

María

Edad Peso Sexo

68 59 kg M

Presión Sanguínea

130/70 mmHg

Pulso

70 lpm

Creatinina Sérica

2.2 mg/dL

Aclaramiento de Creatinina (Cockcroft-gault)

22,8 mL/min



Historia clínica

- FA no valvular diagnosticada hace 1 año. Sin tratamiento AC.
- Diabetes tipo 2 Asintomático.

El caso presentado es una simulación creada como tutorial de uso de AppCO. Los datos personales y la historia clínica son imaginarios

María

Edad Peso Sexo

68 59 kg M

Presión Sanguínea

130/70 mmHg

Pulso

70 lpm

Creatinina Sérica

2.2 mg/dL

Aclaramiento de Creatinina (Cockcroft-gault)

22,8 mL/min



Historia clínica

- Riesgo hemorrágico: Función renal alterada (en casos de diálisis, Tx renal o creatinina mayor de 2,2 mg/dl).
- Edad avanzada y fármacos (en este caso antiinflamatorios no esteroideos + omeprazol por dolores articulares).

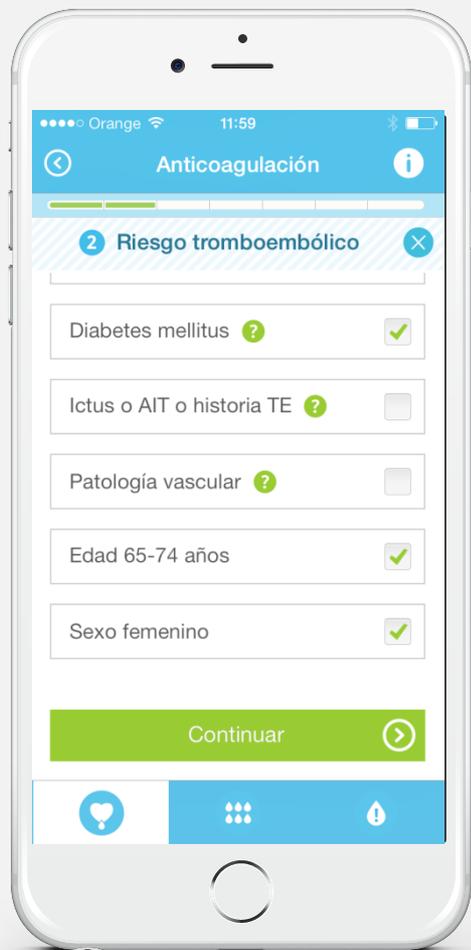


Empezamos con el caso, seleccionamos en el menú principal **anticoagulación**.



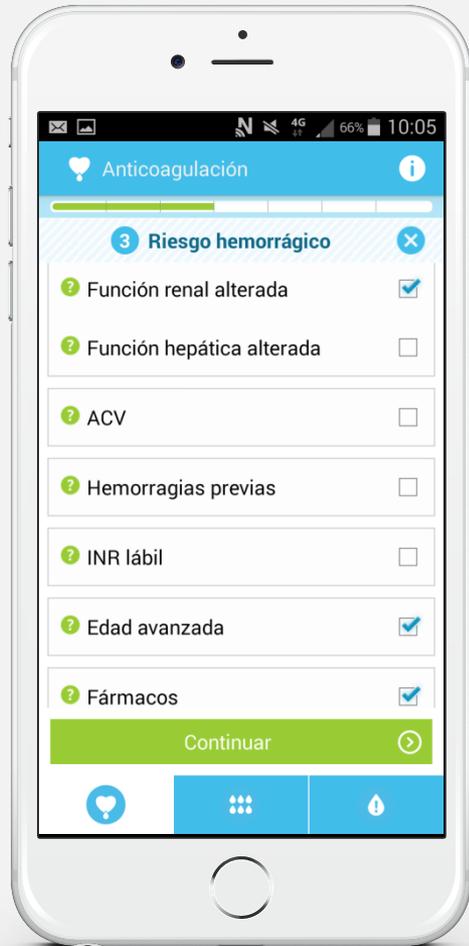
Seleccionar si nuestro paciente tiene una FA valvular o no valvular.

Se trata de FA no valvular.



Cálculo del riesgo trombótico mediante el CHA_2SD_2VASc .

- Marcamos diabetes
- Marcamos edad entre 65-74 años
- Marcamos sexo femenino



Analizamos el riesgo hemorrágico del paciente.

- Seleccionamos **función renal alterada** (en casos de diálisis, trasplante renal o creatinina mayor de 200 $\mu\text{mol/L}$).
- **Edad avanzada y fármacos** (en este caso **antiinflamatorios** no esteroideos por dolores articulares).



