

***LES CARDIOPATIES CRÒNIQUES  
EN EL PACIENT ANCIÀ  
MANEIG DE LA FIBRIL·LACIÓ  
AURICULAR I LES ARITMIES***

***Dra. Sara Darnés  
Metge adjunt de Cardiologia  
Hospital de Figueres***

---

---

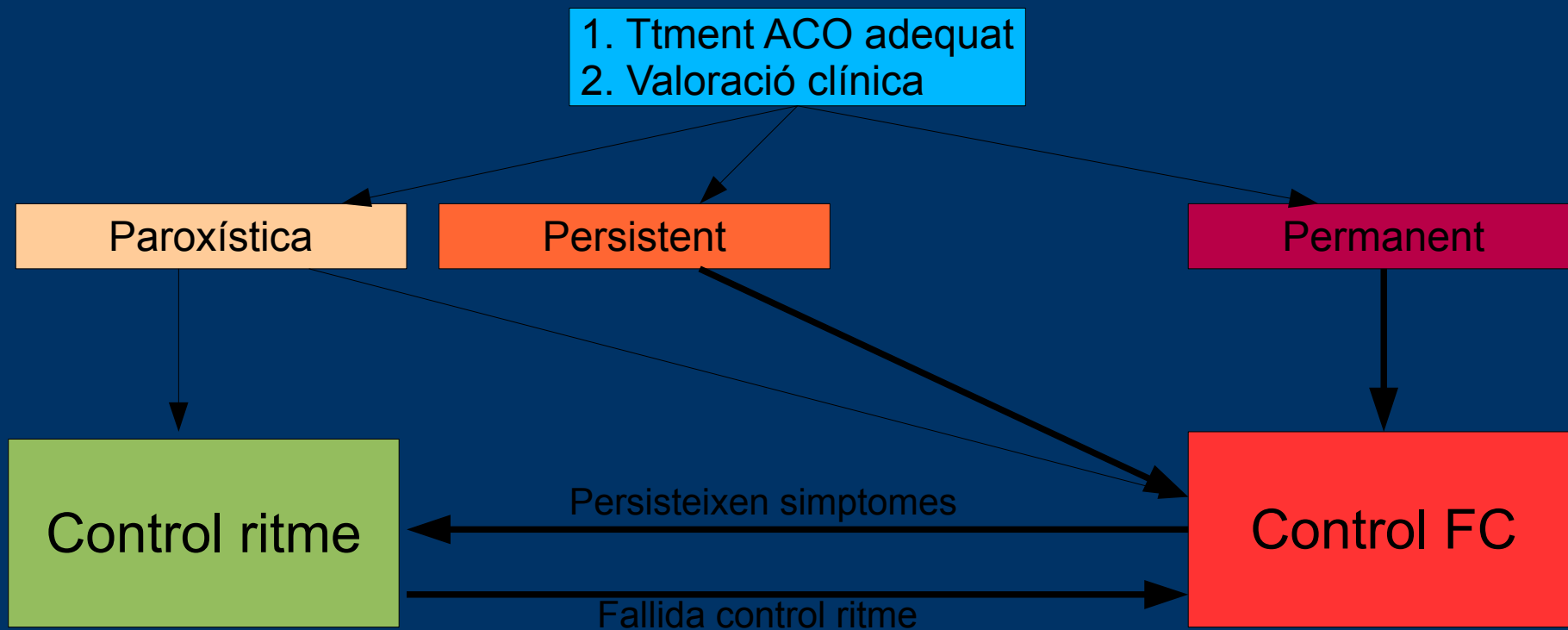
# *Prevalència i especificitats de la Fibril·lació Auricular a l'ancià*

- 10% als 80 anys
  - 18.7% en majors de 85 anys
  - Risc de patir FA a partir dels 40 anys és del 25%
  - Factors de risc associats a la FA: **edat**, HTA, DM, HVE, malaltia cardiovascular
  - Cal considerar: múltiples comorbiditats, polifarmàcia i elevat risc tromboembòlic i de sagnat.
  - Simptomes atípics, cansament, dispnea, mareig, AITs...
  - Major sensibilitat als efectes proaritmics dels fàrmacs.
- 
-

# Estratègia de tractament

- La mateixa que a la resta de la població amb algunes consideracions especials.
- Control FC vs control ritme:

