

I Jornada de anticoagulación oral: buscando el manejo óptimo del paciente
Miércoles, 15 de Junio de 2022

TIPOS DE ANTICOAGULANTES ORALES

Rafael Martos Martínez

S^o Hematología y Hemoterapia

Hospital Universitario General de Villalba

rafael.martos@hgvillalba.es

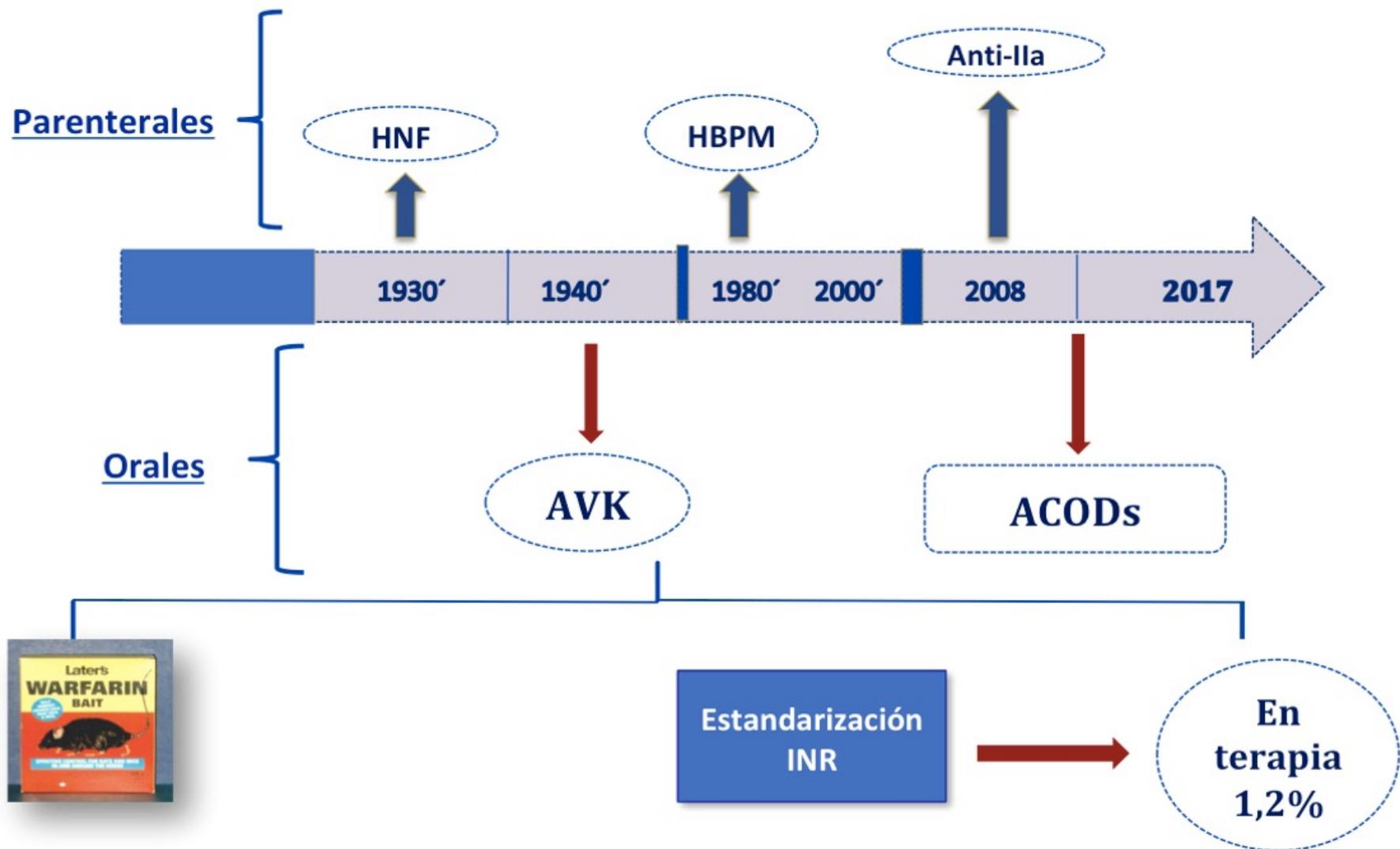


ÍNDICE

1. Introducción.
2. Tipos de anticoagulantes orales.
3. Inicio de tratamiento con anticoagulantes orales.
Monitorización.
4. *Indicaciones.* Situaciones inciertas.
5. Elección e inicio del tratamiento anticoagulante.
6. Complicaciones hemorrágicas: Manejo y tratamiento. Antídotos

Evolución de la terapia anticoagulante

I Jornada de anticoagulación oral



¿Cómo ha evolucionado la nomenclatura?

