

# Manuel



Edad          Peso          Sexo

---

46                                  H

Presión Sanguínea

---

140/80 mmHg

Pulso

---

80 lpm

Creatinina Sérica

---

1.3 mg/dL

Aclaramiento de Creatinina (Cockcroft-gault)

---

>50 mL/min

## Historia clínica

---

- Acude al Servicio de Urgencias por hallazgo casual en ECG de reconocimiento médico de FA con respuesta ventricular a 80lpm.
- Asintomático.

*El caso presentado es una simulación creada como tutorial de uso de AppCO. Los datos personales y la historia clínica son imaginarios*

# Manuel



Edad	Peso	Sexo
------	------	------

46		H
----	--	---

Presión Sanguínea

140/80 mmHg

Pulso

80 lpm

Creatinina Sérica

1.3 mg/dL

Aclaramiento de Creatinina (Cockcroft-gault)

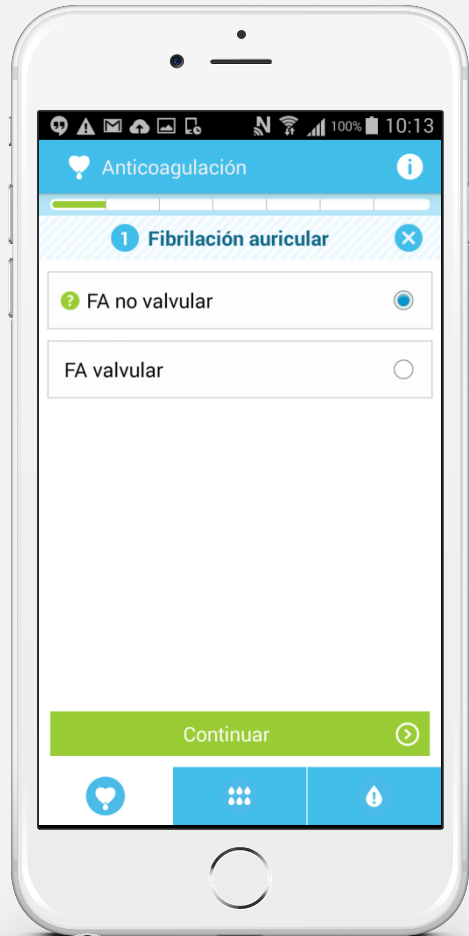
>50 mL/min

## Historia clínica

- Exploración física pruebas complementarias normales.
- HTA en tratamiento con Valsartán/HTZ 320/25 mg al día.

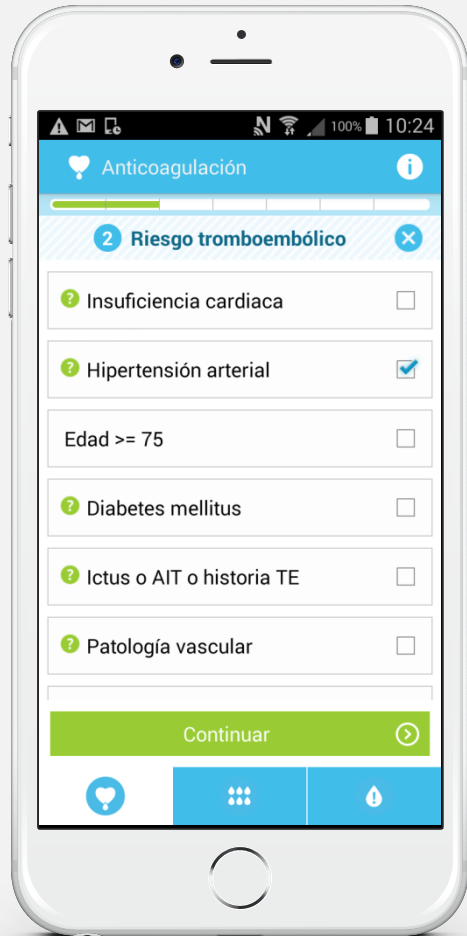


Empezamos con el caso, seleccionamos en el menú principal **anticoagulación**.