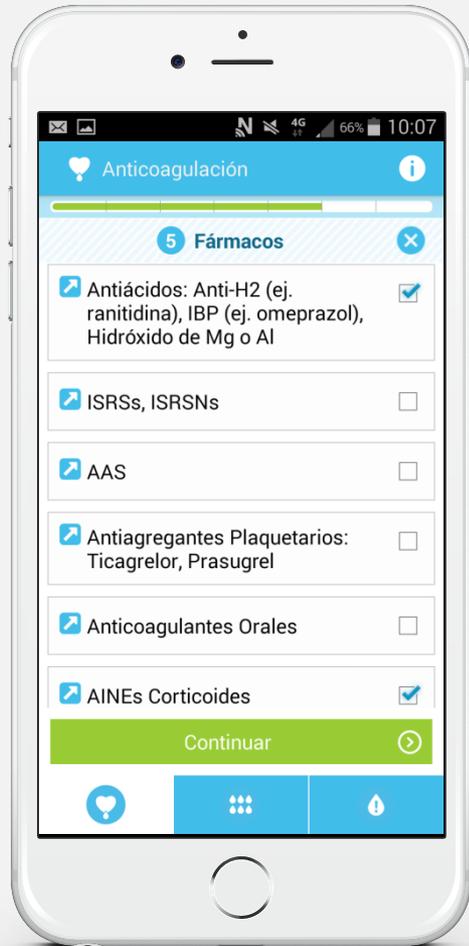
En las siguientes pantallas nos solicitan algunas **variables clínicas** como la edad o la **función renal**, necesarias para el ajuste de algunos anticoagulantes.

En el caso de nuestra paciente no hay que marcar nada.



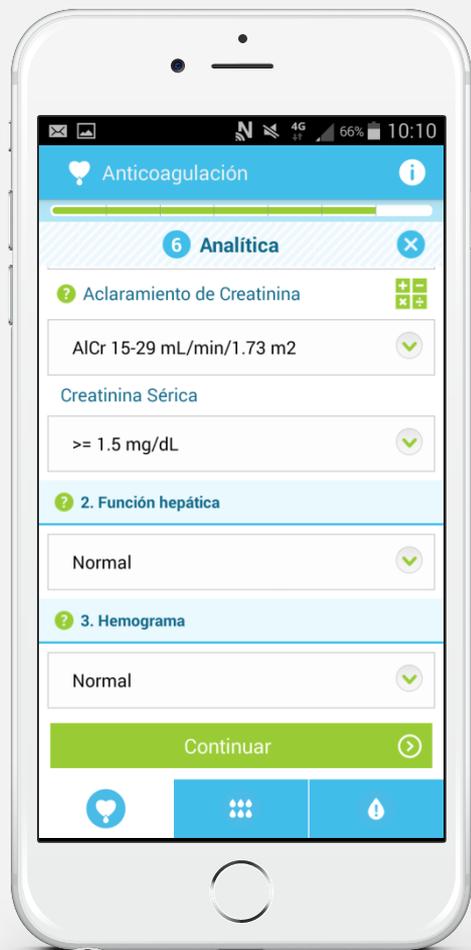
Nos preguntan acerca del **tratamiento previo con acenocumarol**.

La paciente **no** está en **tratamiento con antivitamina K**.

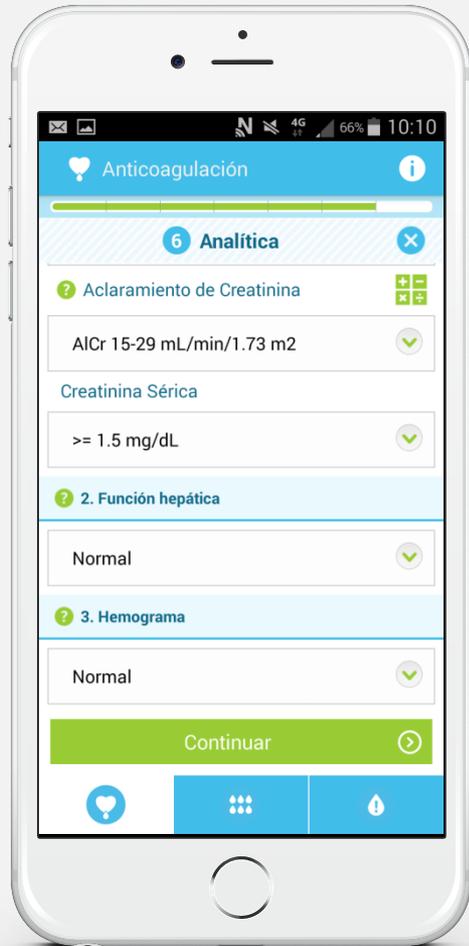


Otros tratamientos que pudiesen interaccionar con el tratamiento anticoagulante.

Los fármacos que está tomando y pueden interferir con el tratamiento anticoagulante son Omeprazol y AINEs.

