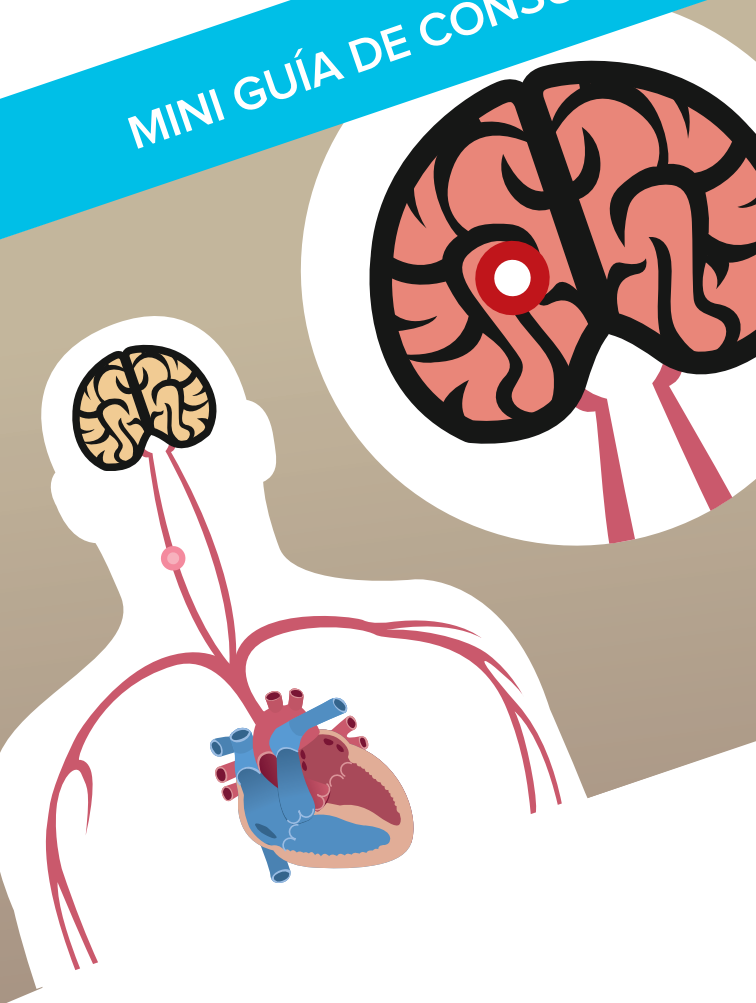


PROGRAMA PACIENTE EXPERTO ANTICOAGULADO

con FA

MINI GUÍA DE CONSULTA



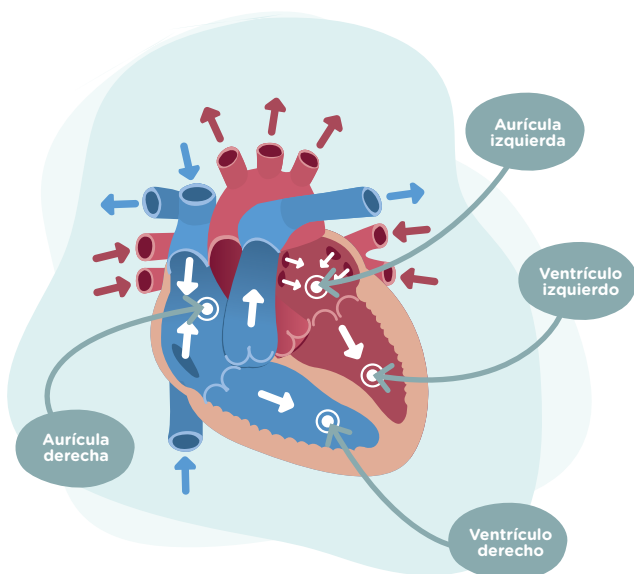
Feasan

FEDERACIÓN ESPAÑOLA
DE ASOCIACIONES
DE ANTICOAGULADOS

1. Qué es la fibrilación auricular

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca más frecuente en nuestro país y en el resto del mundo. Es un trastorno del ritmo del corazón que provoca la pérdida de sincronía del latido normal porque el impulso eléctrico del corazón no es regular.