INGLÉS

ESPAÑOL

2008

New Oral Anticoagulants
Novel Oral Anticoagulants
(NOACs)

Nuevos Anticoagulantes Orales
(NACOs)

(Más de 5
años en el
mercado)

↓

Non-vitamin K antagonist
oral anticoagulants
(NOACs)

2015-

↓

Direct Oral Anticoagulants
(DOACs)

↓

Anticoagulantes Orales
Directos
(AODs)

ANTI VITAMINA-K: Fortalezas y Debilidades

Fármacos de gran utilidad terapéutica

Muy malas características farmacológicas

* Respuesta no predecible

(Interacción con fármacos, alimentos, inicio lento, etc.)

* Mecanismo de acción (múltiples dianas)

(Sobre proteínas procoagulantes- FII, VII, IX y X – y anticoagulantes – PC y PS -)

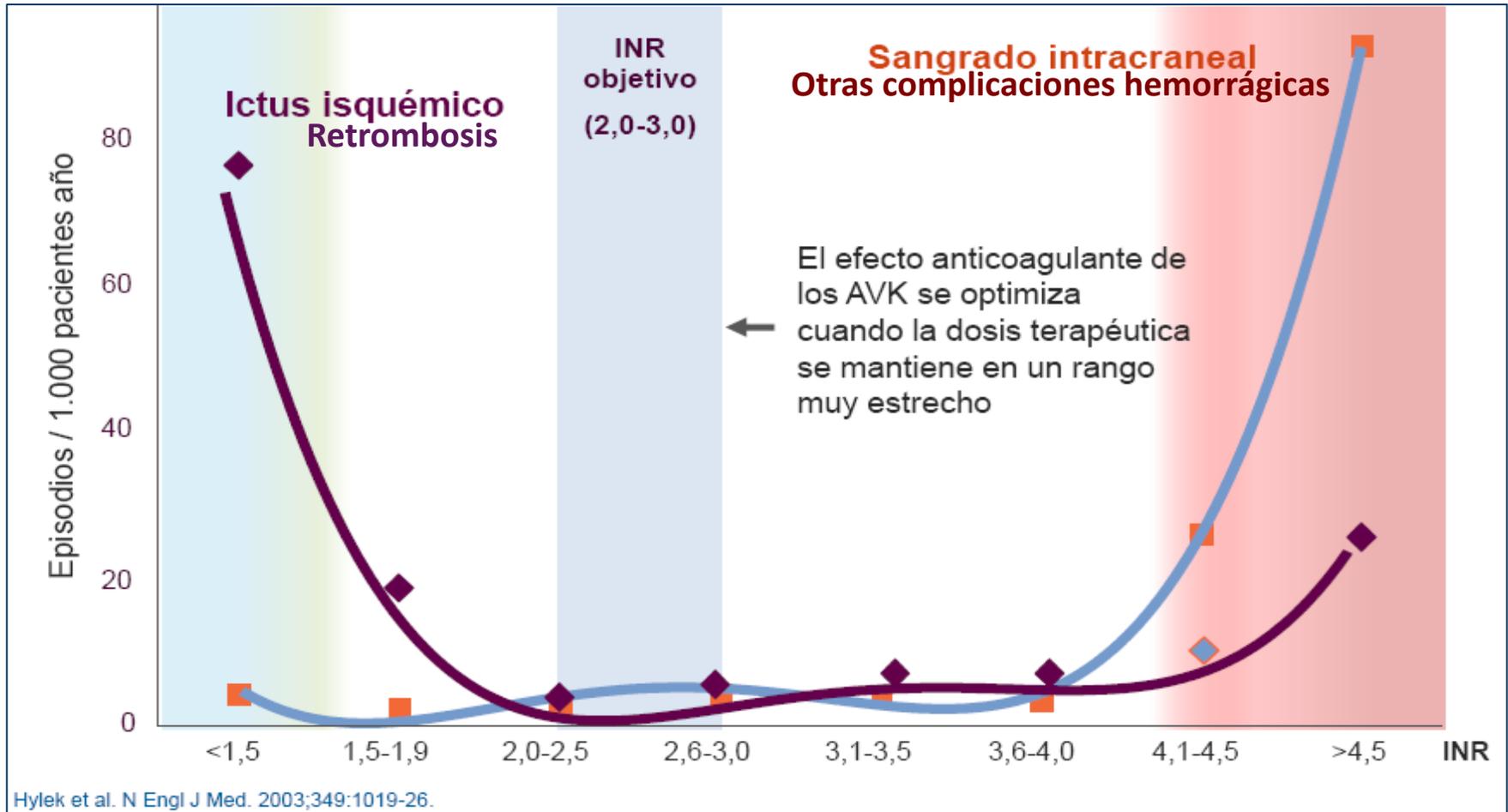
• Vida media larga

Dificultad para revertir (antídoto)

• Necesidad de estricto control biológico periódico

Estrecha ventana terapéutica (INR 2-3)

LIMITACIONES DE LOS ANTI VITAMINA-K



Su eficacia y seguridad dependen del:

- Tiempo que el paciente mantenga su INR entre 2 y 3.
- Tiempo en rango terapéutico (TRT)
 - Fórmula de Rosendaal
 - $TRT = \frac{\text{N}^\circ \text{ de INR en rango}}{\text{N}^\circ \text{ total de INR}}$
 - Se considera un TRT insuficiente si es <65%

¿POR QUÉ LOS ACODS?

