



medicina general y de familia

edición digital

www.mgyf.org



Revisión

Inicio de la anticoagulación en la consulta de atención primaria en caso de primer diagnóstico de fibrilación auricular

Daniel Grados Saso^{a,*}, Isabel Blasco González^b, Ana María Martínez Royo^a, Guillermo Castaño Doste^c, Patricia Irigaray Sierra^a

^aServicio de Cardiología. Hospital de Barbastro (Huesca). ^bCentro de Salud Monzón Urbano. Monzón (Huesca).

^cCentro de Salud de Barbastro (Huesca).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 7 de enero de 2025

Aceptado el 31 de agosto de 2026

On-line el 27 de octubre de 2026

Palabras clave:

Fibrilación

Anticoagulación

Atención primaria

R E S U M E N

En la consulta de atención primaria no es infrecuente el diagnóstico de fibrilación auricular (FA) previamente no conocida. Se dispone de diversas escalas validadas y documentos para guiar la decisión de anticoagulación en la actualidad, que proporcionan información muy detallada, pero pueden llevar a ser poco resolutivos en el día a día. Por ello es importante disponer de herramientas que permitan al profesional iniciar de modo seguro este tratamiento, que sean útiles y sencillas de manejar. Existen además múltiples situaciones clínicas que obligan a individualizar el tratamiento. Es recomendable realizar una aproximación práctica y estructurada en varios pasos que sintetizan lo más esencial para decidir el abordaje anticoagulante en caso de un paciente que se presenta con primer diagnóstico de FA en la consulta de atención primaria y ofrecer respuestas a las preguntas más frecuentes que pueden surgir en cada caso concreto.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

Initiation of anticoagulation therapy in primary care upon initial diagnosis of atrial fibrillation. Questions and answers

A B S T R A C T

In primary care consultations, it is not uncommon to diagnose previously unknown atrial fibrillation. There are currently several validated scales and documents available to guide the decision to anticoagulate, which provide very detailed information but can be unhelpful in day-to-day practice. It is therefore important to have tools that enable healthcare professionals to initiate this treatment safely and that are useful and easy to use. There are also many clinical situations that require individualised treatment. It is advisable to take a practical, structured approach in several steps that summarise the most essential

Keywords:

Fibrillation

Anticoagulation

Primary care

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dgrados@salud.aragon.es (D. Grados Saso).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.037>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

information for deciding on anticoagulant management for a patient presenting with a first diagnosis of AF in the PC setting, providing answers to the most frequently asked questions that may arise in a specific case.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Published by E-Medfarma 2020, S.L.

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida más frecuente; afecta al 1-2 % de la población general¹. Se considera una de las epidemias cardiovasculares² del siglo XXI y se asocia a un aumento de la morbilidad, principalmente a expensas del accidente cerebrovascular (ACV). La anticoagulación ha demostrado disminuir la incidencia y gravedad de este tipo de episodios³.

En la consulta de atención primaria (AP) no es infrecuente el diagnóstico de FA previamente no conocida. La anticoagulación se debe plantear siempre, independientemente de la presencia de sintomatología o no, pues continúa existiendo cierta inercia terapéutica en el inicio de la anticoagulación. Es importante remarcar que, desde el diagnóstico, el paciente debe estar protegido del riesgo de ictus isquémico.

Se dispone de diversas escalas validadas para guiar la decisión de anticoagulación. Existen múltiples situaciones clínicas que obligan a individualizar el tratamiento. Es importante contar con herramientas útiles y sencillas de manejar que permitan al profesional iniciar de modo seguro este tratamiento.

Proponemos una aproximación práctica y estructurada en varios pasos que sintetizan lo más esencial para decidir el abordaje anticoagulante en un paciente que se presenta con primer diagnóstico de FA; ofrecemos respuestas a las preguntas más frecuentes que pueden surgir en cada caso concreto.

Con el acrónimo ARIES realizamos el proceso de decisión de tratamiento anticoagulante. (A: asegurar diagnóstico; R: evaluación de riesgos trombótico y hemorrágico; I: establecer indicación de anticoagulación; E: elección del anticoagulante más adecuado para nuestro paciente; S: planificar seguimiento).

A: Asegurar el diagnóstico de fibrilación auricular

El ECG compatible con fibrilación auricular se identifica por tres características fundamentales: 1) intervalos irregulares RR, 2) ausencia de ondas P y 3) actividad auricular irregular. Es esencial diferenciar la fibrilación auricular de la extrasistolia supraventricular frecuente, que, en ocasiones, puede aparentar una FA³ y que no requiere tratamiento anticoagulante.