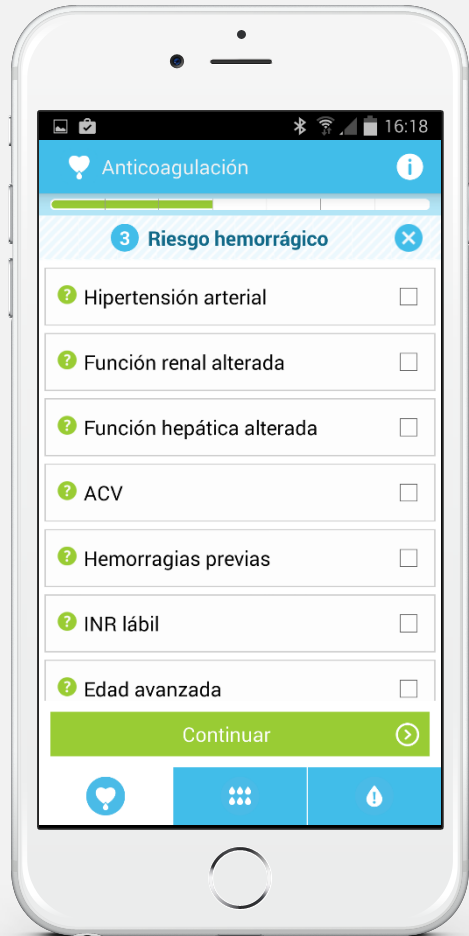
Seleccionar si nuestro paciente tiene una FA valvular o no valvular.

Con una exploración física anodina, incluida una auscultación cardíaca normal, sin presencia de cardiomegalia en la Rx, por tanto podemos asumir que se trata de una FA no valvular.



Cálculo del riesgo trombótico mediante el  $CHA_2SD_2VASc$ .

En este caso nuestro paciente solo padece HTA, por lo que solo marcaríamos la HTA.



Analizamos el riesgo hemorrágico del paciente a través de la escala HASBLED.

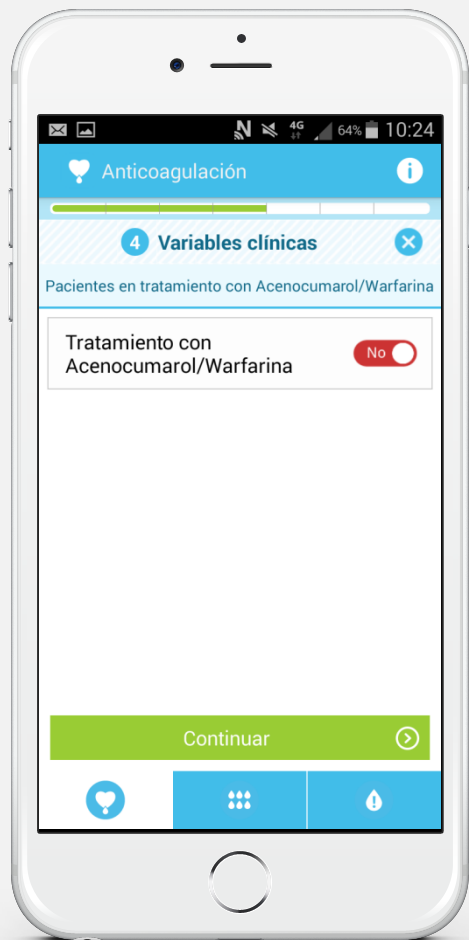
La HTA se define en este caso como factor de riesgo, que presenta mal control, definida como  $TAS > 160 \text{ mmHg}$ .

No presenta ningún factor de riesgo hemorrágico más.



En las siguientes pantallas nos solicitan algunas **variables clínicas** como la edad o la función renal, necesarias para el ajuste de algunos anticoagulantes.