- Necesidad de un anticoagulante oral con amplio margen terapéutico.
- Escasa variabilidad intraindividual. Eficaz y seguro.
- Administración a dosis fijas sin precisar monitorización rutinaria.
- Efecto anticoagulante predecible y mantenido
- Pocas interacciones y tan seguros y eficaces como los AVK.
- Fácil control de complicaciones hemorrágicas.
- Tratamiento coste efectivo

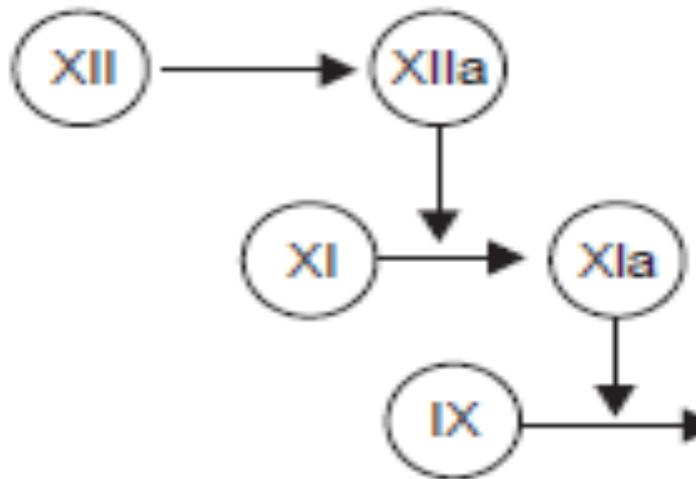
ÍNDICE

1. Introducción.
2. Tipos de anticoagulantes orales.
3. Inicio de tratamiento con anticoagulantes orales.
Monitorización.
4. *Indicaciones.* Situaciones inciertas.
5. Elección e inicio del tratamiento anticoagulante.
6. Complicaciones hemorrágicas: Manejo y tratamiento. Antídotos

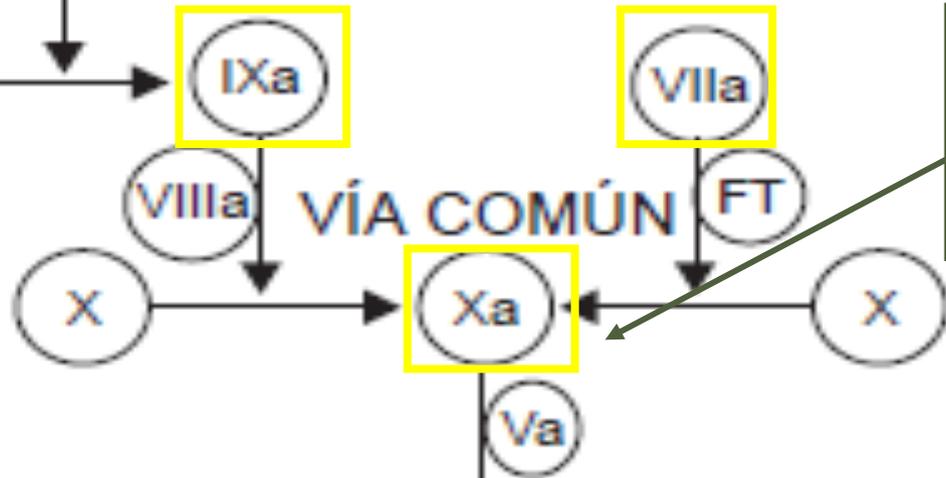
Tipos de anticoagulantes orales

- Antivitamina-k (AVK)
 - ✓ Acenocumarol
 - ✓ Warfarina
- Anticoagulantes orales de acción directa.
 - ❖ Inhibidores directos del factor Xa:
 - ✓ Rivaroxaban
 - ✓ Apixaban
 - ✓ Edoxaban
 - ❖ Inhibidores de la trombina (IIa):
 - ✓ Dabigatran

