



SIAC

Sociedad Interamericana de Cardiología

[SIAC](#)
[EDITORIALES](#)
[CONSEJOS](#)
[ACADEMIA SIAC](#)
[NOVEDADES](#)
[CONTACTO](#)
[IASC ENGLISH](#)

Nuevas Guías Europeas acerca del uso de los Nuevos Anticoagulantes Orales no dependientes de la vitamina K en F.A.

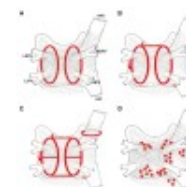
In **MANEJO DE ANTICOAGULACIÓN**
3 comments

julio 27, 2016

Dr Ezequiel Zaidel

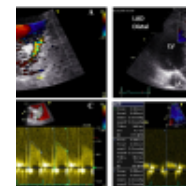
25422 Views

Últimas noticias



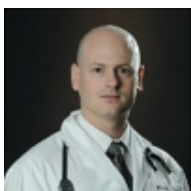
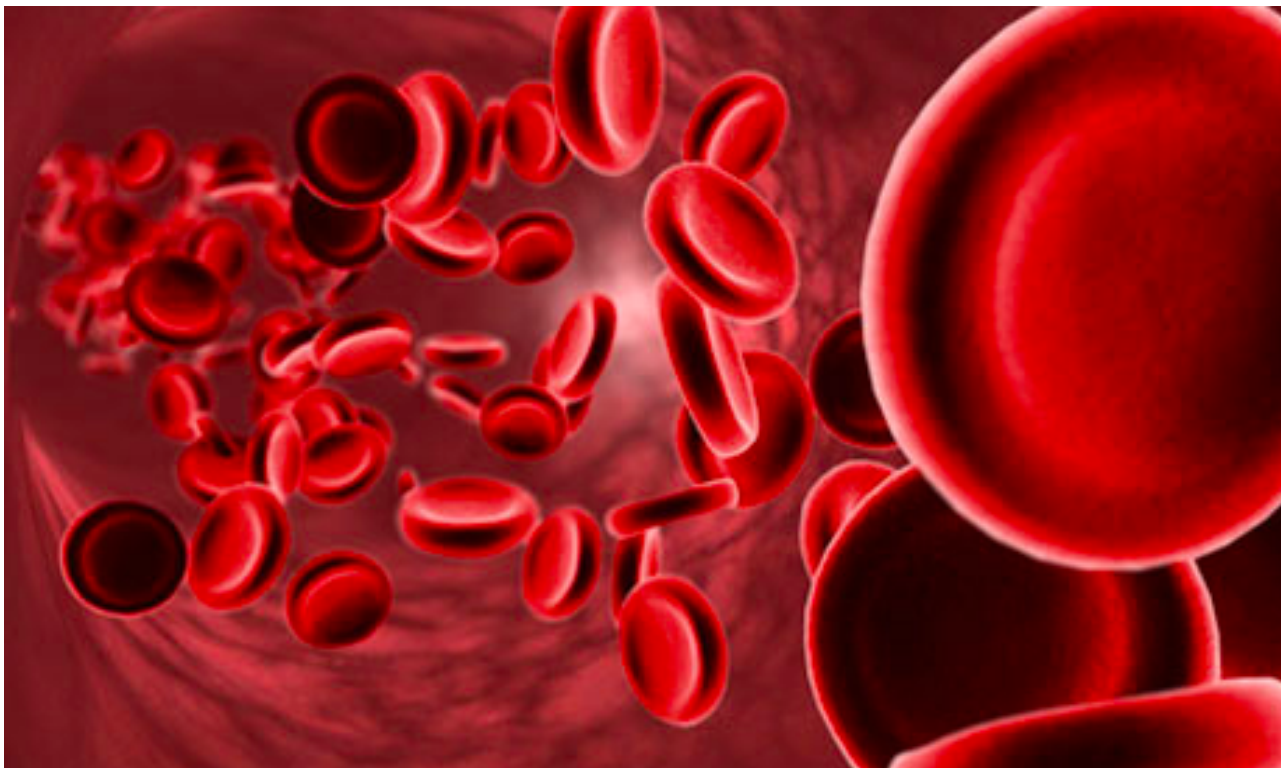
Ablación de la fibrilación auricular Nuevas Guías de la HRS/EHRA/ECAS/APHRS/SO

ARRITMIAS marzo 3, 2018



Es posible detectar enfermedad coronaria significativa en forma no invasiva con ecocardiografía doppler?