En condiciones normales, el corazón puede bombear toda la sangre que el cuerpo necesita sin esforzarse demasiado. Para ello juegan un papel importante las aurículas y los ventrículos, que dividen nuestro corazón en cuatro cavidades y cuya contracción y relajación facilita el llenado y vaciado de la sangre del corazón, respectivamente.



La contracción coordinada de las aurículas y ventrículos se produce de manera rítmica, regular y constante, lo que conocemos como ritmo sinusal o ritmo normal.

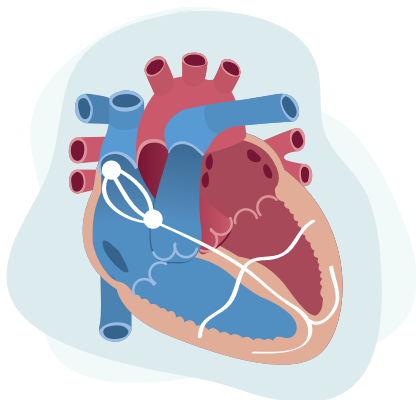
Dicho ritmo se autorregula en función de las demandas externas, es decir aumenta cuando estamos practicando una actividad física y disminuye cuando estamos en reposo.

Para que esto se produzca nuestro corazón dispone de un marcapasos natural, o también llamado nodo sinusal, capaz de autoestimularse y producir la corriente eléctrica necesaria y al ritmo necesario, para excitar a las aurículas y que éstas se contraigan.

En la fibrilación auricular la arritmia nace en las aurículas. Las aurículas mandan señales eléctricas rápidas y desorganizadas originando contracciones muy rápidas e irregulares: esto es lo que llamamos fibrilación. En vez de contraerse parece que tiemblen. Puede que se contraigan más de 300 veces/min. en un sentido caótico.

Corazón sano

- ⦿ Activación regular y rítmica de las aurículas
- ⦿ Contracción regulares y rítmicas de los ventrículos

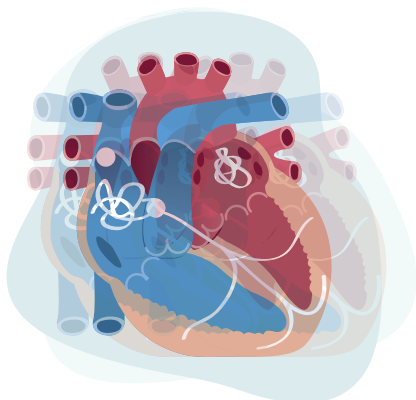


Intervalo R-R regular



Fibrilación auricular

- ⦿ Activación irregular y expansión por las aurículas
- ⦿ Contracciones rápidas e irregulares de los ventrículos



Intervalo R-R irregular



En la fibrilación auricular el cuerpo, en vez de recibir una constante y regular cantidad de sangre de los ventrículos, recibe cantidades rápidas y pequeñas y en ocasiones aleatorias. Todo depende de la cantidad de sangre que fluya de las aurículas a los ventrículos con cada latido del corazón.

Cuando el corazón fibrila no puede bombear tanta sangre como el cuerpo necesita, la sangre se estanca en las aurículas porque

éstas no se vacían completamente dentro de los dos ventrículos. De ahí que exista riesgo de formación de coágulos sanguíneos en el interior del corazón.

¿Cuáles son los síntomas?

Muchas personas con FA no presentan síntomas visibles y eso dificulta su diagnóstico. Sin embargo, los síntomas más frecuentes son:

- ⦿ Palpitaciones irregulares
- ⦿ Taquicardia
- ⦿ Sensación de cansancio o fatiga
- ⦿ Dificultad para respirar
- ⦿ Vértigo o mareo

¿Cuáles son las causas?

La fibrilación auricular (FA) puede deberse a otras patologías del corazón, pero puede ocurrir en corazones normales. Aproximadamente, el 11% de las personas afectadas de FA no presentan una causa identificable.

