

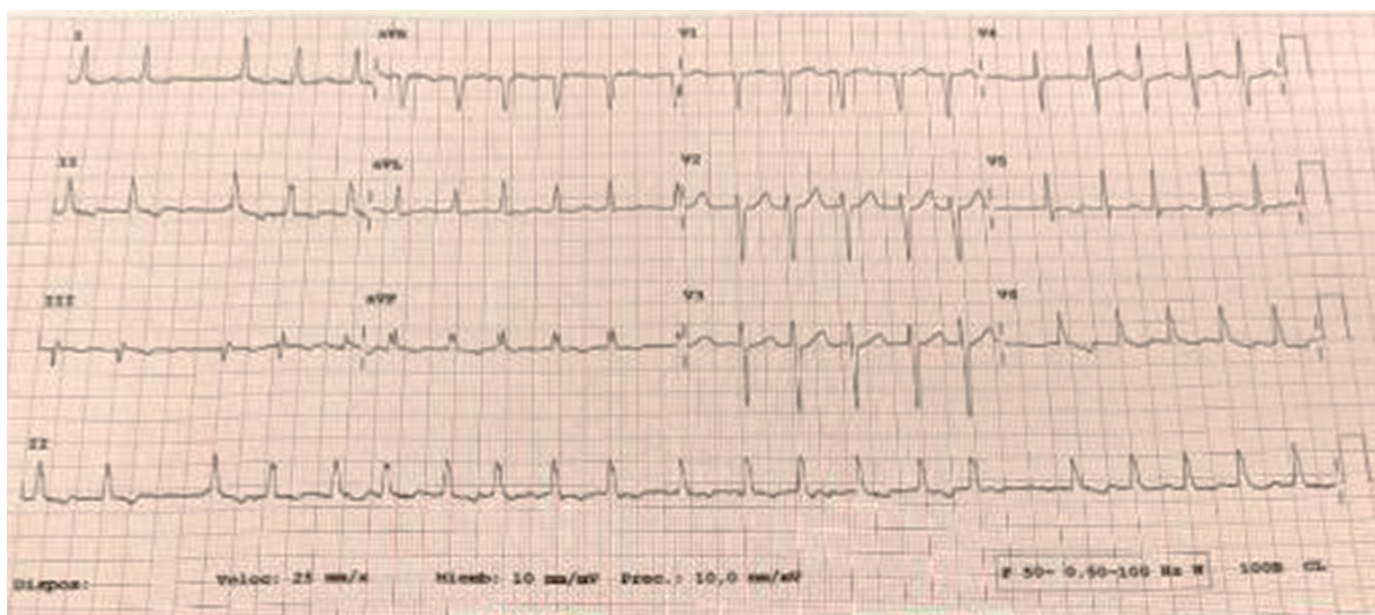


**¡¡Estamos
en rango!!**



María, 72 años
HTA con buen control. Sobrepeso
HDB en relación con hemorroides (intervenida en 2018).

Valorada el 19-julio en PAC por sensación de palpitaciones. Sin datos de IC, sin soplos cardiacos y TA 134/78. NYHA I. Se realizó ECG y se decidió iniciar BB y ACO. Se realizó analítica (incluyó TSH) y resultó normal. Se realizó e-consulta a Cardiología.

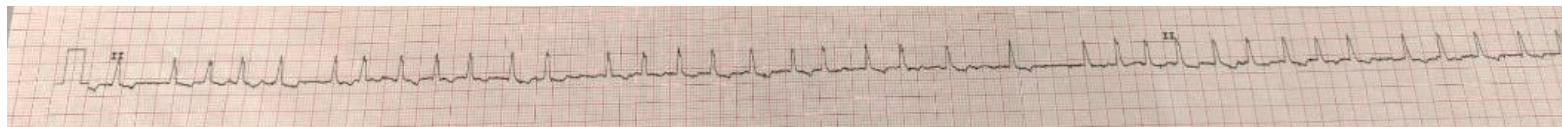


CONSULTA DE CARDIOLOGÍA (Octubre): Asintomática. FA 66 lpm.
ETT: Al ligeramente dilatada. FEVI normal. VAo senil, trivalva, con LAo de grado moderado.

Tratamiento: Bisoprolol 5 mg, Sintrom (según calendario de Hematología), Candesarán 16 mg/24h.

Acude el **18 Diciembre 2021** al Servicio de Urgencias por episodio de palpitaciones. Atribuye a situación de estrés (discusión con vecino por lindes de un terreno). TA 142/89. Sin datos de IC.

REGISTRO ECG:



CONTROL DE SINTROM:

FECHA DE CONTROL	INR
19 julio	1,1
26 julio	1,6
2 agosto	2,2
6 septiembre	2,3
4 octubre	2
3 noviembre	2,4
18 noviembre	1,8
7 diciembre	1,6
18 diciembre (Urgencias)	2,2



¿Cuál te parece la actuación más correcta?