IMÁGENES CARDIOVASCULARES
marzo 1, 2018



Dr Ezequiel
Zaidel
AUTHOR

[PERFIL](#)

La Sociedad Europea de Cardiología (la división de arritmias y electrofisiología) redactó una guía actualizada acerca del manejo de los DOACS en la práctica cotidiana.

La fibrilación auricular es la arritmia más frecuente en la actualidad, y se asocia con una elevada morbilidad. Uno de los objetivos terapéuticos es la reducción del riesgo de aparición de accidentes vasculoencefálicos (AVE, o ACV), y particularmente, los anticoagulantes orales directos o nuevos (DOACS o NOACS) que no requieren a la vitamina K para actuar, parecen presentar múltiples beneficios. La Sociedad Europea de Cardiología (la división de arritmias y electrofisiología) redactó una Actualización de las [Guía del manejo de los Anticoagulantes no dependientes de la Vitamina K](#). Dentro de los puntos más destacados de estas guías se resaltan:



Disfunción ventricular izquierda en el tratamiento del cáncer: ¿Es importante?

[INSUFICIENCIA CARDÍACA](#)

Busca

Categorías

ANTITROMBÓTICOS

ARRITMIAS

CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

CARDIOPATÍA CONGÉNITA CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA

CASOS CLÍNICOS

CHAGAS

CIRUGÍA CARDÍACA

COMUNICADO DROGAS

CONGRESOS

CONSEJOS

CURSOS SIAC

EDITORIALES

EDITORIALES

EDITORIALES

EDITORIALES

EDUCACIÓN

ELECTROFISIOLOGÍA

EMERGENCIAS CARDIOVASCULARES

ENFERMEDAD VALVULAR CARDÍACA

1. Aclaración del concepto de FA valvular y aprobación del uso de los DOACS en diversas valvulopatías: Se aclara que la FA valvular corresponde a casos en los cuales la indicación de anticoagulación es debida a la valvulopatía y no por la FA. Los únicos dos casos son la presencia de válvulas cardíacas metálicas y la estenosis mitral reumática. Para los pacientes con *estenosis aórtica o con insuficiencia mitral, o con válvulas biológicas, se pueden utilizar los DOACS.*

2. Extensión de las indicaciones de DOACS fuera de los ensayos clínicos: Se recomienda el uso de los DOACS en pacientes con FA y miocardiopatía hipertrófica.

3. Manejo práctico de los DOACS:

Cambio AVK a DOACS: Se puede realizar inmediatamente cuando el RIN es <2, o al día siguiente si se encuentra entre 2 y 2.5.

Cambio DOACS a AVK: Se sugiere iniciar el AVK y evaluar el RIN al tercer día, continuar evaluándolo diariamente hasta que el RIN sea >2, y en ese momento suspender el DOAC. El ensayo clínico con edoxabán utilizó media dosis del fármaco hasta que el RIN era >2. Durante el primer mes realizar controles estrictos.

Ajustes de dosis de acuerdo a función renal, edad, y fármacos: se presentan en la guía gráficos prácticos acerca de las interacciones medicamentosas, ajuste en función del clearance de creatinina, la edad, y los casos de bajo peso (<60 kg). Todos los NOACS pueden utilizarse con valores de clearance de creatinina >30 ml/min, y el apixabán y el rivaroxabán también podrían utilizarse con valores entre 15 y 30 ml/min.

Optimización de los tiempos de suspensión de los DOACS en las cirugías electivas. De acuerdo al tipo de cirugía, al tipo de DOAC, y al clearance de creatinina, se establecen los tiempo para suspender el DOAC previo a la intervención. Se aclara que en ningún caso se requiere rotar a heparinas.

4. Se actualizan conceptos de anticoagulación con DOACS en pacientes que requieren antiagregantes plaquetarios por enfermedad coronaria. Para las angioplastias electivas se recomienda suspender el DOAC al menos 24 hs antes, y se sugiere utilizar stents liberadores de fármacos de última generación. Para los síndromes coronarios agudos, se sugiere carga de AAS y tienopiridina, y se plantean cuatro escenarios:

entrevistas

FARMACOLOGÍA CARDIOVASCULAR

GUÍAS

HUMOR MÉDICO

IMÁGENES CARDIOVASCULARES

INSTITUCIONAL

INSUFICIENCIA CARDÍACA

Libros

MANEJO DE ANTICOAGULACIÓN

Noticias

NOTICIAS

Noticias de Cardiopatías

NOVEDADES

PEDIATRÍA

PRESENTACIONES SIAC

PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR

SINDROME CORONARIO AGUDOS

Uncategorized

Etiquetas

accidente cerebrovascular

angioplastia

angioplastia coronaria

anticoagulación

antitrombóticos

arritmias

cardio

SCACEST y fibrinólisis: sólo utilizar el trombolítico si no hay actividad residual del DOAC, y no iniciar heparinas si hay actividad del DOAC

SCACEST con angioplastia primaria: Se sugiere el acceso radial, y utilizar heparina sódica o bivalirudina independientemente de la última toma del DOAC. Evitar los inhibidores de la glicoproteína

SCASEST con angioplastia urgente: existe poca información, guiarse en la última toma del DOAC y el clearance de creatinina, así como en estudios de coagulación antes de iniciar anticoagulantes parenterales.