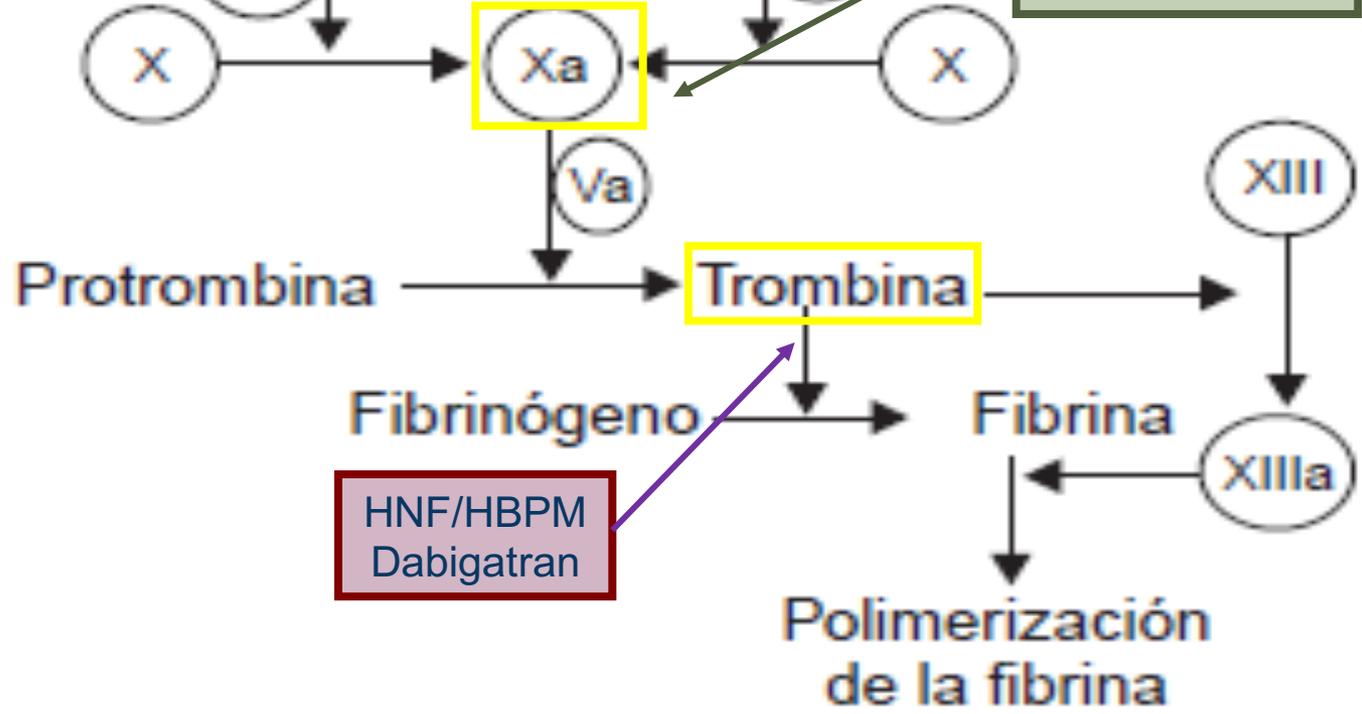
VIA INTRINSECA



VIA EXTRINSECA



VÍA COMÚN



HNF/HBPM
Rivaroxaban
Apixaban
Edoxaban

VITAMINA K
DEPENDIENTES

Antitrombina

AntiXa

HNF/HBPM
Dabigatran

¿CUÁLES SON LAS VENTAJAS DE LOS AVK vs. ACOD?

1. Amplia experiencia de utilización y familiaridad en el manejo.
2. Bajo coste y amplia disponibilidad → financiados en todas indicaciones.
3. Existe antídoto efectivo (VK y complejo protrombínico) y amplia experiencia en revertir el efecto anticoagulante.
4. Actividad medible por INR → indicativo de la adherencia al tratamiento.
5. Se pueden utilizar (y se alcanza efecto anticoagulante) en caso de insuficiencia renal grave, pacientes sobrepeso extremo o polimedicación
6. La duración del efecto es más prolongada que la de los ACOD, por lo que la omisión de una dosis es menos problemática *¿beneficio?*
7. Indicados en pacientes con válvulas cardíacas protésicas y niños.

¿CUÁLES SON LAS VENTAJAS DE LOS ACODS vs. AVK?

1. No requieren control de INR, por lo que suponen una menor carga del tratamiento y menor número de visitas de control para el paciente.
2. Preferibles a los AVK en pacientes que presentan dificultades para el control del INR
3. Menor riesgo de hemorragia intracraneal (HIC) que los AVK.
4. Efecto anticoagulante inmediato¹.
5. No tienen interacciones relevantes con los alimentos.
6. Pueden utilizarse en pastilleros (*dabigatrán* debe estar dentro de su blíster)

ÍNDICE

1. Introducción.
2. Tipos de anticoagulantes orales.
3. Inicio de tratamiento con anticoagulantes orales.
Monitorización.
4. Indicaciones. Situaciones inciertas.
5. Elección e inicio del tratamiento anticoagulante.
6. Complicaciones hemorrágicas: Manejo y tratamiento. Antídotos

Errores más frecuentes en el manejo de la anticoagulación oral

Prescripción	<ul style="list-style-type: none"> - No documentar de forma clara la prescripción - Errores de dosificación por no considerar las características del paciente (edad, función renal o hepática) - Desconocimiento de las interacciones - Errores en el rango de INR (2 -3 vs. 2,5-3,5)
Administración en centros sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> - Equivocación de la dosis de acenocumarol (1 mg y 4 mg) - No seguir precauciones específicas, como la de evitar la administración de fármacos por vía intramuscular
Información a pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de información y educación a pacientes y cuidadores - Falta de adherencia al tratamiento
Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Fallos en la documentación del INR (AVK) - Falta de seguimiento de la función renal u otros parámetros (ACOD)
Finalización	<ul style="list-style-type: none"> - No documentar la duración del tratamiento
Otros	<ul style="list-style-type: none"> - En el periodo perioperatorio - En las transiciones entre distintas TAO y entre TAO y HBPM - Al asociar la TAO con antiagregantes

Monitorización: ¿Cuándo y cómo hacer el control?