La hipertensión arterial (HTA) es probablemente la causa más frecuente de la FA. Se atribuye a la hipertensión hasta un 30% de todas las FA, llegando hasta más del 60% de las FA de causa no valvular. Las principales causas asociadas a la aparición de la fibrilación auricular son:

- ⦿ Hipertensión arterial
- ⦿ Enfermedad valvular (*valvulopatías*)
- ⦿ Insuficiencia cardiaca
- ⦿ Cardiopatía isquémica
- ⦿ Diabetes
- ⦿ Estrés emocional y físico
- ⦿ Consumo elevado de alcohol
- ⦿ Consumo de drogas (*especialmente las estimulantes*)

¿A quiénes afecta?

La fibrilación auricular (FA) puede afectar tanto a hombres como a mujeres y se vuelve más común con la edad. En España, alrededor de 800.000 personas están afectadas de esta arritmia, y la cifra aumenta año tras año, principalmente por el envejecimiento de la población. Esta incidencia se produce de igual manera en el resto de Europa y del mundo, en la actualidad cerca de 6 Millones de personas la sufren en Europa.

La edad media de presentación de la FA son los 75 años. El riesgo de manifestar una FA en personas de más de 40 años es de un 20-25%, o dicho de otra manera, de 1 de cada 4 personas.

Un riesgo que se multiplica al ir sumando años, en mayores de 65 años el riesgo es del 70%, 7 de cada 10 personas.

¿Cómo se trata?

El tratamiento de la fibrilación auricular (FA) depende de la severidad de los síntomas y la frecuencia con que se producen.

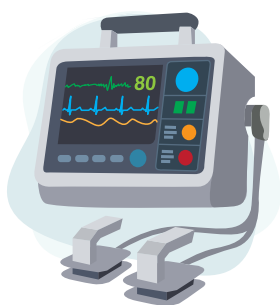
El tratamiento principalmente se dirige a:

- ⦿ **Controlar el ritmo cardíaco** para que sea regular y constante
- ⦿ **Prevenir la formación de coágulos** en el corazón
- ⦿ **Tratar la causa** que provoca la FA

Existen diferentes tipos de tratamientos de la FA:

Farmacológicos / Químicos

No farmacológicos



Cardioversión eléctrica

La cardioversión es un procedimiento mediante el cual se intenta revertir la arritmia de la FA a un ritmo normal.

Implica la restauración del ritmo cardíaco normal mediante la aplicación de una o varias descargas eléctricas de corriente continua que se aplica mediante un dispositivo llamado desfibrilador. Es una intervención rápida de poco más de **30 min.** que requiere la sedación (anestesia) del paciente. Es una técnica que suele utilizarse cuando la arritmia no consigue controlarse con medicamentos.



Cardioversión química/farmacológica

Se realiza con fármacos antiarrítmicos como la amiodarona, dronedarona, etc. La cardioversión farmacológica es más simple que la eléctrica, sobretodo porque no requiere anestesia, pero suele ser menos efectiva. Se plantea para los pacientes con FA de menos de 48 horas de evolución.

En general, los antiarrítmicos tienen como efecto secundario una frecuencia cardíaca demasiado lenta, por lo que la **fatiga, el cansancio, el mareo o las pérdidas de conocimiento** son los efectos secundarios más frecuentes. Estos fármacos son útiles en el tratamiento de todas las formas y fases de la fibrilación auricular.

La ablación

La técnica consiste en aislar o “desconectar” eléctricamente a las venas pulmonares causantes del desbarajuste eléctrico que lleva a que el corazón fibrile. Para llegar a las venas pulmonares se utiliza un catéter que se introduce por la zona de la ingle.

El paciente suele estar despierto. Requiere de 24 a 48 horas de ingreso porque el paciente debe quedar unas horas inmóvil por riesgo de sangrado o trombosis. Es una alternativa quirúrgica cuando no funciona la cardioversión. Existen diferentes técnicas de ablación:

- ⦿ **Ablación por radiofrecuencia.** Se aplica calor (pequeñas descargas eléctricas) para aislar las venas pulmonares.
- ⦿ **Ablación por frío o crioablación.** Es una técnica más avanzada. Se aplica frío (nitrógeno a $-40/-70^{\circ}$) para aislar las venas pulmonares.

Los antiagregantes plaquetarios

Son fármacos que actúan sobre la capacidad de agregación de las plaquetas, impidiendo que hagan su función. Las plaquetas son un componente de la sangre que tiene la misión de prevenir las hemorragias mediante la formación de un trombo en cualquier zona de sangrado, interrumpiendo de ese modo la pérdida de sangre e iniciando las tareas de reparación. Es un mecanismo de defensa de nuestro cuerpo.