SCASEST con angioplastia electiva: Demorar la angioplastia. Iniciar fondaparinux al menos 12 hs luego de la última dosis del DOAC. Evitar otros anticoagulantes.

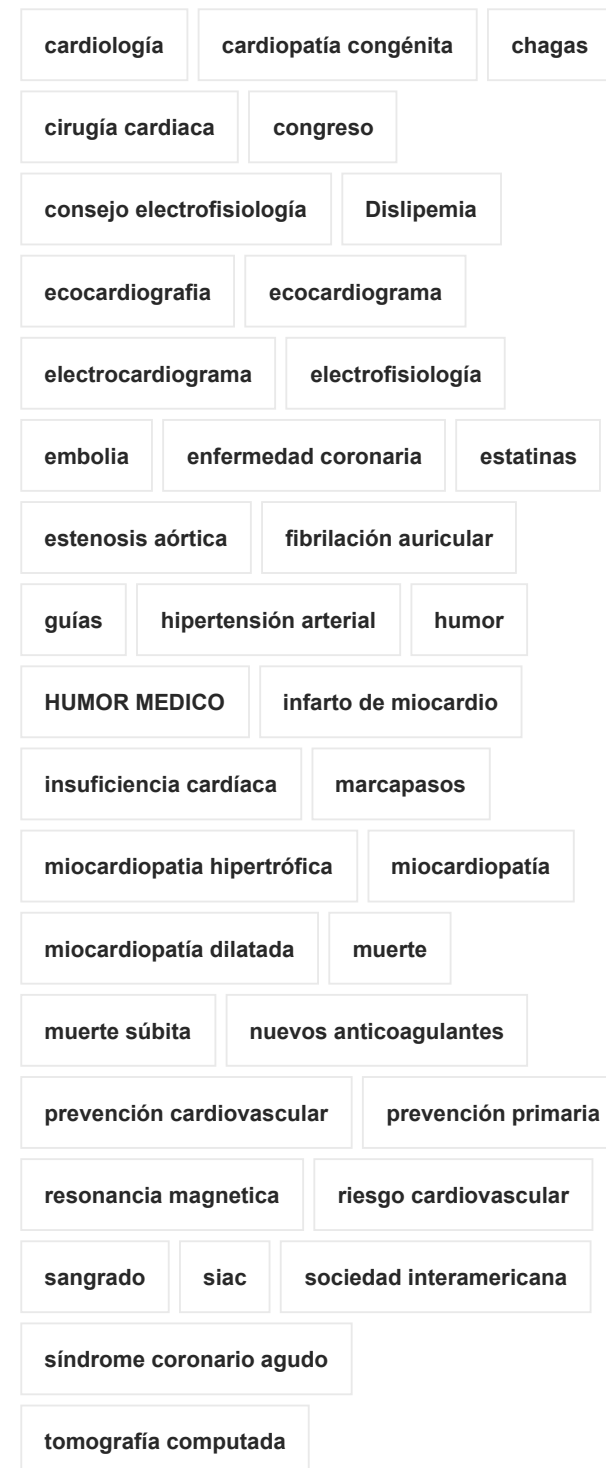
En todos los SCA, se sugiere luego del tratamiento reiniciar el DOAC además de los antiagregantes, y en algunos casos considerar reducir la dosis del dabigatrán de 150×2 a 110×2. Para los otros DOACS no se sugiere reducir la dosis debido al tratamiento antiagregante.

¿Doble o triple terapia?: Luego de una angioplastia programada se sugiere 1 mes de triple terapia para pasar a doble terapia (DOAC con aspirina o tienopiridina) hasta el año, y luego del año sólo el DOAC. En pacientes con síndromes coronarios agudos, la triple terapia se debería extender al menos tres meses. Se citan además factores para acortar la terapia de combinación (alto riesgo de sangrado no modificable), y factores para prolongar las terapias de combinación (alto riesgo trombótico y bajo riesgo de sangrado, uso de stents DES de primera generación).