- En VK no más de 4-5 semanas si adecuado control.
- En los estudios clínicos efectuados con los ACODs, para evaluar eficacia y seguridad no se efectuó monitorización de la actividad anticoagulante → no hay datos objetivos para efectuar recomendaciones claras.
- Basado en las características de los ACODs:
 - ✓ Variabilidad interindividual es baja
 - ✓ Vida media es corta
 - ✓ Interacciones con otros fármacos son limitadas.

Monitorización: ¿Cuándo y cómo hacer el control?

- Una opción es hacer un seguimiento de los pacientes al mes y a los 3 meses, y posteriormente, cada 6-12 meses.
- Paralelamente debe valorarse el *Aclaramiento Creatinina*
- Situaciones especiales: ¿cuándo es útil?
 - Complicaciones hemorrágicas o trombóticas
 - Planificar intervención quirúrgica
 - Valorar efectos adversos
 - Interacciones medicamentosas



Monitorización: Test de Laboratorio

Opciones para medir el efecto farmacocinético:

- ✓ Test globales de coagulación: TT, TP, TTPA.
- ✓ Pruebas cromogénicas que determinen la inhibición del FXa o FIIa.
- ✓ Test funcionales de generación de trombina.
- ✓ Determinación de niveles plasmáticos de los diferentes fármacos.

Monitorización: Test de Laboratorio

	DABIGATRÁN	RIVAROXABAN	APIXABÁN
TEST	UTILIDAD	UTILIDAD	UTILIDAD
TP	Poco sensible	Útil y disponible	Útil y disponible
TP DILUIDO	Más sensible que TP	Más sensible que TP*	Más sensible que TP
TT	Excesivamente sensible: poco útil	No útil	No útil
TTPA	Sensible, útil y disponible	Menos sensible que TP	Menos sensible que TP
Anti-IIa Cromogénico	Escasos datos: no disponible	No útil	No útil
Anti-Xa Cromogénico	No efecto	Seguro y preciso: el test más prometedor	Más sensible que TP y TTPA prometedor

Monitorización: Test de Laboratorio

	DABIGATRÁN	RIVAROXABAN	APIXABÁN
TEST	UTILIDAD	UTILIDAD	UTILIDAD
TP	Poco sensible	Útil y disponible	Útil y disponible
TP DILUIDO	Más sensible que TP	Más sensible que TP*	Más sensible que TP
TT	Excesivamente sensible: poco útil	No útil	No útil
TTPA	Sensible, útil y disponible	Menos sensible que TP	Menos sensible que TP
Anti-IIa Cromogénico	Escasos datos: no disponible	No útil	No útil
Anti-Xa Cromogénico	No efecto	Seguro y preciso: el test más prometedor	Más sensible que TP y TTPA prometedor

Monitorización: Test de Laboratorio (IV)

	DABIGATRÁN
TEST	UTILIDAD
TP	Poco sensible
TP DILUIDO	Más sensible que TP
TT	Excesivamente sensible: poco útil
TTPA	Sensible, útil y disponible
Anti-IIa Cromogénico	Escasos datos: no disponible
Anti-Xa Cromogénico	No efecto

- **TT y TTPA:** Valoración cualitativa de la acción anticoagulante.
- **Cirugía de urgencia:** TTPA.
- Prueba que muestra una mejor correlación con la concentración de dabigatrán:
 - **Tiempo de la Ecarina (TE):** Valoración del riesgo hemorrágico.
 - **Hemoclot:** Correlación con concentración del fármaco.

NO DE URGENCIA Y NO DISPONIBLE

Monitorización: Test de Laboratorio

	DABIGATRÁN	RIVAROXABAN	APIXABÁN
TEST	UTILIDAD	UTILIDAD	UTILIDAD
TP	Poco sensible	Útil y disponible	Útil y disponible
TP DILUIDO	Más sensible que TP	Más sensible que TP*	Más sensible que TP
TT	Excesivamente sensible: poco útil	No útil	No útil
TTPA	Sensible, útil y disponible	Menos sensible que TP	Menos sensible que TP
Anti-IIa Cromogénico	Escasos datos: no disponible	No útil	No útil
Anti-Xa Cromogénico	No efecto	Seguro y preciso: el test más prometedor	Más sensible que TP y TTPA prometedor

Monitorización: Test de Laboratorio

	DABIGATRÁN	RIVAROXABAN	APIXABÁN
TEST	UTILIDAD	UTILIDAD	UTILIDAD
TP	Poco sensible	Útil y disponible	Útil y disponible
TP DILUIDO	Más sensible que TP	Más sensible que TP*	Más sensible que TP
TT	Excesivamente sensible: poco útil	No útil	No útil
TTPA	Sensible, útil y disponible	Menos sensible que TP	Menos sensible que TP
Anti-IIa Cromogénico	Escasos datos: no disponible	No útil	No útil
Anti-Xa Cromogénico	No efecto	Seguro y preciso: el test más prometedor	Más sensible que TP y TTPA prometedor