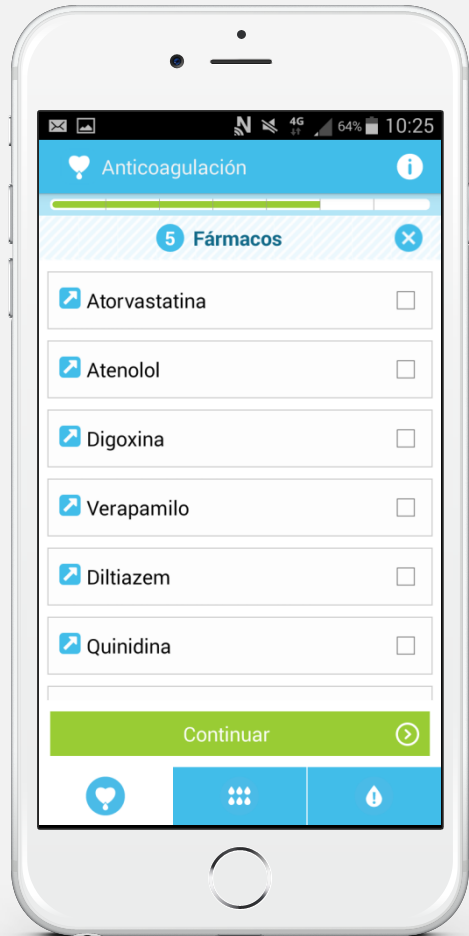
En este caso, nuestro paciente no requiere ninguna modificación de los **parámetros estándar**.



Nos preguntan acerca del tratamiento previo con acenocumarol.

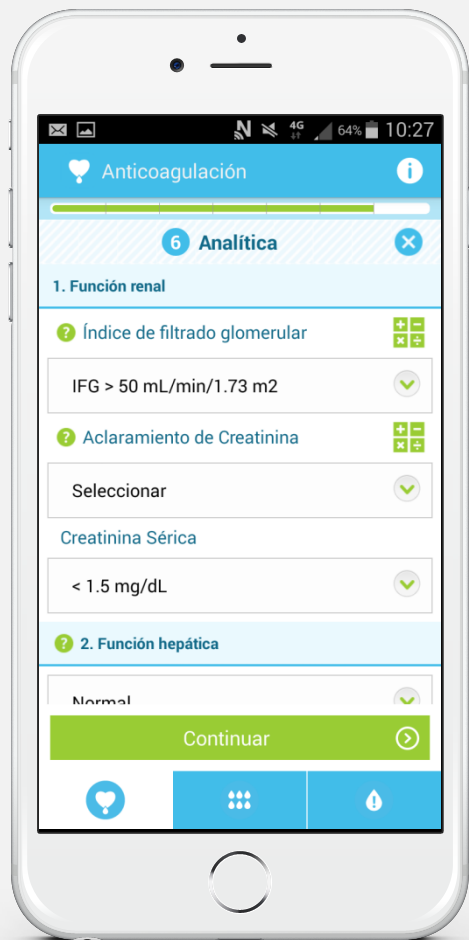
En el caso de nuestro paciente ya sabéis que es una FA de reciente diagnóstico que nunca ha recibido tratamiento.





Otros tratamientos que pudiesen interaccionar con el tratamiento anticoagulante.

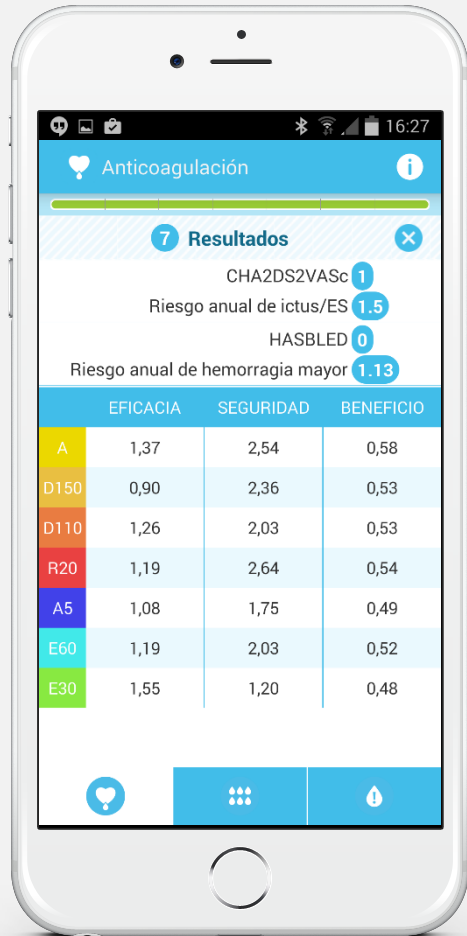
En el caso de nuestro paciente tomaba **ARA II + diurético** no contemplados en esta tabla.