5. DOACS y cardioversión: En los pretratados con NOACS por al menos tres semanas, evaluar si el paciente fue adherente antes de revertir. En los pacientes anticoagulados, dependiendo de la estrategia planteada, iniciar DOACS y realizar ecocardiogramas transesofágicos y luego cardioversión, pero en pacientes con FA de más de 48 hs se sugiere tratar a los pacientes con DOACS por al menos tres semanas antes de la cardioversión.

6. DOACS luego de un ACV: Se aclaran los tiempos sugeridos de inicio del DOAC en función del tipo de ACV (isquémico o hemorrágico) y de la extensión del mismo.

7. Estrategias de reversión de DOACS y sangrados. Hoy en día se encuentra disponible un antídoto para el dabigatrán (idarucizumab) y dos antídotos para el apixabán, y el rivaroxabán (andexanet y aripazine, en desarrollo). Igualmente, existen estudios en voluntarios sanos que demuestran que el complejo protrombínico concentrado (PCC) o de protrombina activada (aPCC) revierten el efecto (la dosis recomendada es 50 U/kg). Siempre se deben reservar estas terapéuticas sólo para los casos de sangrados graves o



en casos de necesidad de cirugía de urgencia en pacientes que reciben DOACS.

FACEBOOK

Comentarios personales:

Los DOACS eran una necesidad por muchos años pendiente en la terapéutica, dados todos los problemas que tienen los antagonistas de la vitamina K: farmacodinámicos (anticoagulación no completamente efectiva), farmacocinéticos (latencia de acción y de finalización del efecto, variación intestinal de la flora desconjugante, de la flora que sintetiza la vitamina K, metabolismo hepático), e interacciones con la mayoría de los medicamentos y los alimentos, y (debo decirlo...) ausencia de antídoto (ni la vitamina K ni el plasma fresco congelado ni el concentrado protrombínico son considerados realmente antídotos de los warfarínicos). Estas guías son bienvenidas, ya que aclaran muchas de las dudas existentes para poder utilizar con más facilidad los DOACS y el manejo de la anticoagulación por parte de la comunidad médica. Una de las metas de la OMS es reducir la mortalidad cardiovascular un 25% para el año 2025, y todos los médicos debemos comprometernos con dicho objetivo. Prevenir el ACV en pacientes con fibrilación auricular era difícil y ahora es fácil, no hay más excusas ni peros.

Ver Link [AQUI](#)

3 comments

Compartir:

accidente cerebrovascular

anticoagulación

fibrilación auricular

nuevos anticoagulantes

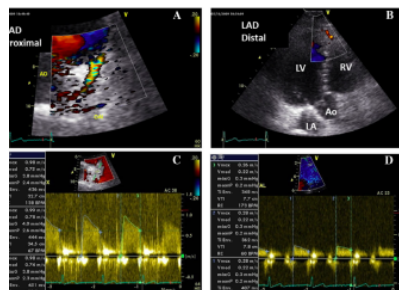
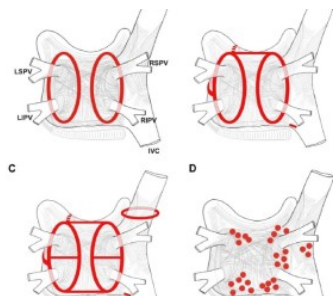
**Sociedad
Interamericana de
Cardiología**

TWITTER

[Tweets por el @SIAC_cardio.](#)

MANEJO DE ANTICOAGULACIÓN

Posts Carousel



Ablación de la fibrilación auricular Nuevas Guías de la HRS/EHRA/ECAS/APHRS/SOLAE

ARRITMIAS marzo 3, 2018

Es posible detectar enfermedad coronaria significativa en forma no invasiva con ecocardiografía doppler?

IMÁGENES CARDIOVASCULARES marzo 1, 2018

Disfunción ventricular izquierda en el tratamiento del cáncer: ¿Es importante?

INSUFICIENCIA CARDÍACA febrero 28, 2018

Deje un comentario

Regístrate para comentar. Sus e-mail no será publicados

Nombre y Apellido *

Email *

País *

Mensaje *

COMENTAR

3 Comments



Alain Alonso

agosto 2, 2016, 10:19 am

Muy buen artículo y además muy sintetizado lo más importante

REPLY



Max Monge

enero 8, 2017, 7:29 pm

Mensaje *

REPLY



Max Monge

enero 8, 2017, 7:29 pm

Mensaje *

REPLY

MIEMBROS:

