

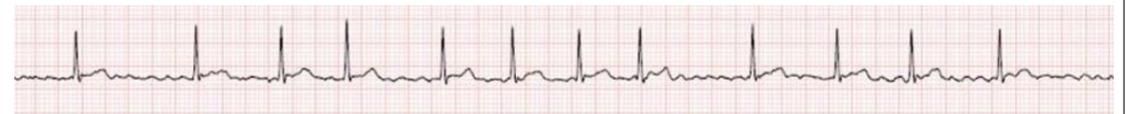
Tomando decisiones



Varón, 82 años

Antecedentes personales:

- FRCV: HTA, Dislipemia.
- Portador de TAVI desde hace 3 años. FEVI normal. Prótesis normofuncionante.
- FA permanente con buen control de FC.
- Vida basal: Reside en un centro sociosanitario. Parcialmente dependiente para ABVD. Limitado por artrosis, camina con ayuda de bastón. Cognitivamente íntegro



Tratamientos: Sintrom, Ramipril 5mg/24h,
Atorvastatina 10mg/24h, Bisoprolol 2,5 mg/24 horas.

EF:

TA 126/68. FC 76 lpm.
Sin datos de congestión.
No soplos cardíacos.

Pruebas complementarias:

- Analítica: Hb 12,3, FGe 56, Iones en rango, TSH normal, NT-proBNP 630, LDL-colesterol 96.
- TAO: 70% de los INR fuera de rango.
- ECG: FA con adecuada frecuencia cardíaca



¿Realizarías algún cambio en el tratamiento?

- A. Suspender Sintrom. Mal control y riesgo de caídas. Iniciaría AAS 100 mg.
- B. Sustituir Sintrom por un ACOD.
- C. Mantengo Sintrom. Es una FA valvular y no es posible el paso a un ACOD y AAS no es una opción.
- D. Asocio un diurético por NTproBNP elevado.



¡Avanza de página para ver la respuesta!

¿Realizarías algún cambio en el tratamiento?

- A. Suspender Sintrom. Mal control y riesgo de caídas. Iniciaría AAS 100 mg.
- B. Sustituir Sintrom por un ACOD.**
- C. Mantengo Sintrom. Es una FA valvular y no es posible el paso a un ACOD y AAS no es una opción.
- D. Asocio un diurético por NTproBNP elevado.



Mensajes importantes:

1. **AAS no se contempla como alternativa para prevenir el riesgo tromboembólico de la FA.**

Siempre me preguntaré ¿ anticoagulo o no anticoagulo?

¿A QUIÉN NO ANTICOAGULO?

CHA2DS2-vasc= 0♂ o 1♀
Sangrado activo
<50.000 plaquetas
Anemia grave en estudio
HIC reciente



Mensajes importantes:

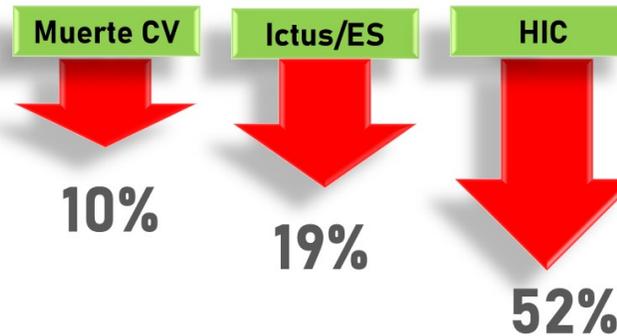
2. La **FA valvular** se refiere a la presencia de **prótesis valvulares mecánicas o estenosis mitral de grado moderado o severo.**



PRÓTESIS MECÁNICAS
ESTENOSIS MITRAL MODERADA-SEVERA

EN EL RESTO DE SITUACIONES se prefieren los **ACODS** sobre AVK con recomendación **clase IA**

ESC Guidelines. Eur Heart J 2020;29:612



Mensajes importantes:

3. La presencia de **NTproBNP elevado** en paciente de 82 años y FA, **en ausencia de signos/síntomas de IC, no implica la presencia de IC** (ambos factores: edad y FA elevan NTproBNP).

Factores modificadores de los niveles de péptidos natriuréticos (PN)

- **Edad** (a mayor edad ↑ niveles de PN)
- **Sexo** (el sexo femenino presenta niveles más elevados que el masculino)
- **Alimentación** (una alimentación rica en sodio ↑ los niveles de PN)
- **Ejercicio físico** (↑ los niveles de PN)
- **Variaciones circadianas** en los niveles de PN.
- **Obesidad** (↓ los niveles de PN. Se estima que por cada unidad de IMC se reduce un 6% en nivel plasmático de PN)
- **Patología Cardíaca:** IC, Fibrilación auricular, Síndrome coronario agudo, Miocardiopatías (hipertrófica o restrictiva), cardiopatías congénitas, contusión cardíaca, cardioversión o descargas de desfibrilador, valvulopatías, miocarditis (↑ PN)
- **Patología Renales:** Insuficiencia renal (↑ los niveles de PN)
- **Patologías Pulmonares:** Hipertensión Pulmonar. Tromboembolismo pulmonar, síndrome distrés respiratorio (↑ PN)
- **Patología a nivel Hepático:** Cirrosis hepática (↑ niveles de PN)
- **Patología infecciosa:** neumonía, sepsis (↑ niveles de PN)
- **Patología neurológica:** ictus isquémico, hemorragia subaracnoidea (↑ niveles de PN)
- **Trastornos Endocrinos:** Hipertiroidismo (↑ PN), hipotiroidismo (puede ↓PN), cetoacidosis diabética (↑ los niveles de PN)
- **Uso de fármacos:** Tto quimioterápico (puede ↑PN). Sacubitril-Valsartán (↑ BNP, no afecta a los niveles de NT-proBNP)



Mensajes importantes:

4. Sobre el **riesgo de caídas**, es importante recordar :

Original Investigation

April 12, 1999

Choosing Antithrombotic Therapy for Elderly Patients With Atrial Fibrillation Who Are at Risk for Falls

Malcolm Man-Son-Hing, MD, MSc, FRCPC; Graham Nichol, MD, MPH, FRCPC; Anita Lau; [et al](#)

[» Author Affiliations](#) | [Article Information](#)

Arch Intern Med. 1999;159(7):677-685. doi:10.1001/archinte.159.7.677



Un paciente anticoagulado tendría que caerse **295 veces en**
1 año para que el riesgo del tratamiento supere su beneficio

Mensajes importantes:

5. Es importante evaluar el **riesgo de sangrado** del paciente (y corregir aquellos factores modificables). Es importante destacar que al igual que las caídas, **NO supone una contraindicación para la anticoagulación oral.**

IMPORTANTE: El riesgo de sangrado NO contraindica la ACO

	Característica clínica	HAS-BLED
H	Hipertensión (TA > 160 mmHg)	1
A	Función renal (creatina ≥ 2) y función hepática alteradas (1 punto cada una)	1 ó 2
S	Accidente cerebrovascular	1
B	Sangrado	1
L	INR lábil (TTR < 60%)	1
E	Edad avanzada (≥ 65 años)	1
D	Fármacos (AAS, AINE) o alcohol (1 punto cada una)	1 ó 2
Total		9