Datos analíticos del paciente, función renal, función hepática, hemograma y coagulación.

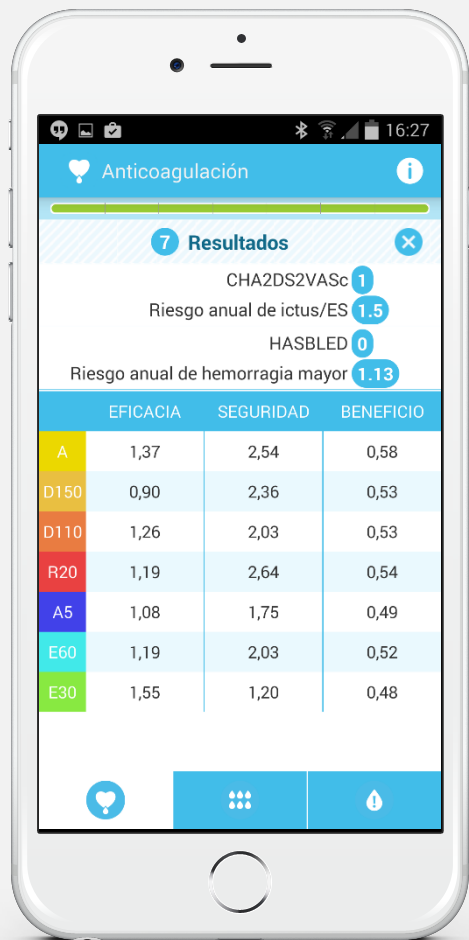
Todo normal en el caso de nuestro paciente.

Puntualización: en esta pantalla la función renal solo debe completarse o el índice de filtrado glomerular o el aclaramiento (la aplicación nos ofrece la posibilidad de calcularlo).

