: reiniciar en 2 semanas

NO

Se aconseja reiniciar la anticoagulación si estabilidad

- Hemorragia digestiva: reiniciar en 1 semana
- Resto reiniciar en 3-4 días



Grupo de
ArriTmias  **SíncoPe**
S E M E S A N D A L U C Í A