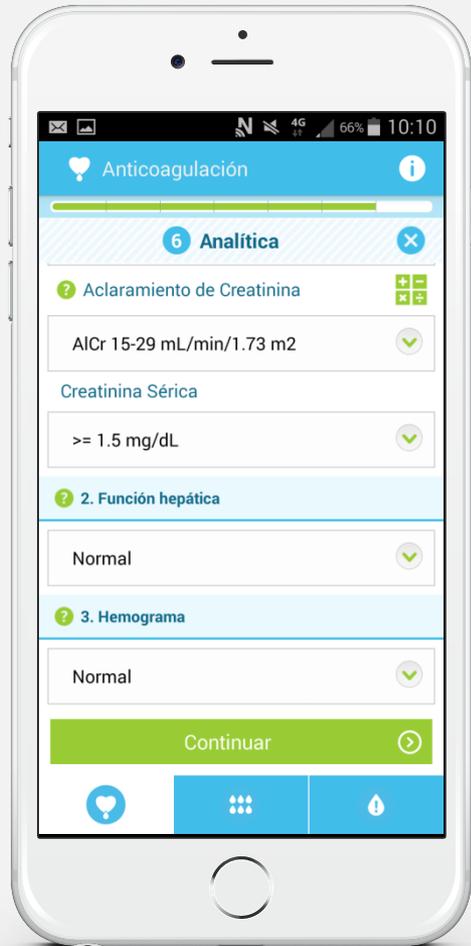


Datos analíticos del paciente,
función renal, función hepática,
hemograma y coagulación.



Calculamos el **aclaramiento de creatinina** (ecuación de Cockcroft-Gault):

- Introducimos el valor de **creatinina sérica** (2,2 mg/dl), edad (68 años) y peso (59 kg) y marcamos que es mujer.
- Obtenemos un aclaramiento de 22,8 ml/min.
- Seleccionamos también la creatinina sérica que es mayor de 1,5 mg/dl.



Función hepática, hemograma y coagulación normales.



Resultados:

- Score CHA₂DS₂VASc de 3 puntos lo que supone un riesgo anual de ictus o embolismo sistémico de 4,3%.
- Riesgo hemorrágico según el HASBLED es de 3 puntos lo que supone un riesgo anual de hemorragia mayor de 3,74%.



En la tabla nos aparecen las opciones de anticoagulantes que se podrían usar en nuestro paciente y los compara con un criterio de eficacia, seguridad y el beneficio clínico neto.



En cuanto a la **EFICACIA**, el riesgo anual de ictus y embolia sistémica sin tratamiento anticoagulante es de un 4,3%, si lo comparamos con los distintos fármacos vemos que se reduce a:

- un 1,08% con **Apixabán** 2,5 mg cada 12 horas
- un 1,19% con **Rivaroxabán** 15 mg al día,
- siendo el riesgo mayor con antivitamina K.



En cuanto a la **SEGURIDAD**, el riesgo anual de hemorragia mayor sin tratamiento anticoagulante es de un 3,74. Con tratamiento, el riesgo supone:

- un 5,80% con **Apixabán** 2,5 mg cada 12 horas
- un 8,75% con **Rivaroxabán** 15 mg al día,
- un 8,41% antivitamina K.



En cuanto al **beneficio clínico neto**, es decir, el riesgo relativo anual del combinado de eficacia, seguridad y mortalidad por todas las causas estando en tratamiento con anticoagulantes frente a no tomar ningún tipo de terapia es:



- de 0,49% con Apixabán 2,5 mg/12 horas
- seguido de 0,54% para Rivaroxabán 15 mg al día.
- o 0,58% si optamos por antivitamina K.

**Cuanto más bajo es el valor porcentual del beneficio clínico neto, mayor beneficio obtenemos.*

Pasado un tiempo nuestra paciente a la que hemos iniciado tratamiento anticoagulante, vuelve a nuestra consulta para manejo de la anticoagulación ante una intervención quirúrgica.



Dado que hemos iniciado **NACOs** los seleccionamos. Las recomendaciones se dividen en función del riesgo hemorrágico de la intervención quirúrgica.



Las **intervenciones de bajo riesgo** no requieren suspender el tratamiento anticoagulante, es el caso de las intervenciones dentales, oftalmológicas, endoscopias sin cirugía o cirugías superficiales.



Se recomienda realizar el procedimiento a concentración valle del NACO.

- Dabigatran – a 12 horas de la última toma
- Rivaroxaban – a 24 horas de la última toma
- Apixaban – a 12 horas de la última toma
- Edoxaban – a 12 horas de la última toma



Ante intervenciones quirúrgicas de bajo riesgo hemorrágico, como son endoscopia con biopsia, biopsia prostática o vesical, EEF o ablación TSV, angiografía o implante de MP o DAI, dependerá de la función renal del paciente.



En nuestro caso, la paciente tiene un aclaramiento de creatinina entre 15 y 29 ml/min, por lo que la recomendación si usamos Apixaban es suspender el fármaco al menos 36 horas antes del procedimiento al igual que con Rivaroxabán.



Si se trata de una **intervención con un alto riesgo hemorrágico**. Se recomienda en todos los casos suspender el fármaco más de 48 horas antes de realizar el procedimiento.

De este modo, hemos comprobado como la utilización de la App simplifica la toma de decisiones en la elección del tratamiento anticoagulante así como la actitud a seguir en caso de una eventual intervención quirúrgica.

www.secardiologia.es



Un proyecto de:



Con la colaboración de:



Bristol-Myers Squibb