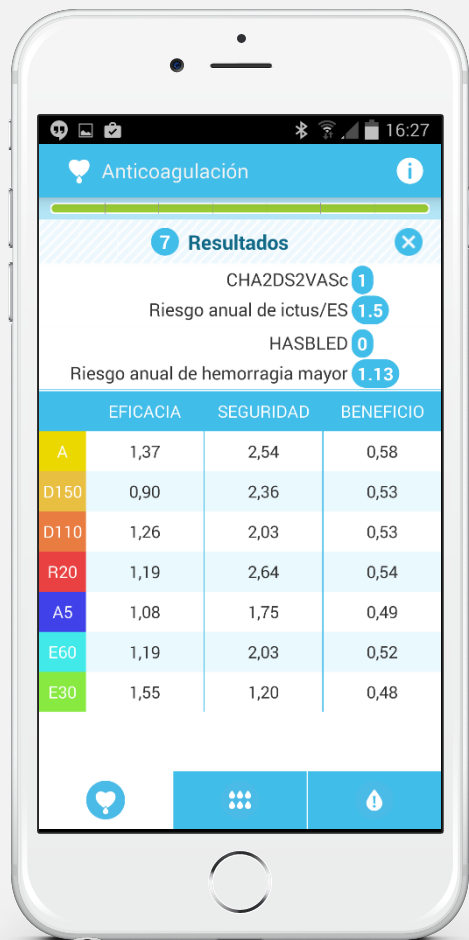


## Resultados:

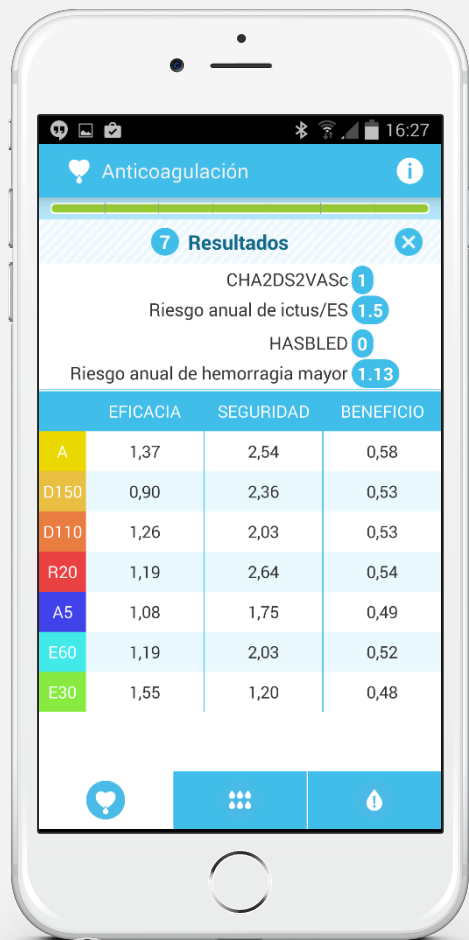
1. **CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc**: en este caso **1 punto**. Este valor estima un riesgo anual de ictus/embolismo sistémico de 1,5%.
2. **HASBLED**: **0 puntos** en nuestro caso, que equivaldría a un riesgo anual de presentar una hemorragia mayor de 1,13%.



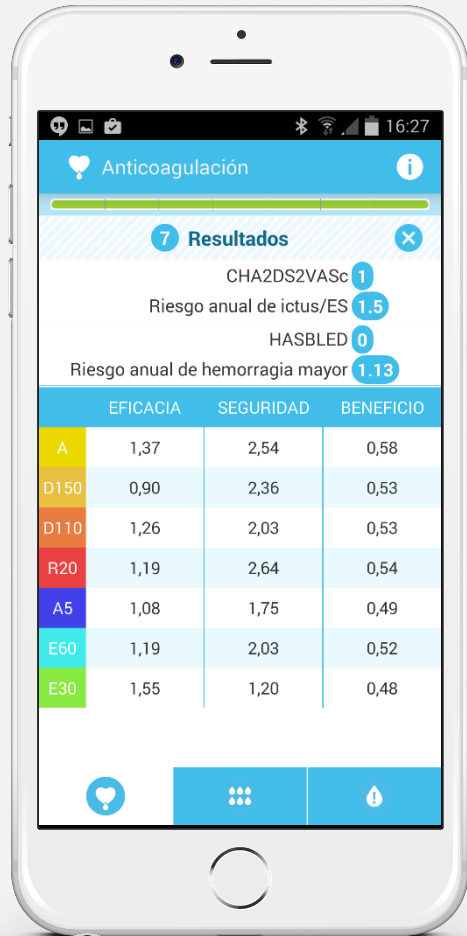
En la tabla nos aparecen las opciones de anticoagulantes que se podrían usar en nuestro paciente y los compara con un criterio de eficacia, seguridad y el beneficio clínico neto.



La **eficacia** está expresada como el RR (riesgo relativo) anual de sufrir un ICTUS/embolismo con tratamiento anticoagulantes dividido entre el RR anual de sufrir un ICTUS/embolismo sin tomar ACOS.

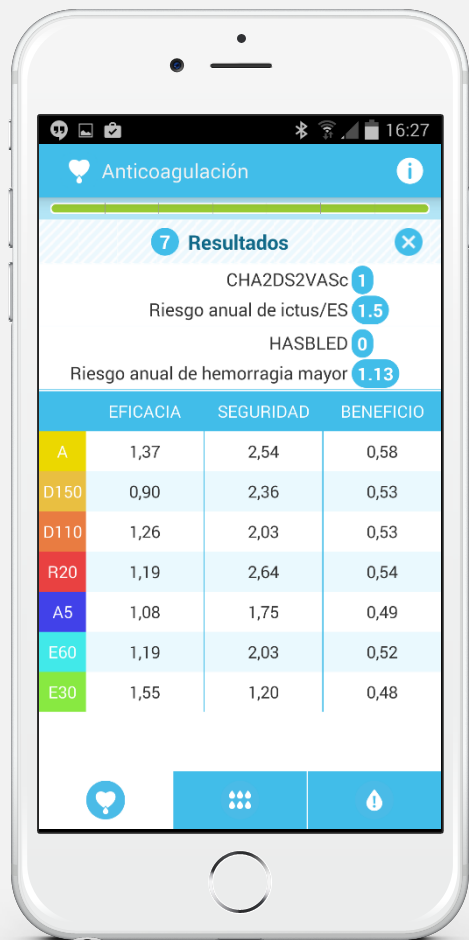


En el caso de nuestro paciente el RR de sufrir un evento disminuiría prácticamente con todos los anticoagulantes excepto con Edoxabán 30mg que prácticamente no se modificaría. Siendo Apixabán 5 mg y Dabigatrán 150mg los que producirían una mayor disminución del RR.



