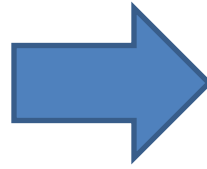


NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES



73 años. HTA. DM2
Dx de fibrilacion auricular



CHADS₂/VASc 4

Que disgusto levo....
dixéronmne que tiña que
tomalo sintrom
E non haberá outra cousa ???

SI → NACOS



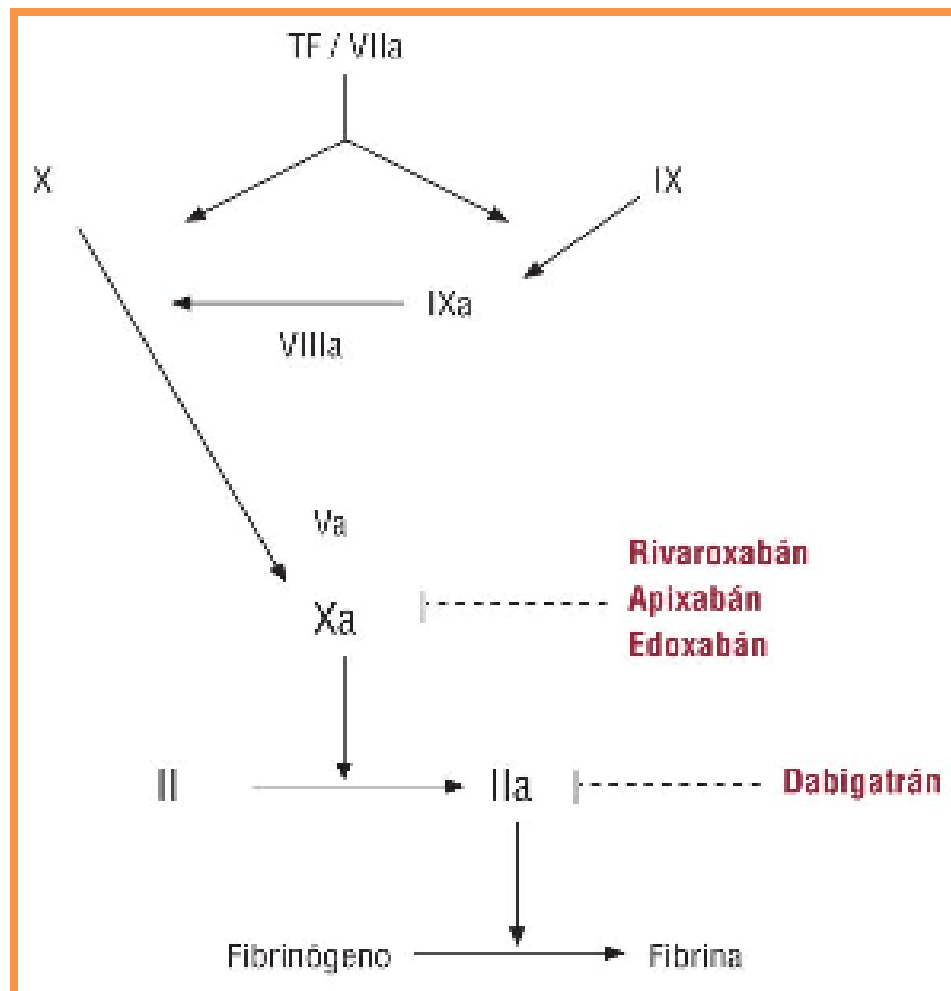
¿E QUE VEÑEN SENDO?...

Anticoagulantes orales de acción directa (ACODs) /nuevos anticoagulantes (NACOs)

4

1. **D**abigatran (Pradaxa)
2. Riva**r**o**X**aban (Xarelto)
3. Api**X**aban (Eliquis)
4. Edo**X**aban(Lixiana)

Vi K dep: II, VII, IX, X → TP (V.extr),
TT INR



VENTAJAS INCONVENIENTES



	AVK	NUEVOS ANTICOAGULANTES
INICIO DE ACCIÓN	Lento	Rápido
DOSIS	Variable	Fija
INTERACCION CON OTROS FÁRMACOS/ALIMENTOS	Muchas	Pocas
MONITORIZACION	Si	“No”
VIDA MEDIA	Larga	Corta
CUANTIFICACIÓN GRADO DE ANTICOAGULACION	Posible	No posible
AJUSTE EN INSUFICIENCIA RENAL	NO	SI
ANTÍDOTO	SI . Amplia experiencia	No para todos
FINANCIADO	SI	No siempre. ¿ + caros?
EXPERIENCIA DE USO	Amplia	Escasa

SIMILAR eficacia en prevención de embolismo

SIMILAR riesgo de sangrado. APIXABAN Y DABIGATRAN menor sangrado intracraneal respecto AVK pero más sangrado gastrointestinales

COMO EMPEZAMOS... PASO A PASO

1.