Monitorización: Test de Laboratorio

	DABIGATRÁN	RIVAROXABAN	APIXABÁN
TEST	UTILIDAD	UTILIDAD	UTILIDAD
TP	Poco sensible	Útil y disponible	Útil y disponible
TP DILUIDO	Más sensible que TP	Más sensible que TP*	Más sensible que TP
TT	Excesivamente sensible: poco útil	No útil	No útil
TTPA	Sensible, útil y disponible	Menos sensible que TP	Menos sensible que TP
Anti-IIa Cromogénico	Escasos datos: no disponible	No útil	No útil
Anti-Xa Cromogénico	No efecto	Seguro y preciso: el test más prometedor	Más sensible que TP y TTPA prometedor

Monitorización: Recomendaciones



- En el momento actual **no se recomienda monitorización rutinaria** del efecto anticoagulante y por lo tanto no existen recomendaciones sobre cuándo debe hacerse la monitorización o sobre la periodicidad de la misma.
- Una posible opción es hacer un seguimiento de los pacientes **al mes y a los 3 meses** de iniciado el tratamiento y posteriormente **cada 6-12 meses**
- Si se realiza la monitorización, la extracción debe hacerse **a las 2-3 horas** de la toma del fármaco (niveles pico), y si queremos conocer los niveles valle, la muestra debe obtenerse previamente a la siguiente dosis.
- Test de coagulación normales obtenidos a las 2-3 horas de la toma del fármaco en el que se presupone la concentración máxima del fármaco (niveles pico) sugieren que el paciente no está tomando el anticoagulante.
- Test de coagulación excesivamente prolongados previos a la siguiente dosis sugieren incremento del riesgo hemorrágico.
- Paralelamente debe valorarse el **ClCr**.

ÍNDICE

1. Introducción.
2. Tipos de anticoagulantes orales.
3. Inicio de tratamiento con anticoagulantes orales. Monitorización.
4. **Indicaciones.** Situaciones inciertas.
5. Elección e inicio del tratamiento anticoagulante.
6. Complicaciones hemorrágicas: Manejo y tratamiento. Antídotos

INDICACIONES

	APIXABAN	RIVAROXABAN	DABIGATRAN	EDOxabAN
FANV	Prevención del ictus embolia sistémica en pacientes adultos con FANV con uno o más factores de riesgo: Ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos Edad \geq 75 años Hipertensión Diabetes mellitus Insuficiencia cardíaca sintomática (\geq clase 2 NYHA)			
EDEV	Tratamiento de la TVP y la EP Prevención de las recurrencias de la TVP y EP en pacientes adultos.			
Cirugía ortopédica	Prevención de VTE en adultos que han sido sometidos a cirugía electiva de reemplazo de rodilla o cadera.			-----
Síndrome Coronario Agudo (SCA)	-----	Coadministrado con ASA o ASA +Clopidogrel o Ticlopidina: prevención de eventos aterotrombóticos en adultos tras un SCA con biomarcadores cardiacos elevados.	-----	-----

Áreas Inciertas

- Cardioversión
- Cáncer: Leucemia Linfática Crónica
- Síndrome Antifosfolipídico
- Trombofilia
- Embarazo
- Niños



ÍNDICE

1. Introducción.
2. Tipos de anticoagulantes orales.
3. Inicio de tratamiento con anticoagulantes orales.
Monitorización.
4. *Indicaciones.* Situaciones inciertas.
5. Elección e inicio del tratamiento anticoagulante.
6. Complicaciones hemorrágicas: Manejo y tratamiento. Antídotos



ABC.es
ACTUALIDAD OPINIÓN DEPORTES CULTURA ESTILO TV MULTIMEDIA BLOGS COMUNIDAD
España Internacional Economía Sociedad El Papa Toros Madrid Ediciones Ciencia Medios Familia Defensa
imprimir enviar por email rectificar Comentar Me gusta 16
Adiós al Sintrom
A | BARCELONA Domingo, 30-08-09
El anticoagulante oral por excelencia, más conocido por su nombre comercial -Sintrom-, podría tener los días contados.
Un estudio internacional basado en una muestra de 18.00 pacientes procedentes de 900 centros y 40 países subraya las propiedades de un nuevo principio activo que mantiene la eficacia del Sintrom, aunque conlleva menos complicaciones -hemorragias- para los pacientes.
El cardiólogo Josep Brugada, coordinador del equipo español que ha participado en el estudio, indicó ayer a ABC que este nuevo medicamento, el Dabigatrán, «tiene un efecto mucho más estable y permite a los pacientes no estar permanentemente sometidos a análisis». El cardiólogo recordó que los pacientes tratados con Sintrom «están ligados a controles cada cuatro semanas, mientras que con este nuevo anticoagulante quedan liberados». Añadió que una de las ventajas del nuevo fármaco es que al ser más inocuo «puede administrarse a personas mayores que no estaban tratadas». El estudio se publicará en el New England Journal of Medicine.