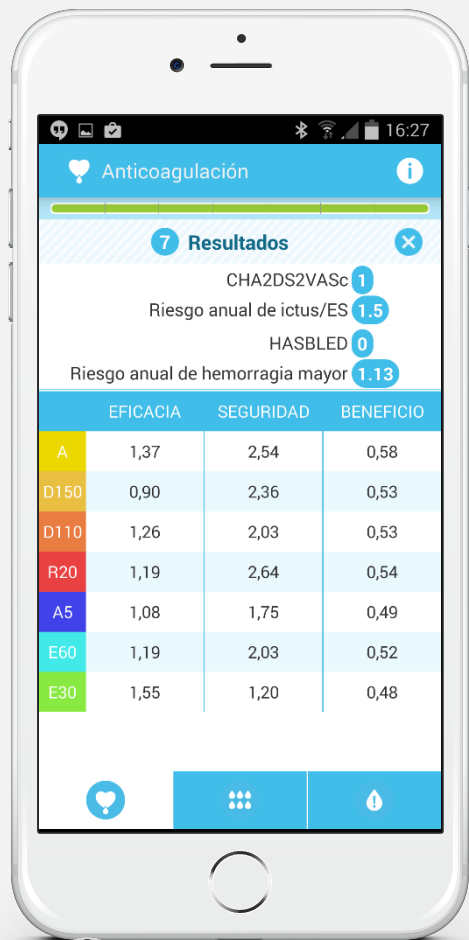
La **seguridad** está expresada como el RR anual de sufrir una hemorragia mayor con tratamiento anticoagulante frente RR anual de hemorragia mayor sin tratamiento.

\*Definiendo hemorragia mayor como sangrado fatal, sangrado en área u órgano crítico (intracraneal, intraparenquimatoso, ocular, etc)

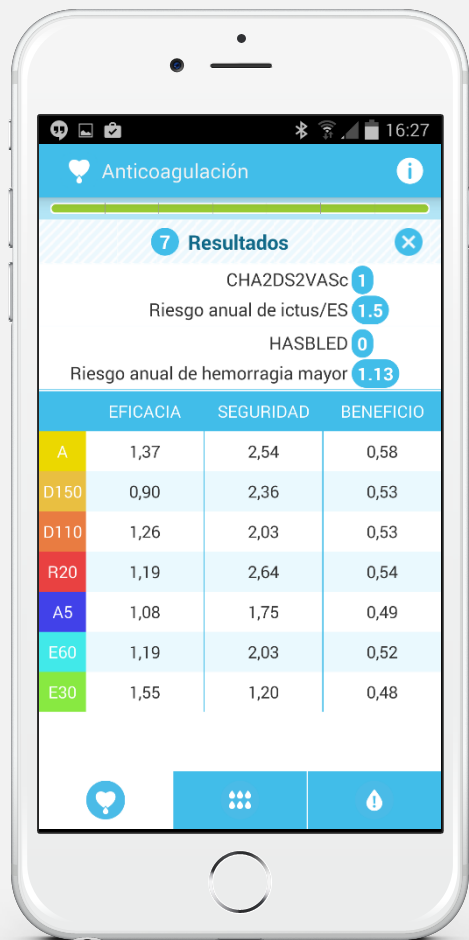


En el caso de nuestro paciente el riesgo de hemorragia mayor aumentaría con todos los anticoagulantes, siendo Edoxabán 30 mg y Apixabán 5 mg los tratamientos que menor RR de sangrado asocian; y rivaroxaban 20 mg el que mayor riesgo presenta.