- Cumple indicación para NACOs?
- Alguna contraindicación para NACOs?
- Cumple criterios de cambio a NACOs?

2.

- Valorar función renal
- Valorar función hepática si inicio con apixabán y edoxabán



START

INDICACIONES

DABIGATRAN	RIVAROXABAN	APIXABAN	EDOXABAN
Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.			
Prevención del ictus y de la embolia sistémica en Fibrilación auricular NO VALVULAR			
Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y la embolia pulmonar (TEP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos			

¿¿E teño que pagalo??

FINANCIADO CUANDO:

Preferencia por NACOS si:

- Hipersensibilidad o contraindicación específica para el uso de acenocumarol o warfarina
- Antecedentes de hemorragia intracraneal (Beneficio > Riesgo)
- AP de ictus isquémico con criterios clínicos y de imagen de alto riesgo de sangrado (HASBLED ≥ 3 + al menos en Neuroimagen leucoacariosis III-IV Y/o microsangrados múltiples)

Pensar en cambiar a NACOS si :

- Episodios tromboembólicos arteriales graves a pesar de buen control INR con AVK
- Mal control del sintrom (Ver últimos 6 meses $\rightarrow$ <60% de los INR en rango= mal control)
- Imposibilidad del acceso al control de INR convencional



CONTRAINDICACIONES



Embarazo/Lactancia



Hemorragia aguda



Intervención ~~qx~~ reciente/prevista en SNC



HTA Grave/no controlada



Alteración de la hemostasia/ ~~tto~~
concomitante con ~~fibrinolíticos~~



Pacientes que no colaboran
Paciente sin supervisión



Estenosis mitral
Prótesis mecánicas cardíacas



X2 Transaminasas



IR GRAVE
~~Dabigatran~~ aprobado para ≥ 30 ml/min
Resto aprobados para ≥ 15 ml/min
Ninguno autorizado en pacientes en diálisis

INICIO

NO ANTICOAGULACIÓN PREVIA

- Iniciar con dosis y posología de cada fármaco .
- Ajuste de dosis si precisa

ANTICOAGULACIÓN PREVIA

Pauta dependerá de:

- Tipo fármaco previo (AVK, HEPARINAS...etc)
- INR



aemps
cima



Información
del
Medicamento

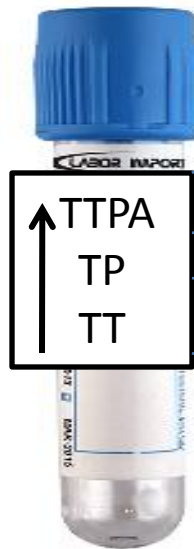


	DABIGATRAN	APIXABAN	EDOXABAN	RIVAROXABAN
Excreción renal	80%	27%	50%	35%
DOSIS	150 mg dos veces al día	5 mg dos veces al día	60mg una vez al día	20 mg una vez al día
<u>AJUSTE DE DOSIS</u>	110 mg dos veces al día:	2,5 mg una vez al día	30 mg una vez al día	15 mg una vez al día
	1. ≥ 80 años 2. Acr 30-49 y/o edad 75-79 años cuando el riesgo hemorrágico es alto Ej uso de AAS, AINE 3. Tto con verapamilo	Al menos 2 de los siguientes: 1. ≥ 80 años 2. < 60 kg 3. Cr $\geq 1,5$ 4. Acr 15-29	Al menos 1 de los siguientes: 1. Acr 15-50 2. ≤ 60 kg 3. Tto con inhibidores de la Pgp (Ciclosporina dronedarona eritromicina)	-Acr 30-49 Acr 15-29l día SI uso de

DE	A	RECOMENDACIONES
AVK	DABIGATRAN	INR $\leq 2 \rightarrow$ Suspendo AVK . Inicio DABI INR 2-3 $\rightarrow$ Suspendo AVK. Inicio 48 h después o suspendo AVK e inicio cuando INR < 2 INR $> 3 \rightarrow$ Suspendo AVK e inicio cuando INR < 2
HBPM	DABIGATRAN	Suspender HBPM. Inicio a las 12 h de ultima dosis de HBPM profiláctica/ 24 h de ultima dosis HBPM terapéutica
AVK	APIXABAN	Suspender sintrom e iniciar cuando INR < 2
HBPM	APIXABAN	Suspender HBPM. Inicio a las 12 h de ultima dosis de HBPM profiláctica/ 24 h de ultima dosis HBPM terapéutica
AVK	RIVAROXABAN	Suspender AVK. Inicio cuando INR ≤ 3
HBPM	RIVAROXAN	Suspender HBPM. Inicio a las 0-2h antes de la siguiente dosis
AVK	EDOXABAN	Suspender AVK. Inicio cuando INR $\leq 2,5$.
HBPM	EDOXABAN	Suspender HBPM . Inicio a la hora de la siguiente dosis programada.