es con fibrilación auricular -la arritmia antes como warfarina (Aldocumar es su terapia exige controles periódicos y alimentos para evitar interacciones. hemorragia. Una alternativa presentada elona podría ser una opción segura y

Situación actual de ACODs en España

2021



COUNTRY	MS%
Belgium	62.8%
Greece	60.8%
Germany	54.1%
Switzerland	56.1%
Portugal	52.9%
Austria	52.6%
Norway	51.7%
Denmark	50.5%
Poland	48.9%
Sweden	43.3%
Ireland	39.7%
France	39.3%
Czech	37.0%
Italy	36.1%
Romania	26.2%
UK	22.6%
Spain	21.9%
Finland	20.1%
Netherlands	13.5%

Informe de posicionamiento terapéutico y visados

Los AVK continúan siendo la opción terapéutica recomendada en el marco del SNS. ACODs solo en las siguientes situaciones:

A.- Situaciones Clínicas:

- Pacientes con hipersensibilidad conocida o con contraindicación específica al uso acenocumarol
- Pacientes con antecedentes de HIC
- Pacientes con ictus isquémico que presenten criterios clínicos y de neuroimagen de alto riesgo de HIC
- Pacientes en tratamiento con AVK que sufren episodios tromboembólicos arteriales graves a pesar de un buen control de INR

B.- Situaciones relacionadas con el control INR

- Pacientes que han iniciado tratamiento con AVK con imposibilidad de mantener un control de INR dentro de rango (2-3) a pesar de un buen cumplimiento terapéutico
- Imposibilidad de acceso al control de INR convencional



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

agencia española de
medicamentos y
productos sanitarios

**INFORME DE POSICIONAMIENTO TERAPÉUTICO
UT_ACOD/V5/21112016**

**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**

Fecha de publicación: 21 de noviembre de 2016

Informe de posicionamiento terapéutico y visados

Los AVK continúan siendo la opción terapéutica recomendada en el marco del SNS. ACODs solo en las siguientes situaciones:

A.- Situaciones Clínicas:

- Pacientes con hipersensibilidad conocida o con contraindicación específica al uso acenocumarol
- Pacientes con antecedentes de HIC
- Pacientes con ictus isquémico que presenten criterios clínicos y de neuroimagen de alto riesgo de HIC
- Pacientes en tratamiento con AVK que sufren episodios tromboembólicos arteriales graves a pesar de un buen control de INR

B.- Situaciones relacionadas con el control INR

- Pacientes que han iniciado tratamiento con AVK con imposibilidad de mantener un control de INR dentro de rango (2-3) a pesar de un buen cumplimiento terapéutico
- Imposibilidad de acceso al control de INR convencional



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

agencia española de
medicamentos y
productos sanitarios

**INFORME DE POSICIONAMIENTO TERAPÉUTICO
UT_ACOD/V5/21112016**

**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**

Fecha de publicación: 21 de noviembre de 2016

Elección del tratamiento anticoagulante

- Pacientes que deben permanecer con Cumarínicos
 - Pacientes con bajo riesgo de sangrado y buen control
 - Pacientes con patología GI (sangrado, dispepsia)
 - Aclaramiento de Creatinina < 30mL/min

Elección del tratamiento anticoagulante

- Pacientes que deben permanecer con Cumarínicos
 - Pacientes con bajo riesgo de sangrado y buen control
 - Pacientes con patología GI (sangrado, dispepsia)
 - Aclaramiento de Creatinina < 30mL/min

- Pacientes en los que se podría plantear el cambio a ACODs
 - Pacientes con historia de sangrado intracraneal
 - Pacientes con alto riesgo de ictus
 - Pacientes en los que no se pueda hacer controles periódicos

Elección del tratamiento anticoagulante

- **Pacientes que deben permanecer con Cumarínicos**
 - Pacientes con bajo riesgo de sangrado y buen control
 - Pacientes con patología GI (sangrado, dispepsia)
 - Aclaramiento de Creatinina < 30mL/min

- **Pacientes en los que se podría plantear el cambio a ACODs**
 - Pacientes con historia de sangrado intracraneal
 - Pacientes con alto riesgo de ictus
 - Pacientes en los que no se pueda hacer controles periódicos

- **Pacientes que deben pasar a los nuevos anticoagulantes**
 - Mal control terapéutico: imposible mantener INR en rango a pesar de buen cumplimiento terapéutico¹.
 - Interferencias medicamentosas o alergia al acenocumarol
 - Pacientes con FA que hacen un ACV INR rango terapéutico

Inicio de tratamiento con AVK

- Inicio acción 48-72 horas. Recomendado presentación de 4mg.
- <65 años: empezar con 14 mg semanales de acenocumarol (2 mg/día).
- >65 años: 7 mg semana (1 mg/día). También en IH, desnutrición.
- Tomar fuera de las comidas, preferiblemente por la tarde o noche (permite si es necesario el cambio de dosis).
- El ajuste siempre se hace en función de la dosis total semanal (DTS).
- Pautar HPBM profiláctica en pacientes con alto riesgo ETEV hasta alcanzar niveles terapéuticos.
- Primer control INR al 3º día del inicio del tratamiento.
- Sigüientes controles cada una o dos semanas, espaciándolos según los resultados, hasta conseguir el INR adecuado (máximo 5-6 semanas)