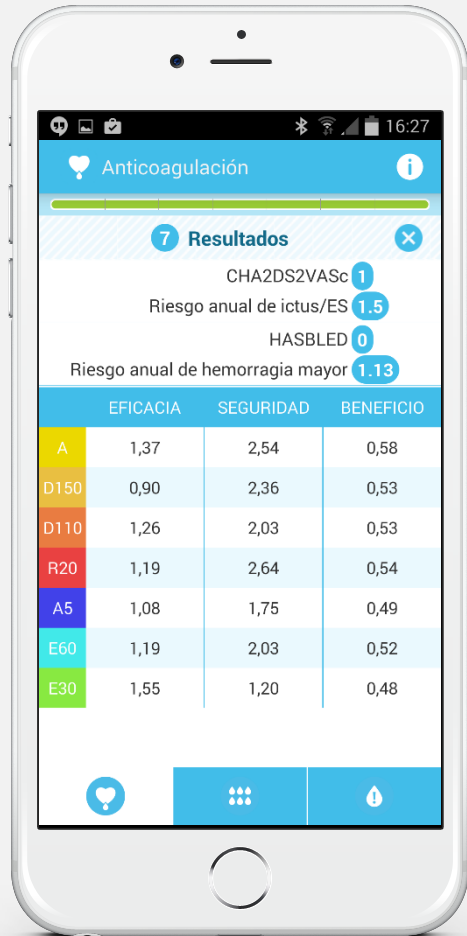




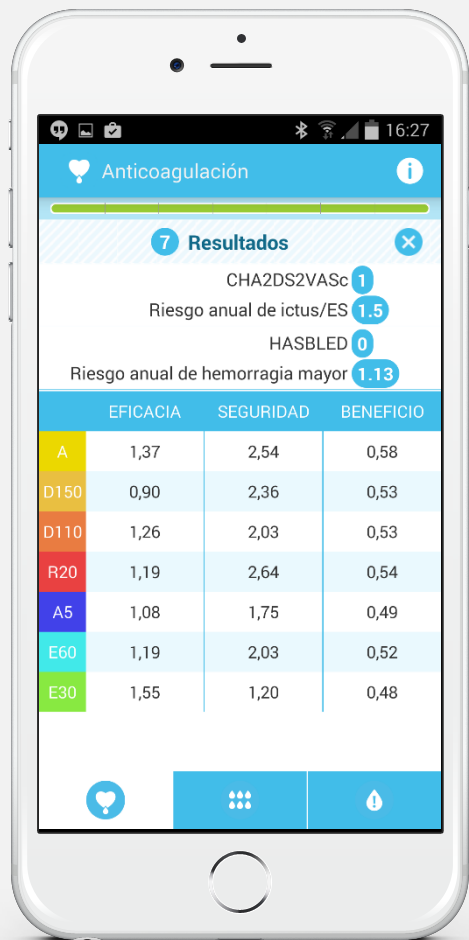
El **beneficio clínico neto** está expresado como el RR anual de eficacia, seguridad y mortalidad con un anticoagulante frente al RR anual de eficacia, seguridad y mortalidad sin anticoagulante . Los valores más alejados del 1 tendrán un mayor beneficio neto.



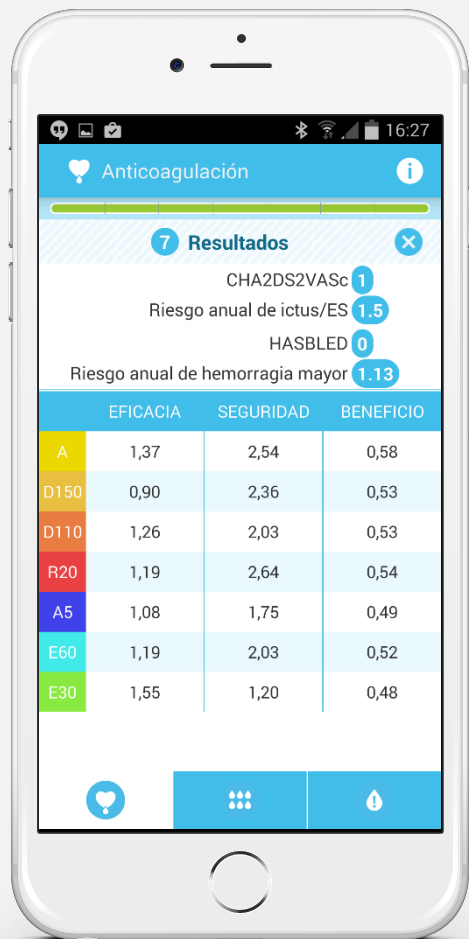
En el caso de nuestro paciente el beneficio clínico neto iría a favor de Edoxabán 30 mg y Apixabán 5 mg, seguido de Edoxabán 60 mg, Dabigatrán 150-110mg, Rivaroxabán 20mg y antivitamina K en último lugar.



