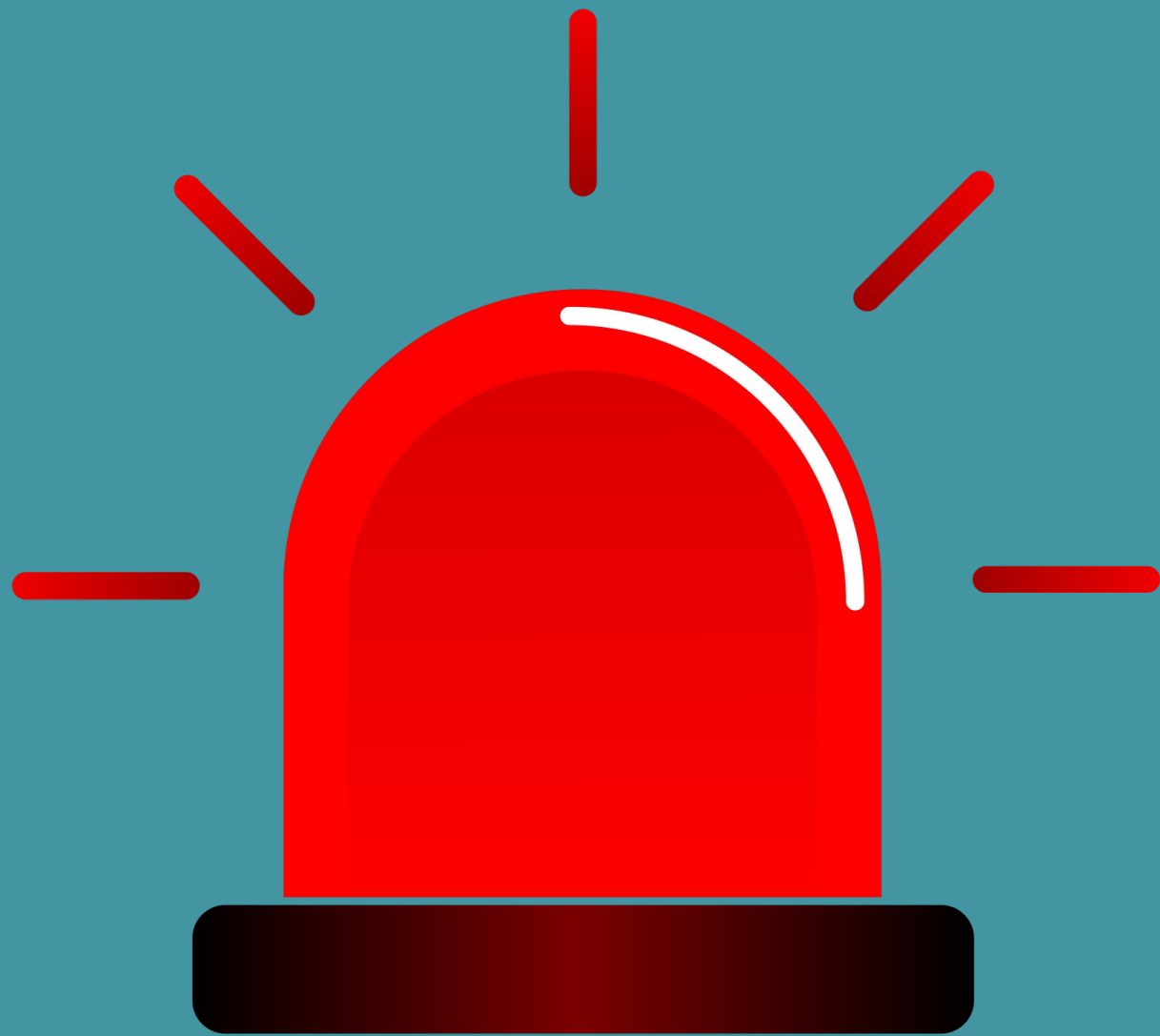


**¡Alarma:
arritmia!**



Paciente de 91 años que acude a su médico de atención primaria porque miró la tensión en casa y el aparato mostró una alarma de “arritmia”.

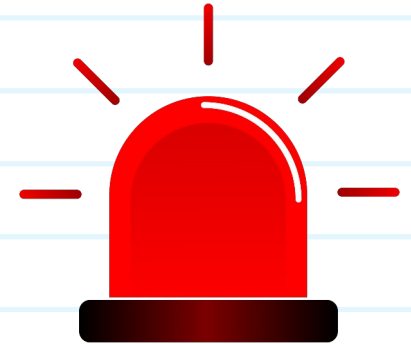
Antecedentes Personales:

No AMC.