R: Riesgos trombótico y hemorrágico

La estratificación del riesgo trombótico se establece en base a partir de la escala CHA₂DS₂-VA (tabla 1), que ha sido actualizada en las últimas guías y sustituye al clásico CHA₂DS₂VASc. Se ha eliminado la categoría sexo y se simplifica este paso⁴; previamente se sumaba un punto en caso de mujeres y posteriormente se restaba a la hora de sentar la indicación de anticoagulación⁵.

Para evaluar el riesgo hemorrágico, las recientes guías europeas de fibrilación auricular¹ no recomiendan una escala concreta de riesgo hemorrágico, ya que todas ellas presentan limitaciones⁶. El alto riesgo de sangrado no es contraindicación para inicio de anticoagulación. Se deben corregir los factores de riesgo modificables⁷. Esto implica optimizar el control de la hipertensión arterial, evitar el consumo de alcohol y el uso de fármacos antiinflamatorios y antiagregantes innecesarios⁸. Se debe reforzar la adhesión al tratamiento.

Tabla 1 – Escala CHA₂DS₂VA: riesgo trombótico.

Escala CHA ₂ DS ₂ VA		
C	Insuficiencia cardíaca congestiva (clínica de insuficiencia cardíaca, evidencia objetiva de disfunción del VI moderada-grave o miocardiopatía hipertrófica)	1
H	Hipertensión arterial o con tratamiento antihipertensivo	1
A	Edad de al menos 75 años	2
D	Diabetes mellitus: tratamiento con hipoglicemiantes orales o insulina, o glucemia en ayunas > 125 mg/dl	1
S	Antecedentes de ictus: isquémico previo, accidente isquémico transitorio o tromboembolismo	2
V	Enfermedad vascular: enfermedad coronaria significativa, infarto de miocardio previo, enfermedad arterial periférica, placa aórtica	1
A	Edad de al menos 65 años	1
VI: ventrículo izquierdo.		

I: Indicación de anticoagulación

Como norma general, la anticoagulación está indicada a partir de una puntuación de 1 en la escala CHA2DS2VA (figura 1).

Son frecuentes las siguientes cuestiones:

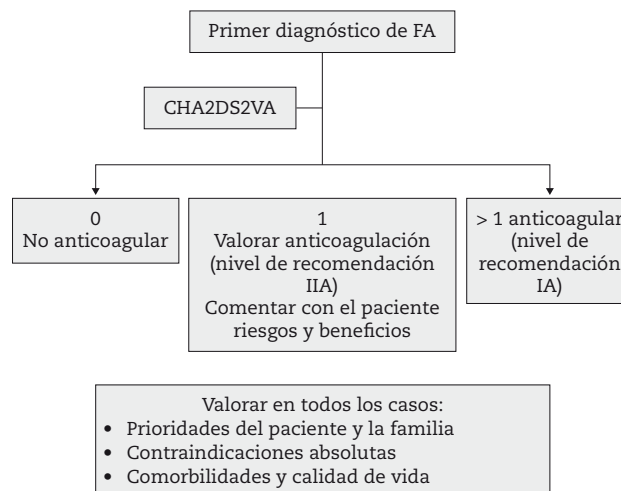
- ¿Qué hacer en caso de CHADsVA de 1? Comentar y consensuar con el paciente riesgos y beneficios del tratamiento anticoagulante. Se recomienda anticoagular si el riesgo de sangrado no es elevado.
- ¿Existe alguna contraindicación absoluta para el inicio de anticoagulación? La sospecha de hemorragia activa grave, la hipertensión arterial grave no controlada, la hemorragia intracraneal reciente y la diátesis hemorrágica grave (trombopenia < 20.000 plaquetas/ml).

E: Elección del fármaco anticoagulante y su dosis apropiada

Una vez sentada la indicación de anticoagulación, debemos elegir el fármaco más adecuado para nuestro paciente. Se recomienda el uso preferente de los anticoagulantes de acción directa (ACOD). El perfil del paciente y sus preferencias⁹ orientarán hacia un ACOD u otro (tabla 2).

Son frecuentes las siguientes cuestiones:

- ¿Cuáles son las contraindicaciones para el tratamiento con anticoagulantes orales de acción directa? Prótesis mecánicas y estenosis mitral reumática moderada o grave¹⁰.
- ¿Es obligatorio conocer los datos del ecocardiograma antes de anticoagular a un paciente con ACOD? No es imprescindible.



CHADSVA: escala de riesgo trombótico; FA: fibrilación auricular.

Figura 1 – Decisión de indicación de anticoagulación en función de resultado de escala CHA2DS2VA.

Las dosis son un punto especialmente importante, ya que una posología inadecuada puede exponer al paciente a riesgo de episodios trombóticos¹¹ (tabla 3). Fundamentalmente debemos prestar atención a tres aspectos:

- Función renal. Es el parámetro más importante, ya que el metabolismo de los ACOD es predominantemente renal y en caso de insuficiencia renal¹² el paciente podría presentar concentraciones supratrapéuticas con la dosis estándar.