¿SON NECESARIOS CONTROLES?

"NO NECESARIA monitorización de coagulación de forma rutinaria"



DABIGATRAN: **TTPA y TT**. Poco efecto sobre TP

TT normal descartar su efecto → bajo riesgo hemorrágico

RIVAROXABAN: **TP > TTPA**. No afecta TT

APIXABAN: TTPA. TP. Test más adecuado
Anti FXa

EDOxabAN: TTPA. TP . **Anti FXa**

DURANTE EL TTO:

- ANUALMENTE: Hb, Fx renal, Fx hepática
- Cada 6 meses Fx renal cuando: AclCr 30-60 o si tto con dabigatran + frágil/≥75años
- Más frecuentemente cuando se sospeche que la función renal podría disminuir o deteriorarse.

INTERACCIONES

- No interfieren de forma importante con IBP/AntiH2
- RIVAROXABAN DEBE DARSE CON ALIMENTOS
- Tener en cuenta :
 - Disminuyen el efecto: Dexametasona. Rifampicina, carbamacepina, fenitoína .
 - Aumentan el efecto: azoles. Inhibidores de proteasa. Verapamilo (afecta a Dabigatran)



DABIGATRAN

Ketoconazol sistémico

Ciclosporina

Tracolumus

Dronedarona



RIVAROXABAN/APIXABAN

Azoles (itraconazol, posaconazol, voriconazol, ketoconazol)

Ritonavir

INTERRUPCIÓN DEL TTO.

INTERVENCIONES
PROGRAMADAS

INTERVENCIONES
URGENTES



INTERVENCIONES PROGRAMADAS

- **NO REQUIEREN** necesariamente interrupción: intervenciones dentales, cataratas o glaucoma, endoscopia sin Cx/Bx, Cx superficial (Ej drenaje de abscesos, extirpaciones dermatológicas pequeñas...etc)
- **PROCEDIMIENTOS DE BAJO RIESGO DE SANGRADO** → Al menos **24 horas antes**
 - Endoscopia con biopsia, biopsia de próstata o vejiga, estudio electrofisiológico o ablación por radiofrecuencia percutánea, angiografía, implantación marcapasos.
- **PROCEDIMIENTOS DE ALTO RIESGO DE SANGRADO** → interrumpir **48 h antes**
 - Cx torácica, abdominal, ortopédica mayor. Bx hepática/renal. RTU de próstata. Anestesia raquídea o epidural. Punción lumbar diagnóstica. Ablación del lado izquierdo compleja

	Dabigatrán		Apixabán		Edoxabán*		Rivaroxabán	
	Ausencia de riesgo hemorrágico importante y/o es posible alcanzar una hemostasia local adecuada: realizar la intervención en el momento de concentración mínima (valle) (es decir, ≥ 12 h o 24 h después de la última toma)							
	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo bajo	Riesgo alto
AclCr ≥ 80 ml/min	≥24 h	≥48 h	≥24 h	≥48 h	≥24h	≥48h	≥24 h	≥48 h
AclCr 50-80 ml/min	≥36 h	≥72 h	≥24 h	≥48 h	≥24h	≥48h	≥24 h	≥48 h
AclCr 30-50 ml/min[§]	≥48 h	≥96 h	≥24 h	≥48 h	≥24h	≥48h	≥24 h	≥48 h
AclCr 15-30 ml/min[§]	No indicado	No indicado	≥36 h	≥48 h	≥36h	≥48h	≥36 h	≥48 h
AclCr < 15 ml/min	Sin indicación oficial para el uso							

INTERVENCIONES URGENTES



Si posible retrasar Intervención hasta al menos 12 horas

REINICIO....

1.

- Inicio a las 6-8 h

2.