Inicio de tratamiento con ACODs

	DABIGATRAN	RIVAROXABAN	APIXABAN	EDOxabAN
POSOLOGÍA	150 mg/12h	20 mg/24h	5 mg/12h	60 mg/24h
Ajuste de dosis	110 mg/12h en: <ul style="list-style-type: none"> • Edad ≥ 80 años • Tratamiento con verapamilo Valoración individual (150 mg/12h vs. 110 mg/12h): ClCr 30-50 y/o edad 75-79 años, gastritis, esofagitis o reflujo gastroesofágico, peso < 50 kg.	15 mg/24h: <ul style="list-style-type: none"> • ClCr 15-49 	2,5 mg/12h: <ul style="list-style-type: none"> • ClCr 15- 29 • ≥ 2 criterios entre: <ul style="list-style-type: none"> • edad ≥ 80 años • peso ≤ 60 kg • creatinina sérica $\geq 1,5$ mg/dl 	30 mg/24h: <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 1 criterios entre: <ul style="list-style-type: none"> • ClCr 15-50 • peso ≤ 60 k • tratamiento con ciclosporina, dronedarona, eritromicina o ketoconazol

ÍNDICE

1. Introducción.
2. Tipos de anticoagulantes orales.
3. Inicio de tratamiento con anticoagulantes orales.
Monitorización.
4. *Indicaciones.* Situaciones inciertas.
5. Elección e inicio del tratamiento anticoagulante.
6. Complicaciones hemorrágicas: Manejo y tratamiento. Antídotos

Complicaciones Hemorrágicas: Recomendaciones

- Primero establecer la gravedad de la hemorragia (leve, moderada y severa) y la localización.
- Similar a los protocolos de actuación frente a hemorragias secundarias a fármacos antitrombóticos:
 - ✓ Retirada del fármaco, soporte CH, en hemorragias graves agentes que regeneren trombina...
- Registrar la hora de la última dosis tomada.
- Analítica general que incluya función renal y tiempos de coagulación.

Complicaciones Hemorrágicas: Antídotos

➤ AVK

- Vitamina K
- Plasma fresco congelado
- Complejo protrombínico

➤ ACODs

- Carbón activado (dabigatrán y apixabán)
- Diálisis (dabigatrán)
- Plasma fresco congelado. Complejo protrombínico
- Idarucizumab (*praxbind*[®]) – dabigatrán
- *Andexanet* -- rivaroxabán y apixaban

Complicaciones Hemorrágicas: Manejo

SANGRADO LEVE

SANGRADO
MODERADO

SANGRADO GRAVE

SANGRADO LEVE

- Retrasar o suspender el fármaco.
- Hemostasia local si es posible.
- Epistaxis o gingivorragias → antifibrinolíticos tópicos*.

SANGRADO MODERADO

SANGRADO GRAVE

SANGRADO LEVE

- Retrasar o suspender el fármaco.
- Hemostasia local si es posible.
- Epistaxis o gingivorragias → antifibrinolíticos tópicos.

SANGRADO MODERADO

- Suspender fármaco y control hemodinámico paciente.
- Si <2 horas de la ingesta del fármaco → Carbón activado (útil con Dabigatrán y Apixabán).
- Localización de la hemorragia y corrección quirúrgica.
- Si compromiso hemodinámico → CPP. Corrige el TP en caso de rivaroxabán pero no para dabigatrán. ¿FVIIR?

SANGRADO GRAVE

SANGRADO LEVE

- Retrasar o suspender el fármaco.
- Hemostasia local si es posible.
- Epistaxis o gingivorragias → antifibrinolíticos tópicos.

SANGRADO MODERADO

- Suspender fármaco y control hemodinámico paciente.
- Si <2 horas de la ingesta del fármaco → Carbón activado (útil con Dabigatrán y Apixabán).
- Localización de la hemorragia y corrección quirúrgica.
- Si compromiso hemodinámico → CPP. Corrige el TP en caso de rivaroxabán pero no para dabigatrán. ¿FVIIr?

SANGRADO GRAVE

- Similar a sangrado moderado.
- Si hemorragia por Dabigatrán → opción dializar al paciente 4 horas o hacer una hemofiltración con carbón activado.
 - Esta opción no es valida para los fármacos anti-Xa
- CCPA y de FVIIr exclusivamente compromiso vital*.

I Jornada de anticoagulación oral: buscando el manejo óptimo del paciente
Miércoles, 15 de Junio de 2022

TIPOS DE ANTICOAGULANTES ORALES

Rafael Martos Martínez

S^o Hematología y Hemoterapia

Hospital Universitario General de Villalba

rafael.martos@hgvillalba.es