Estos fármacos se indican en la fibrilación auricular para prevenir la formación de coágulos que podrían causar un ictus, aunque su uso en pacientes con FA mayores de 65 años sólo estaría justificado en aquellos que no presentan otros factores de riesgo cardiovascular o que muestran contraindicaciones para la anticoagulación.

Algunos ejemplos de antiagregantes plaquetarios son: ácido acetilsalicílico, clopidogrel, etc.

Los anticoagulantes

Son fármacos que hacen que la sangre tarde más tiempo en coagular para que no se forme una trombosis o un ictus, pero no son capaces de disolver el coágulo que ya se ha formado.”

En España cerca de 500.000 pacientes con fibrilación auricular reciben tratamiento con anticoagulantes. Existen diferentes tipos de anticoagulantes (AC):

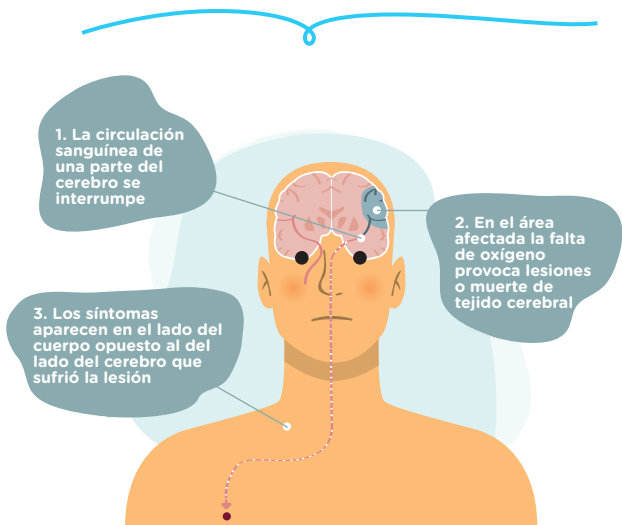
- 🕒 **AC inyectables.** Se administran por vía venosa o por vía subcutánea. Los más conocidos son las heparinas fragmentadas y las heparinas de bajo peso molecular.
- 🕒 **AC orales.** Comprimidos que se administran oralmente. Existen diferentes tipos de anticoagulantes orales.

2. Qué es el ictus?

El ictus, accidente cerebrovascular o embolia (diferentes denominaciones para una misma definición) es la interrupción brusca de la circulación en el cerebro, la cual impide el consecuente aporte de oxígeno que necesita para funcionar.

Las consecuencias del ictus dependerán de la intensidad y de la zona cerebral afectada.

¿Cómo se produce?

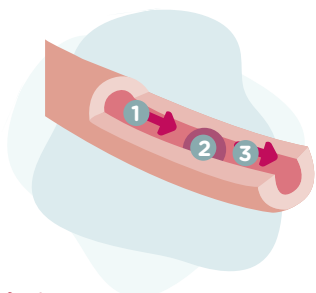


El ictus puede producirse tanto por una disminución importante del flujo sanguíneo que recibe una parte de nuestro cerebro como por el efecto inverso, una hemorragia originada por la rotura de un vaso cerebral. Existen dos tipos de ictus:

Isquémico

El ictus isquémico es debido a una falta de llegada de sangre a una determinada zona del cerebro. [Infarto cerebral.](#)

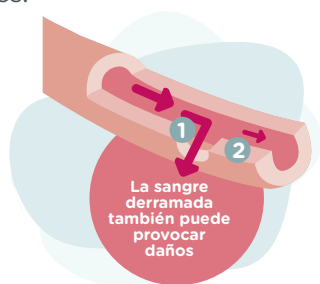
1. Un coágulo circula por la sangre dirección al cerebro.
2. Se ancla en algún punto de la arteria y provoca la obstrucción.
3. Con menos sangre, la falta de oxígeno provoca daños en la zona no irrigada.