FRCV: HTA, Dislipemia

Tratamientos: Olmesartán/Amlodipino 40/5, Simvastatina 10 mg.

Vive solo. Cuida 6 vacas y 2 terneros.

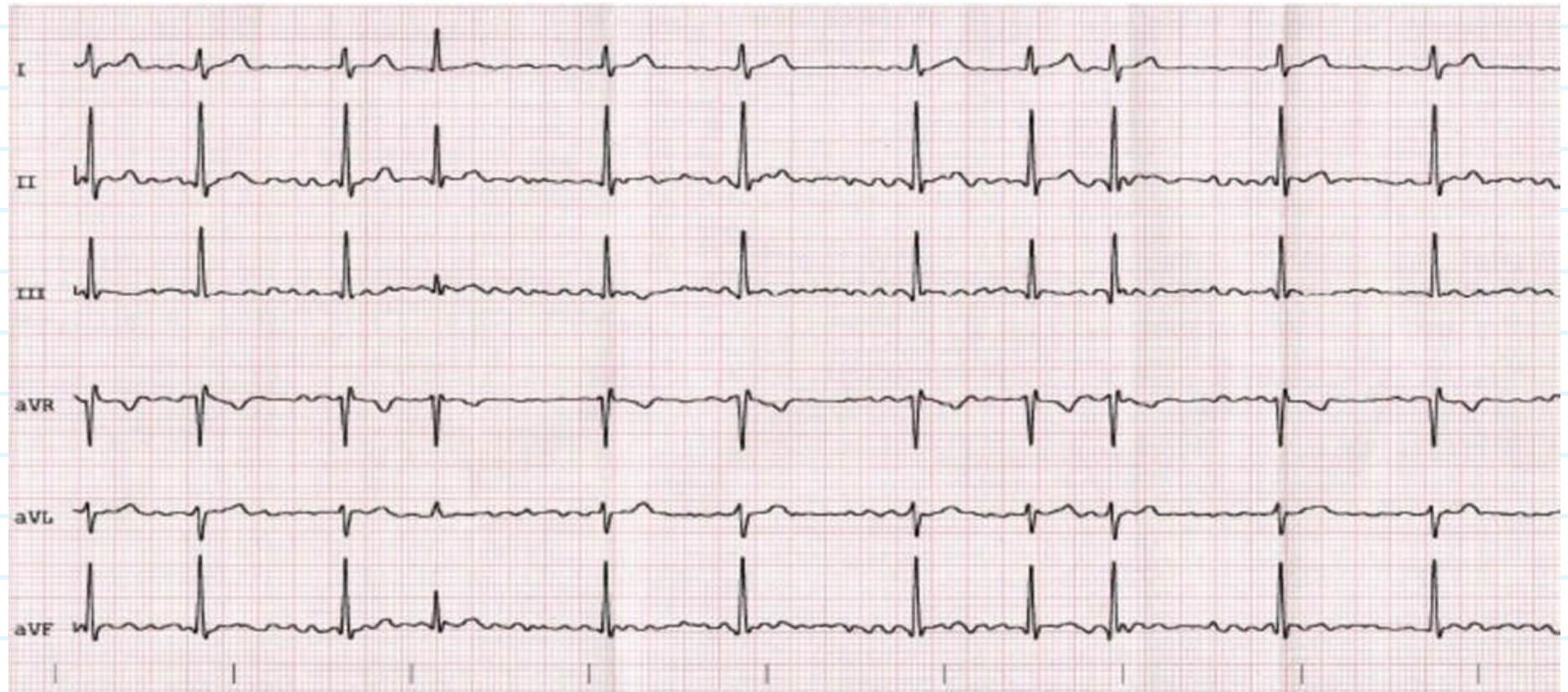


Situación actual:

Asintomático.

Preocupado por la alarma del tensiómetro. También por si le pondrán problema por ello para renovar el carnet de conducir.

Anamnesis: No Disnea No ortopnea. No DPN No dolor torácico No palpitaciones	Exploración física: TA 129/68. No soplos Sin edema MMII No IVY No crepitantes	ANALÍTICA: <ul style="list-style-type: none">• Hemograma: normal.• FGE 59• TSH normal.• Iones en rango normal
--	--	---



¿QUÉ OPCIÓN CONSIDERAS MÁS CORRECTA?

