

## ANTICOAGULACIÓN CRÓNICA EN PACIENTES CON FA Y HEMORRAGIA INTRACRANEAL ESPONTANEA

*Autor: Javier Ángel Rodríguez Calvillo (Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. CS Sangonera la Verde, Murcia)*

*Fecha de publicación: 23/10/2023*

*Patología: FA y otras arritmias / Categoría: Controversia*

*Tiempo de lectura: 3 minutos*



*Este post incluye opiniones de su autor. Las partes del texto subrayadas contienen **enlaces** a la evidencia científica en la que se sustenta.*

Se recomienda anticoagular a los pacientes con fibrilación auricular (FA) y una puntuación de riesgo CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc  $\geq 1$  en varones y  $\geq 2$  en mujeres, priorizándola frente al riesgo de sangrado, pero sin olvidarnos de identificar y corregir los factores hemorrágicos para mejorar el balance riesgo/beneficio.

La estimación del balance riesgo/beneficio nos permitirá decidir la mejor terapia anticoagulante, que va desde los anticoagulantes anti-vitamina K hasta los dispositivos de [cierre de orejuela](#), pasando por los anticoagulantes orales directos. Sobre estos últimos, los estudios principales (*que demostraron un riesgo de hemorragia intracraneal significativamente menor en comparación con los antivitamina K*) y de vida real nos aportan información para nuestra toma de decisiones, dilucidando cuál de los anticoagulantes orales directos es el más indicado, según el perfil hemorrágico de nuestro paciente (*por ejemplo, que el dabigatrán se asocia a un riesgo mayor de sangrado digestivo*).

La decisión de anticoagulación se hace especialmente difícil en aquellos pacientes con riesgo cardioembólico por FA y que han sufrido una hemorragia intracraneal espontánea, puesto que tienen mayor riesgo de accidente cerebrovascular isquémico y de hemorragia intracraneal recurrente, y la evidencia científica es confusa. Aunque disponemos de datos observacionales que sugieren el beneficio neto de la anticoagulación, nos falta evidencia

científica de calidad. Por el momento, se recomienda la individualización en la toma de decisiones.

Por suerte, actualmente están en marcha varios estudios aleatorizados que pretenden arrojar luz sobre este tema: los estudios **SoSTART**, **APACHE-AF**, **NASPAF-ICH** y **ELDERCARE-AF** y **ENRICH-AF**, incluyen pacientes con FA y hemorragia intracraneal. Los datos disponibles hasta el momento (*excepto del estudio ENRICH-AF*) han sido analizados por el grupo **COCROACH** en un [metaanálisis publicado en Lancet Neurology](#).

El metaanálisis incluyó un total de 412 pacientes con FA y hemorragia intracraneal espontánea, con dos brazos, uno con tratamiento anticoagulante oral (*99% oral directo*) y otro sin anticoagulación (*33% de los cuales tenían monoterapia antiplaquetaria y el 67% no tenían ningún tipo de terapia antitrombótica*).

El objetivo principal del metaanálisis fue cualquier accidente cerebrovascular o la muerte cardiovascular, siendo inferior en el grupo de anticoagulación con un HR de 0,68 (*IC 95% 0,42-1,1*), pero sin datos concluyentes. Resultados menos discutibles fueron los relacionados con los eventos adversos cardiovasculares isquémicos mayores, siendo inferiores en el brazo de la anticoagulación, con un HR 0,27 con IC 95%. 0,13-0,56. No hubo diferencias significativas en las hemorragias mayores ni en la mortalidad por cualquier causa, muerte o dependencia después de 1 año, ahora bien, el tamaño del estudio era insuficiente. No había diferencias entre los diferentes subgrupos.

Respecto al estudio **ENRICH-AF**, sus investigadores han publicado [una nota informativa anunciando](#) que los pacientes del estudio con hemorragias intracraneales cerebrales lobares y subaracnoideas de la convexidad (*relacionadas probablemente con angiopatía amiloide cerebral y que se caracterizan por una alta tasa de recurrencia*) que estaban en el brazo del anticoagulante (**edoxabán**), presentaron un riesgo inaceptablemente alto de accidente cerebrovascular hemorrágico recurrente, por lo que han decidido suprimirles el edoxabán y prohibir la inscripción de más pacientes con este tipo de hemorragia.

Tras los datos anunciados relacionados con el estudio **ENRICH-AF**, los pacientes con hemorragia lobar y con hemorragia subaracnoidea de la convexidad no deberían ser candidatos a anticoagulación oral crónica, en cambio, tenemos más seguridad de los beneficios de la anticoagulación oral para reducir el riesgo de eventos isquémicos mayores cardiovasculares en el resto. Debemos esperar a la finalización de los estudios en marcha.



Ilustración 1. Conclusión comunicación estudio ENRICH-AF. Adaptado CARPRIMARIA

## REFERENCIAS

[Anticoagulation in patients with cerebral amyloid angiopathy](#)

## OTROS ARTÍCULOS DE INTERÉS

[¿Cuándo debo anticoagular al paciente con fibrilación auricular?](#)

[Anticoagulación según función renal](#)

[¿Si no puedo/debo anticoagular a mi paciente con FA? VIDEO](#)