Hemorrágico

El ictus hemorrágico está causado por la rotura de un vaso sanguíneo del cerebro. **Hemorragia cerebral.**

1. La pared debilitada de una arteria se rompe. Esto puede ser favorecido por la hipertensión.
2. La sangre que sale del vaso roto comprime las células nerviosas del entorno por “ocupación de espacio”, provocando daños celulares irreversibles.



¿Cuáles son las causas del ictus?

Los principales factores de riesgo reconocidos del ictus son:

Edad

A partir de los 60 el riesgo de ictus es mayor.

Sexo/género

En general el ictus se da más entre los hombres que entre las mujeres, aunque la mortalidad es mayor en las mujeres.

Raza

La raza negra americana presenta cierta predisposición a padecer un ictus.

Antecedentes familiares

Una historia familiar de ictus ofrece cierta predisposición genética.

Hipertensión arterial

Una tensión arterial alta (tanto máxima como mínima, o ambas), debe ser controlada porque aumenta el riesgo de ictus.

Cardiopatías isquémicas

Enfermedades cardíacas de origen arteriosclerótico (p.e. infarto de miocardio o angina de pecho).

Tabaco

El consumo de tabaco se relaciona a la arteriosclerosis y a las enfermedades del corazón, y por tanto, a un aumento del riesgo de ictus.

Diabetes mellitus

Obstruye los vasos y estos están en todos los órganos importantes del cuerpo. Hasta un 20% de los ictus lo sufren personas diabéticas.

Ataque isquémico transitorio (AIT)

El paciente puede sufrir transitoriamente todos los síntomas de un ictus establecido aunque estos desaparecen sin dejar ninguna secuela. Un AIT previo aumenta el riesgo de sufrir un ictus.

Alcohol y otras drogas

Aumentan el riesgo.

Anticonceptivos

Parecen aumentar el riesgo de ictus si se suman otros factores, sobre todo el tabaco o padecer otra enfermedad vascular o cardíaca.

Fibrilación auricular

Esta arritmia cardíaca multiplica el riesgo de sufrir un ictus y es causante del 20% de los ictus.

¿A quiénes afecta el ictus?



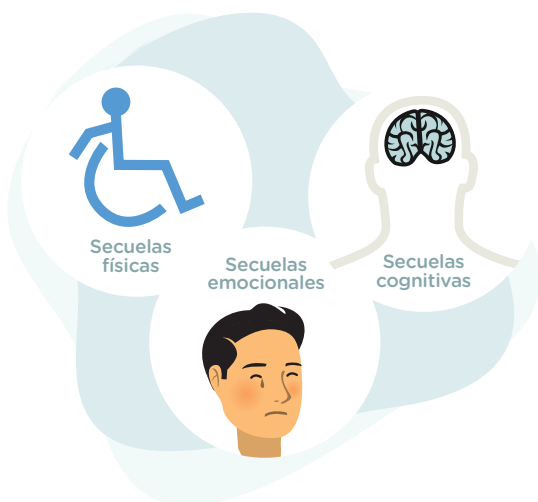
En España se producen al año aproximadamente 130.000 nuevos casos de ictus. El 75% de los ictus ocurren en personas de más de 65 años. Es más común en edades avanzadas, aunque 1 de cada 4 ictus ocurre en menores de 50 años. El ictus es la segunda causa de muerte en España, la primera en las mujeres.

123456

Una de cada seis personas sufrirá un ictus a lo largo de su vida

¿Cuáles son las consecuencias de sufrir un ictus?

Cuando se sufre un ictus, el daño en nuestro cerebro puede ser irreparable. Puede dejar graves secuelas que afecten al desarrollo de actividades de la vida cotidiana. El ictus isquémico es el más frecuente y el más grave. Más del 60% de las personas que sufren un ictus fallecen o sufren una discapacidad grave como secuela.



¿Cómo detectar el ictus?

Preste especial atención a estos signos o síntomas.



Pérdida de sensibilidad y fuerza de la cara, brazo y/o pierna de un lado del cuerpo, de inicio brusco.



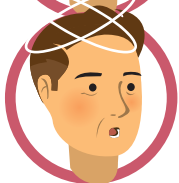
Alteración repentina del habla, dificultad para expresarse y ser comprendido por quien nos escucha.



Pérdida súbita de visión parcial o total en uno o ambos ojos, visión doble.