- Si riesgo hemorrágico > riesgo embólico
→ introducir a las 48-72 h

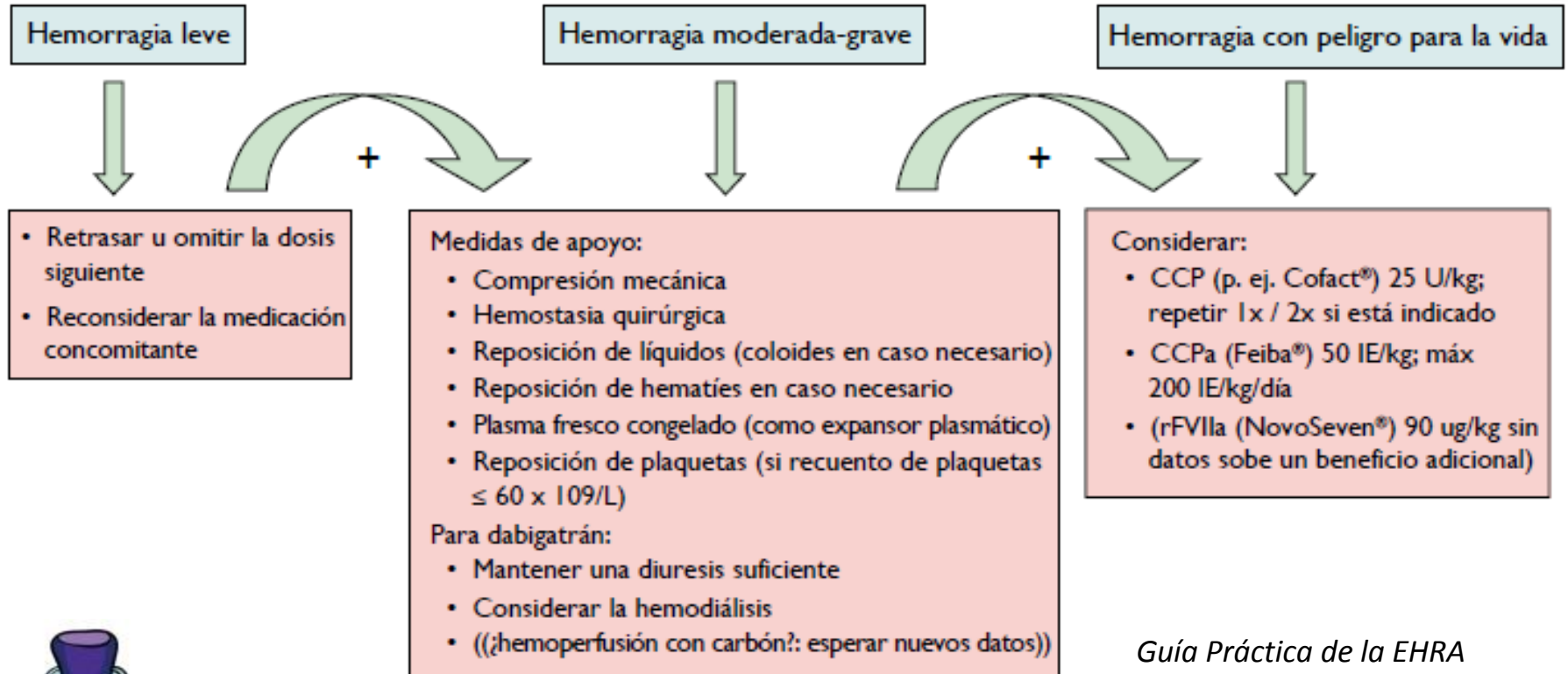
3.

- Si inmovilización importante valorar profilaxis HBPM 6-8 e introducir NACOS a las 48-72 h

- Terapia puente → no aplicable a NACOs (Vida media corta)
- “Concepto de Switching”



Hemorragia durante el uso de NACOs



SOBREDOSIS RECIENTE SIN HEMORRAGIA ACTIVA → Carbón activado
ANTÍDOTOS → → → Idarucizumab (dabigatrán) / Andexanet (rivaroxibán y apixabán)

Ojo: no exentos de riesgo trombótico.

Guía Práctica de la EHRA

BIBLIOGRAFIA

- Hein Heidbuchel, Peter Verhamme et al. **European Heart Rhythm Association Practical. Guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation.** European Society of Cardiology. 2013 Extraído de: www.NOACforAF.eu
- Hein Heidbuchel, Peter Verhamme et al. European Heart Rhythm Association Practical . **Guía Práctica de la EHRA para el uso de los nuevos anticoagulantes orales (NACOs) en pacientes con fibrilación auricular no valvular.** 2013
- **Jose Mateo. Nuevos anticoagulante sorales y su papel en la práctica clínica.** Rev Esp Cardiol Supl. 2013;**13(C):33-41**
- A. Santamaría. **Terapia puente en los pacientes anticoagulados :¿todavía esa es la cuestión?.** Med Clin (Barc). 2017;149(7):303–304
- Casariego Vales Emilio, Matesanz Fernández María et al. **Guía Clínica de Nuevos anticoagulantes orales.** Fistera. 2016
- **Informe de Posicionamiento Terapéutico.** Criterios y recomendaciones generales para el uso de los anticoagulantes orales directos (ACOD) en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular . Ministerio de Sanidad. 2016 .
- Pérez Villarroja Jose Carlos. **Los nuevos anticoagulantes orales en la fibrilación auricular no valvular. ¿Goodbye, Sintrom®?** Amf 2017;13 (4):211-219
- Ficha técnica de Dabigatran, Apixaban, Rivaroxaban, Edoxaban