1. Optar por CVE. INR en rango en paciente con ACO desde hace 5 meses.
2. Optimizar control de FC. Plantear paso a ACOD. Remitir a cardiólogo para reevaluar opciones (control de ritmo vs control de FC).
3. Intentar cardioversión farmacológica con flecainida (paciente que ya recibe betabloqueante).
4. Optimizar control de FC. Solicitar controles estrechos de INR en paciente con contraindicación para ACOD por valvulopatía aórtica.



¿Cuál te parece la actuación más correcta?

1. Optar por CVE. INR en rango en paciente con ACO desde hace 5 meses.

3. Intentar cardioversión farmacológica con flecainida (paciente que ya recibe betaboqueante).

FECHA DE CONTROL	INR
19 julio - 21	1,1
26 julio - 21	1,6
2 agosto - 21	2,2
6 septiembre - 21	2,3
4 octubre - 21	2
3 noviembre - 21	2,4
18 noviembre - 21	1,8
7 diciembre - 21	1,6
18 diciembre - 21 (Urgencias)	2,2

Hay que recordar que la cardioversión eléctrica y la farmacológica son iguales a efectos de riesgo tromboembólico.

En nuestra paciente, NO podemos garantizar un control óptimo de ACO en las 3 semanas previas (controles infrarango), por lo que únicamente plantearíamos cardioversión en 2 situaciones:

- 1) Inestabilidad hemodinámica
- 2) Realización previa de ETE que descarte trombos en OI.



¿Cuál te parece la actuación más correcta?

4. Optimizar control de FC. Solicitar controles estrechos de INR en paciente con contraindicación para ACOD por valvulopatía aórtica.

La valvulopatía que presenta la paciente (Insuficiencia aortica moderada, Válvula aórtica senil) NO es una contraindicación para el uso de ACODS.

Recordemos que la patología valvular en las que está contraindicado el uso de ACOD es:

- a) Estenosis mitral moderada o severa
- b) Prótesis mecánicas valvulares



¿Cuál te parece la actuación más correcta?

2. Optimizar control de FC. Plantear paso a ACOD. Remitir a cardiólogo para reevaluar opciones reevaluar opciones (control de ritmo vs control de FC).

- Dado que la ACO ha sido subóptima en las semanas previas a la asistencia a Urgencias (INR infrarrango) y la paciente se encuentra estable, lo razonable es optimizar la FC y buscar fórmulas para mejorar la ACO.
- En cuanto al control de FC, una opción sería aumentar la dosis de BB, sustituir por antagonistas de canales de calcio (FEVI normal, ausencia de IC) o asociar digital.
- En cuanto a la ACO plantearíamos paso a ACOD (en Galicia autofinanciado). La valvulopatía que presenta la paciente (IAo moderada sobre VAo senil) no es contraindicación para el uso de ACOD. Si se opta por continuar con AVK, sería importante evaluar (y corregir) factores que puedan estar alterando los niveles de INR y valorar la necesidad de controles más estrechos conjuntamente con el S. de Hematología (especialmente si se opta por plantear CVE electiva).
- En consulta de cardiología se valorará según la situación y preferencias de la paciente, datos obtenidos de ETT, respuesta al cambio de tratamiento, etc. opciones (control de ritmo vs continuar con control de FC).

¿Qué nos dicen las Guías ESC FA -2020?

Rev Esp Cardiol. 2021;74(5):437.e1-437.e1

La anticoagulación con AVK periprocedimiento reduce significativamente la incidencia de ictus y tromboembolia⁸⁶³, pero puede ser difícil mantener la anticoagulación terapéutica necesaria (INR 2,0-3,0) durante un mínimo de 3 semanas antes de la cardioversión. Este periodo de 3 semanas es arbitrario y se basa en el tiempo presumiblemente necesario para la endotelización o resolución de trombos preexistentes. La cardioversión guiada por ETE se introdujo para acortar este periodo. Si se confirma la ausencia de trombo auricular mediante ETE, la cardioversión se puede realizar tras la administración de heparina y la anticoagulación oral continúa después del procedimiento^{866,867}.

Debido a la rápida acción de los NACO, se puede programar la cardioversión 3 semanas después de la instauración del tratamiento, siempre que se conciencie a los pacientes sobre la importancia de cumplir con el tratamiento⁸⁶⁸⁻⁸⁷⁰; los NACO tienen un perfil de eficacia y seguridad como mínimo comparable al de la warfarina para los pacientes que se someten a cardioversión⁸⁷¹⁻⁸⁷⁴. Una revisión de los 3 estudios prospectivos más grandes (n = 5.203) mostró una reducción significativa de la variable principal combinada (ictus/embolia sistémica, infarto de miocardio o muerte cardiovascular) con el tratamiento con NACO, comparado con AVK⁸⁷³.

863. *Postgrad Med J.*1995;71:457-465

866. *N Engl J Med.*2001;344:1411-1420

867. *Circulation.*2004;109:997-1003

868. *Eur Heart J.*2014;35:3346-3355

869. *Eur Heart J.*2018;39:2959-2971

870. *Lancet.*2016;388:1995-2003

871. *Int J Cardiol.*2018;268:143-148

872. *J Thromb Thrombolysis.*2018;45:550-556

873. *J Am Coll Cardiol.*2018;72:1984-1986

874. *Europace.*2018;20:565-568