- 1.- Derivar al Servicio de Urgencias para CVE.
- 2.- Anticoagular con AVK ya que para plantear un ACOD es imprescindible realizar un ecocardiograma. Solicito cita en Cardiología.
- 3.- Explico opciones de ACO: AVK vs ACOD autofinanciado según IPT. No solicito consulta a Cardiología.
- 4.- Por edad opto por antiagregación con AAS 100 mg/24h.

¿QUÉ OPCIÓN CONSIDERAS MÁS CORRECTA?

1.- Derivar al Servicio de Urgencias para CVE.

2.- Anticoagular con AVK ya que para plantear un ACOD es imprescindible realizar un ecocardiograma. Solicito cita en Cardiología.

3.- Explico opciones de ACO: AVK vs ACOD autofinanciado según IPT. No solicito consulta a Cardiología.

4.- Por edad opto por antiagregación con AAS 100 mg/24h.

¿POR QUÉ?

Paciente con Fibrilación auricular ASINTOMÁTICA de inicio incierto

Síntomas: EHRA I – Asintomático

EF: Sin signos de IC. No soplos

CHADSVASC 3 (Edad x2, HTA)

Paciente mayor y ASINTOMÁTICO

→ CHADSVASC 3 -- Inicio de ACO

** Si el paciente tiene una EF sin soplos sugestivos de severidad y nunca ha presentado datos de IC puede descartarse razonablemente la presencia de EM moderada-severa (que contraindicaría el uso de ACOD). Explicaría riesgos/beneficios de AVK vs ACOD, así como modo de financiación de cada opción.

→ Se opta por estrategia de CONTROL DE FC (asintomático, FC controlada, 91 años).

** Dado que presenta un buen control de FC no requiere cronotropos negativos.

NO se beneficia de consulta en CARDIOLOGÍA en el momento actual. La realización de un ECOCARDIOGRAMA no cambiaría el manejo del paciente.

TABLA 6. Puntuación EHRA de los síntomas relacionados con la FA (*)

Grado EHRA	Explicación
EHRA I	«Sin síntomas»
EHRA II	«Síntomas leves»: la actividad diaria normal no está afectada
EHRA III	«Síntomas graves»: la actividad diaria normal está afectada
EHRA IV	«Síntomas incapacitantes»: se interrumpe la actividad diaria normal

EHRA: European Heart Rhythm Association; FA: fibrilación auricular.

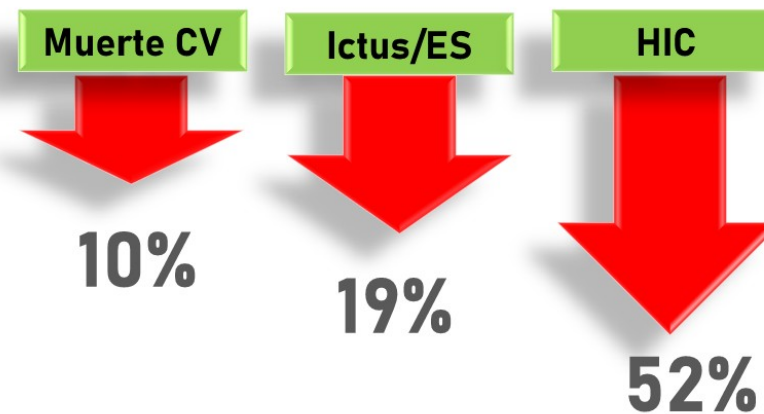
Anti-Vitamina K

**PRÓTESIS MECÁNICAS
ESTENOSIS MITRAL MODERADA-SEVERA**

ACODS

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

ESC Guidelines. Eur Heart J 2020;29:612



Crterios para la selección de la dosis de NACO

	Dabigatrán	Rivaroxabán	Apixabán	Edoxabán
Dosis estándar	150 mg/12 h	20 mg/24 h	5 mg/12 h	60 mg/24 h
Dosis baja	110 mg/12 h			
Dosis reducida		15 mg/24 h	2,5 mg/12 h	30 mg/24 h
Crterios para reducir la dosis	Dabigratán 110 mg/12 h en pacientes con: <ul style="list-style-type: none"> • Edad ≥ 80 años • Toma concomitante de verapamilo o • Riesgo hemorrágico aumentado 	AclCr 15-49 ml/min	Al menos 2 de estos 3 criterios: <ul style="list-style-type: none"> • Edad ≥ 80 años • Peso corporal ≤ 60 kg o • Creatinina sérica ≥ 1,5 mg/dl (133 μmol/l) 	En presencia de alguno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • AclCr 15-50 ml/min • Peso corporal ≤ 60 kg • Toma concomitante de dronedarona, ciclosporina, eritromicina o ketoconazol.