Tabla 2 – Elección del tipo de anticoagulante oral de acción directa por perfil del paciente.

Características del paciente	Anticoagulante de uso preferente
Preferencia por dosis única diaria	Rivaroxabán o edoxabán
Alto riesgo de sangrado gastrointestinal	Apixabán o dabigatrán
Accidente cerebrovascular recurrente, episodio embólico	Dabigatrán (150 mg)
Síntomas gastrointestinales o dispepsia	Apixabán, rivaroxabán, edoxabán

Tabla 3 – Elección de dosis adecuada de anticoagulante oral de acción directa.

Aclaramiento de creatinina	Dabigatrán	Apixabán	Rivaroxabán	Edoxabán
> 50 ml/min	150 mg/12 h	5 mg/12 h	20 mg/24 h	60 mg/24 h
30-50 ml/min	110 mg/12 h (también si alto riesgo de sangrado o ≥ 80 años)	5 mg/12 h 2,5 mg/12 h si cumple 2 o más: 1. Creatinina ≥ 1,5 mg/dl 2. ≥ 80 años 3. Peso ≤ 60 kg	15 mg/24 h	30 mg/24 h si cumple 1 o más: 1. Peso ≤ 60 kg 2. Inhibidores de GpP (verapamilo, quinidina) 3. FG 30-50 ml
15-29 ml/min	CONTRAINDICADO	2,5 mg/12 h	15 mg/24 h	30 mg/24 h
< 15 ml/min	CONTRAINDICADO	CONTRAINDICADO	CONTRAINDICADO	CONTRAINDICADO
Diálisis	CONTRAINDICADO	CONTRAINDICADO	CONTRAINDICADO	CONTRAINDICADO

GpP: glicoproteína p.

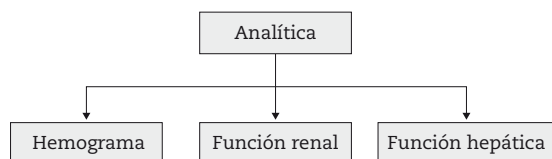


Figura 2 – Parámetros a valorar en control analítico tras inicio de anticoagulante oral de acción directa.

- Peso del paciente. Pesos inferiores a 60 kg pueden requerir ajuste de dosis en función del anticoagulante hayamos seleccionado.
- Medicación. Determinados medicamentos, sobre todo inhibidores potentes de la glucoproteína P, pueden interactuar con algunos anticoagulantes.

S: Planificar el seguimiento

A la hora de organizar el seguimiento del paciente, es fundamental planificar una visita de revisión con los siguientes objetivos:

- Comprobar con el paciente la adecuada adhesión al tratamiento¹³.
- Aparición de episodios trombóticos y hemorrágicos.
- Resultado de analítica de sangre de control al cabo de un mes¹⁴ (figura 2).

Existen algunos casos particulares que obligan a individualizar el tratamiento.

- Embarazo. Los AVK son teratogénicos¹⁵ en primer trimestre (sobre todo a dosis altas). Hay que suspenderlos en las últimas semanas (puede usarse heparina de bajo peso molecular. Los ACOD están contraindicados en el embarazo y la lactancia¹⁶.
- Paciente anciano/frágil. No hay estudios que sugieran que en los pacientes ancianos hay menor beneficio de la anticoagulación. Es muy importante tener en cuenta las comorbilidades, polifarmacia¹⁷ y valorar la necesidad de reducción de dosis con los mismos criterios que el resto de pacientes y optar con preferencia¹⁸ por los ACOD. Las caídas en el anciano por sí solas no son contraindicación para inicio de anticoagulación. Es preciso realizar una valoración integral¹⁹ que incluya eliminar en lo posible elementos que favorezcan las caídas (iluminación, movilidad).
- Tras ablación de fibrilación auricular debe mantenerse la anticoagulación durante al menos los primeros tres meses²⁰.