En el caso de nuestro paciente, varón con HTA de buen control y primer episodio de FA estaría indicada la anticoagulación por CHA<sub>2</sub>SD<sub>2</sub>VASc de 1 punto pero debemos de tener en cuenta la seguridad en la elección del tratamiento anticoagulante, ya que como hemos visto en la tabla anterior puede incluso duplicarse el riesgo de padecer un sangrado mayor.



Finalmente, elegimos un anticoagulante y derivamos a consultas externas para valorar cardioversión.



Tras 4 semanas de tratamiento anticoagulante acude a la consulta habiendo tomado adecuadamente el tratamiento, encontrándose asintomático en todo momento. Realizamos ecocardiograma sin hallazgos de interés y nuevo ECG en ritmo sinusal.

Queremos pautar antiarrítmicos:

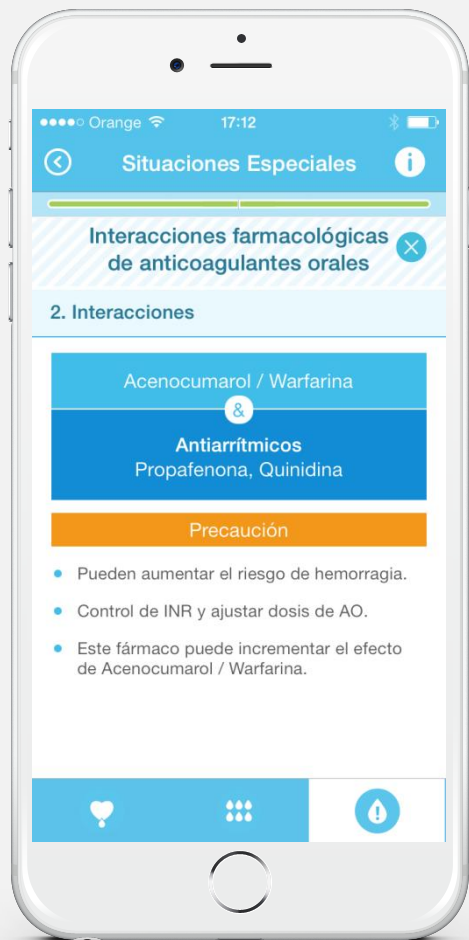
¿Cuál sería la opción más adecuada?

¿Interaccionan con la  
anticoagulación?



Opciones terapéuticas flecainida, propafenona, amiodarona y dronedarona.

1. Seleccionamos casos especiales y buscamos interacciones farmacológicas de los ACO.



Seleccionamos algunas combinaciones:

**Flecainida:** no aparece en la lista.

**Propafenona:** solo con acenocumarol, nos da la siguiente recomendación. Pueden aumentar el riesgo de hemorragia y es conveniente realizar un estrecho control de INR





## Amiodarona:

- Acenocumarol puede aumentar los niveles de INR. Monitorización al inicio y a la retirada.
- Dabigatrán aumenta entre 12-60% la concentración de Dabigatrán.
- Rivaroxabán efecto menor. Precaución en insuficiencia renal
- Apixabán se puede utilizar concomitantemente con amiodarona y no es necesario ajuste de dosis según ficha técnica.
- Edoxabán pueden usarse juntos

Conclusión, podemos utilizar prácticamente todos los antiarrítmicos mencionados a excepción de Dronedarona, con cualquier anticoagulante.

Una vez obtenidos todos los datos disponibles somos nosotros como médicos los que debemos determinar la opción más conveniente.

[www.secardiologia.es](http://www.secardiologia.es)



Un proyecto de:



Con la colaboración de:



**Bristol-Myers Squibb**