Dolor de cabeza súbito o intensidad no habitual y sin causa aparente.



Sensación de vértigo, inestabilidad, desequilibrio y confusión repentina.

Ante estos signos llame [al 112](tel:112) para acudir al hospital cuanto antes, las primeras horas son clave.

3. El riesgo de ictus en la fibrilación auricular

Uno de los principales peligros de la fibrilación auricular es la formación de coágulos sanguíneos en el interior del corazón. La contracción incorrecta y descoordinada de las aurículas hacia los ventrículos hace que puedan quedar restos de sangre en las aurículas, formando coágulos de sangre que en cualquier momento pueden desprenderse, viajar por el torrente sanguíneo hasta obstruir dicha circulación. Si impiden que la sangre llegue al cerebro, las células cerebrales no obtienen el oxígeno que necesitan para sobrevivir, dañando gravemente la zona afectada.

Sufrir fibrilación auricular supone un importante factor de riesgo de ictus, ya que esta arritmia **aumenta el riesgo de ictus isquémico en aproximadamente 5 veces**. En España, entre el 11% y el 20% de los ictus que se producen son causados por la FA. Los ictus debidos a la FA suelen ser más graves, incrementándose el riesgo de muerte (en un 20%) y de discapacidad (en un 60%), de ahí la importancia de prevenirlo.



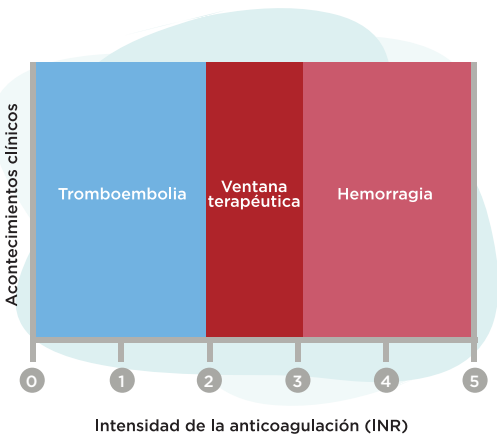
¿Cómo prevenir el ictus en la fibrilación auricular?

Lo primordial es el diagnóstico precoz. Cuanto antes se diagnostique la fibrilación auricular (FA), antes se controlará el riesgo de sufrir un ictus. Una vez se diagnostica la FA la clave es determinar el riesgo de ictus que presenta cada paciente y tratar de controlarlo. Suele ser eficaz el uso de tratamientos antitrombóticos, como los antiagregantes plaquetarios y/o los anticoagulantes. Los primeros se usan como tratamiento preventivo cuando el riesgo de ictus es bajo y los segundos se usan cuando el riesgo es moderado o alto.

Los anticoagulantes son fármacos que retardan la coagulación de la sangre, es decir, no evitan que se forme el coágulo sino que lo retardan para que no se forme dentro de los vasos sanguíneos, haciendo más difícil que se produzca una trombosis o un ictus.

¿Qué significa estar bien anticoagulado?

Existe un índice normalizado y universal conocido por sus siglas como INR, el cual permite determinar el tiempo que tarda nuestra sangre en coagular. En función de la causa que motive la indicación de anticoagulación el INR se deberá mantener en un rango u otro. Cuando la anticoagulación se indica para la prevención del ictus en la fibrilación auricular, el INR se mantendrá en un rango de entre 2.0-3.0, esto quiere decir que la sangre del paciente tardará en coagular entre 2 y 3 veces más que la población sana.



El paciente anticoagulado debe estar el mayor tiempo posible dentro de su rango terapéutico, que es muy estrecho, es decir, al menos 7 de cada 10 controles del INR.

Fármacos que reducen el riesgo de ictus

En la actualidad, existen dos tipos de anticoagulantes orales (ACO), los **ACO Clásicos** o también conocidos como antivitamina K, y los **ACO de Nueva Generación**.

Anticoagulantes orales clásicos (ej. acenocumarol, warfarina...)