Financiación

No se ha recibido ningún apoyo financiero para la realización de la investigación o preparación del artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés relacionado con el contenido del artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Van Gelder IC, Rienstra M, Bunting KV, Casado-Arroyo R, Caso V, Crijns HJGM, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J*. 2024;45(36):3314-414. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae176>
2. Cheng S, He J, Han Y, Han S, Li P, Liao H, et al. Global burden of atrial fibrillation/flutter and its attributable risk factors from 1990 to 2021. *Europace*. 2024;26(7):euae195. <https://doi.org/10.1093/europace/euae195>
3. Sellal JM, Hammache N, Echivard M. La fibrillation atriale en 2025; diagnostic et prise en charge. *Rev Med Interne*. 2025;46(10):575-9. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2025.02.010>
4. Ranjan P. Premature Atrial Contractions: "Are They Really Harmless?". *Am J Cardiol*. 2023;200:188-9. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2023.05.018>
5. Tomita H, Okumura K. Current risk stratification schemes for preventing ischemic stroke in patients with nonvalvular atrial fibrillation: HELLT-E2S2 and CHA2DS2-VA scores. *J Cardiol*. 2026;87(2):136-43. <https://doi.org/10.1016/j.jcc.2025.10.005>
6. Linkins LA, Choi PT, Douketis JD. Clinical impact of bleeding in patients taking oral anticoagulant therapy for venous Thromboembolism: a meta-analysis. *Ann Intern Med* 2003;139(11): 893-900. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-139-11-200312020-00007>
7. Chao TF, Lip GYH, Lin YJ, Chang SL, Lo LW, Hu YF, et al. Incident risk factors and major bleeding in patients with atrial fibrillation Treated with oral anticoagulants: a comparison of baseline, follow-up and Delta HAS-BLED scores with an approach focused on modifiable bleeding risk factors. *Thromb Haemost*. 2018;118(4):768-77. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1636534>
8. Peterson D, Geison E. Pharmacist interventions to reduce modifiable bleeding risk factors using HAS-BLED in patients taking warfarin. *Fed Pract*. 2017; 34(Suppl 10):S16-20.
9. Steffel J, Verhamme P, Potpara TS, Albaladejo P, Antz M, Desghe L, et al. The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. *Eur Heart J*. 2018;39(16):1330-93. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy136>
10. Olie RH, Winckers K, Rocca B, Ten Cate H. Oral Anticoagulants Beyond Warfarin. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*. 2024;64:551-75. <https://doi.org/10.1146/annurev-pharmtox-032823-122811>
11. Kao TW, Liao PJ. Phenotype-directed clinically driven low-dose direct oral anticoagulant for atrial fibrillation. *Future Cardiol*. 2023;19(8):405-17. <https://doi.org/10.2217/fca-2022-0109>
12. Elenjickal EJ, Travlos CK, Marques P, Mavrakanas TA. Anticoagulation in Patients with Chronic Kidney Disease. *Am J Nephrol*. 2024;55(2):146-64. <https://doi.org/10.1159/000535546>
13. Bawa D, Darden D, Ahmed A, Garg J, Karst E, Kabra R, et al. Lower-adherence direct oral anticoagulant use is associated with increased risk of thromboembolic events than warfarin. *J Interv Card Electrophysiol*. 2024;67(4):709-18. <https://doi.org/10.1007/s10840-023-01585-x>
14. Cichewicz A, Jawa S, Zuchinali P, Akin-Fajiye M, Massierer D, Porto I, et al. Real-world evidence comparing oral anticoagulants for NVAF in Europe: a systematic review and network meta-analysis. *Future Cardiol*. 2025;21(6):371-90. <https://doi.org/10.1080/14796678.2025.2484119>

15. Beyer-Westendorf J, Tittl L, Bistervels I, Middeldorp S, Schaefer C, Paulus W, et al. Safety of direct oral anticoagulant exposure during pregnancy: a retrospective cohort study. *Lancet Haematol.* 2020;7(12):e884-91. [https://doi.org/10.1016/S2352-3026\(20\)30327-6](https://doi.org/10.1016/S2352-3026(20)30327-6).
16. Saad A, Safarzadeh M, Shepherd M. Anticoagulation Regimens in Pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2023;50(1):241-9. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2022.10.010>.
17. Troy AL, Herzig SJ, Trivedi S, Anderson TS. Initiation of oral anticoagulation in US older adults newly diagnosed with atrial fibrillation during hospitalization. *J Am Geriatr Soc.* 2023;71(9):2748-58. <https://doi.org/10.1111/jgs.18375>.
18. Tan LF, Soh R, Koo C, Goh W, Shen G, Lim J, et al. Impact of geriatric syndromes on anticoagulation prescription in older adults with atrial fibrillation. *Curr Med Res Opin.* 2022;38(3):339-43. <https://doi.org/10.1080/03007995.2021.2000717>.
19. Mitchell A, Elmasry Y, van Poelgeest E, Welsh TJ. Anticoagulant use in older persons at risk for falls: therapeutic dilemmas-a clinical review. *Eur Geriatr Med.* 2023;14(4):683-96. <https://doi.org/10.1007/s41999-023-00811-z>.
20. Bradley CJ, Williamson BD, George J, Haines DE. Protocol driven periprocedural anticoagulation for left atrial ablation. *J Cardiovasc Electrophysiol.* 2021;32(3):639-46. <https://doi.org/10.1111/jce.14892>.