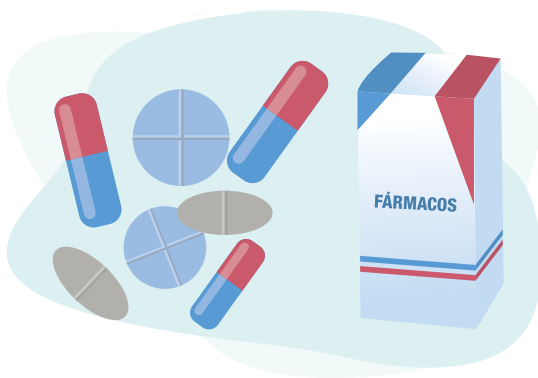
Fueron descubiertos hace más de 70 años. Modifican la capacidad de coagular de la sangre inhibiendo la vitamina K, una sustancia que participa en el proceso de coagulación. Los ACO clásicos se caracterizan por:

- ⦿ Presentar un estrecho margen terapéutico
- ⦿ Su inicio de acción es lento (tardan unos días en hacer efecto).
- ⦿ Su vida media es más o menos larga y sus efectos sobre la coagulación tardan en desaparecer (unos días en el caso de la *warfarina*).

- Presentan numerosas interacciones con otros fármacos y con la dieta debido a que la vitamina K es muy abundante sobre todo en la familia de las “coles”.
- Su efecto varía entre paciente y paciente (variabilidad genética y comorbilidad de otras enfermedades presentes).

La cantidad de anticoagulante que necesita cada paciente puede modificarse en el transcurso del tratamiento, por ello es imprescindible efectuar controles periódicos del INR y adaptar la dosificación si fuera necesario.

Este aspecto resulta cuanto menos incómodo para el paciente, que debe acudir a su centro de salud u hospitalario, cada 4 a 6 semanas, a realizarse dicho control.



Anticoagulantes de nueva generación (ej. dabigatrán, rivaroxabán, apixabán...)

Aunque forman parte del grupo de los nuevos anticoagulantes orales, cada uno de ellos presenta algunas características diferenciadoras del resto.

En general estos nuevos anticoagulantes se caracterizan porque:

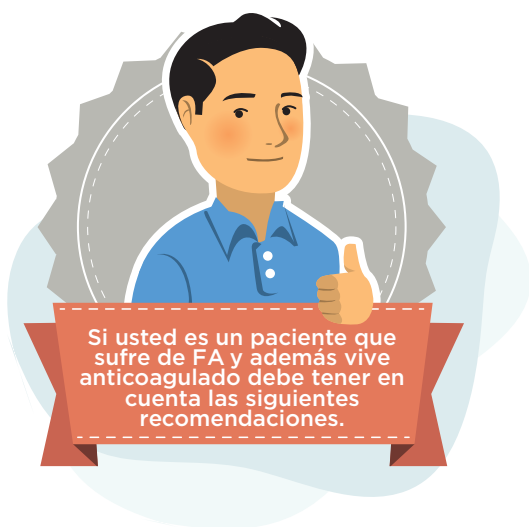
- Ejercen un efecto inhibitor directo sobre determinados factores clave de la coagulación (la trombina en el caso de *dabigatrán* y el factor Xa en el caso de *rivaroxabán* y *apixabán*).
- Presentan un efecto anticoagulante inmediato, prolongado y predecible.
- Presentan pocas interacciones con otros fármacos y con la dieta.
- Ofrecen un tratamiento muy cómodo y seguro, porque son dosis fijas que no requieren controles analíticos, periódicos y frecuentes. En el caso de *rivaroxabán* además se administra en una dosis única al día.
- En la práctica habitual, ante situaciones no urgentes, la suspensión de estos fármacos entre 12 y 24 horas hace desaparecer su efecto anticoagulante y permite el adecuado manejo del paciente ante cirugías programadas o exploraciones invasivas.
- Debido a que se eliminan principalmente por el riñón (caso de *dabigatrán*) o el hígado (caso de *rivaroxabán*), estos anticoagulantes están contraindicados en pacientes con insuficiencia renal grave y/o con hepatopatía (*rivaroxabán*). Por ello, se exige una evaluación renal previa antes de introducir estos nuevos anticoagulantes.

Si usted es un paciente que está anticoagulado, recuerde siempre...

- 1 La protección frente a los trombos y embolias no es total, si se controla adecuadamente disminuye mucho el riesgo. **IMPLÍQUESE EN ELLO.**
- 2 El objetivo del tratamiento anticoagulante es preventivo no curativo. La anticoagulación no le va a solucionar ningún problema de salud que ya tenga.
- 3 El beneficio que le proporciona la medicación es a costa de un pequeño riesgo hemorrágico, por lo que deberá colaborar para disminuir ese riesgo.

4. Vivir anticoagulado con fibrilación auricular

Con un tratamiento y seguimiento adecuados el pronóstico de la fibrilación auricular (FA) es bueno y las complicaciones poco frecuentes, aunque no debemos olvidar que esta patología y su tratamiento pueden condicionar determinados aspectos de la vida diaria de los pacientes.



Modere el consumo de alcohol y limite el consumo de bebidas estimulantes

La nicotina puede agravarle la FA, además de que es perjudicial para otras enfermedades, evite su consumo.

Cuide su tensión arterial y colesterol

Preste atención a los medicamentos sin receta o productos de herbolario.

Consulte siempre con su médico

Evite ejercicio físico intenso y prolongado, además de cualquier deporte de contacto que podría ocasionarle una hemorragia

El estrés puede desencadenar la FA, contrólole y relájese

Debe advertir a todos los profesionales sanitarios que le atiendan que está tomando anticoagulantes y su tipo.

Es necesario programar con su médico todo procedimiento que implique riesgo hemorrágico antes de someterse a él (ej. extracción dental o una intervención quirúrgica)

Evite ponerse inyecciones intramusculares por el riesgo de hematomas

Acuda a su médico cuanto antes si ha quedado embarazada, el tratamiento anticoagulante podría afectar al embrión

Nunca, bajo ningún concepto, debe interrumpir el tratamiento por su cuenta.

Tome el anticoagulante siempre a la misma hora, si se olvida tómelo al acordarse y vaya ajustando el horario de toma progresivamente (mínimo 12h entre toma y toma)

Siga una dieta equilibrada y saludable, especialmente si toma anticoagulantes orales clásicos

Controle las posibles hemorragias que puedan surgir. Algunos síntomas de hemorragia son: hemorragia en la nariz que no se para, dolor de cabeza intenso con vómitos, esputos con sangre, heces de color negro y pastoso, sangre en orina, etc. Si esto se produce acuda a su médico cuanto antes.

Puede además consultar la web del Programa de paciente experto anticoagulado: www.pacienteexpertoanticoagulado.org

FEASAN Federación Española
de Asociaciones de Anticoagulados
Teléfono: 963 525 577
www.anticoagulados.info

Tu asociación más cercana

Andalucía

ACAP Asociación de Pacientes
Cardíacos y Anticoagulados Portuenses
Teléfono: 956 872 155

ACPA Asociación Cordobesa
de Pacientes Anticoagulados
Móvil: 687 440 736

AGAC Asociación Gaditana de Pacientes
Anticoagulados y Portadores de Válvulas
Cardíacas
Teléfono: 956 017 365

ASPAYPVC Asociación Sevillana de Pacientes
Anticoagulados y Portadores de Válvulas
Cardíacas
Teléfono: 649 832 283

Aragón

ASANAR Asociación de Anticoagulados
de Aragón
Teléfono: 976 226 660

Cataluña

POVACC Portadores de Válvulas Cardíacas
de Cataluña
Teléfono: 649 750 396

Comunidad de Madrid

AEPOVAC Asociación Española de Portadores
de Válvulas Cardíacas y Anticoagulados
Teléfono: 915 437 802/03/04

AMAC Asociación Madrileña de
Pacientes Anticoagulados y Cardiovasculares
Móvil: 630 027 133

Comunidad Valenciana

AMCA Associació de Malalts
Cardíacs i Anticoagulats d'Ontinyent
Móvil: 634 262 365

AVAC Asociación Valenciana de
Anticoagulados y Portadores
de Válvulas Cardíacas
Teléfono: 963 525 577

Galicia

APACAM Asociación de Pacientes Cardiopatas
y Anticoagulados de La Coruña
Teléfono: 981 278 173

País Vasco

AVET Asociación Vizcaína
para enfermos de Trombosis
Teléfono: 944 236 497

CON LA COLABORACIÓN DE