*Guidelines for the management of atrial fibrillation. Focused update 2012.*



# Tractament anticoagulant adequat

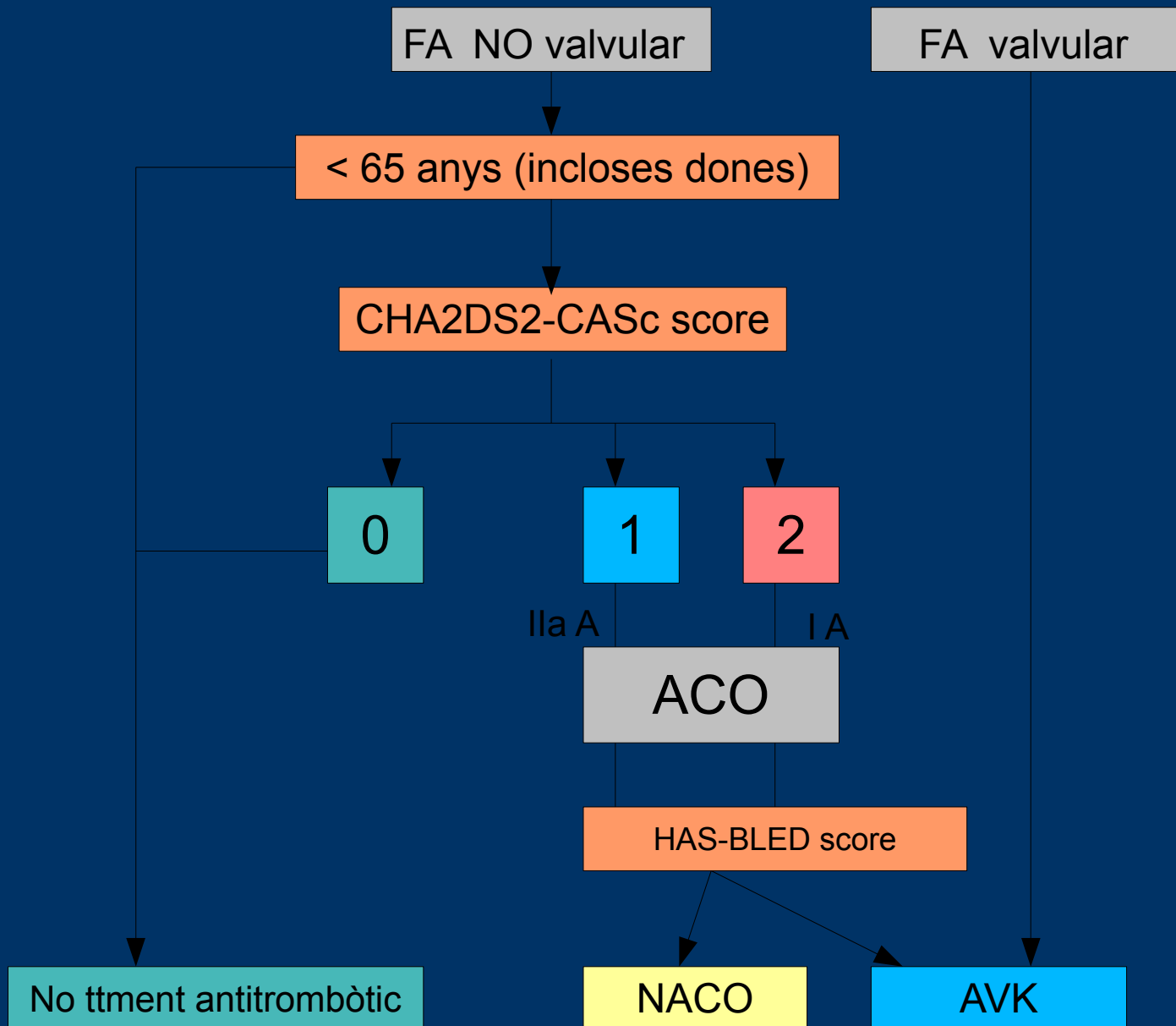
## Avaluació del ris de AVC i Sagnat

Factor de riesgo	Puntuación
Score CHA2DS2-VASc	
ICC/Disfunción ventricular izquierda	1
HTA	1
Edad ≥75 años	2
Diabetes Mellitus	1
AVC/AIT/Tromboembolia	2
Enfermedad vascular(*)	1
Edad 65-74 años	1
Sexo femenino	1

Letra	Característica clínica	Puntos
H	Hipertensión	1
A	Función renal y hepática alteradas (1 pto c/u)	1 o 2
S	Accidente cerebrovascular	1
B	Sangrado	1
L	INR lábil	1
E	Edad avanzada > 65 años	1
D	Fármacos o alcohol (1 pto c/u)	1 o 2

# Tractament anticoagulant

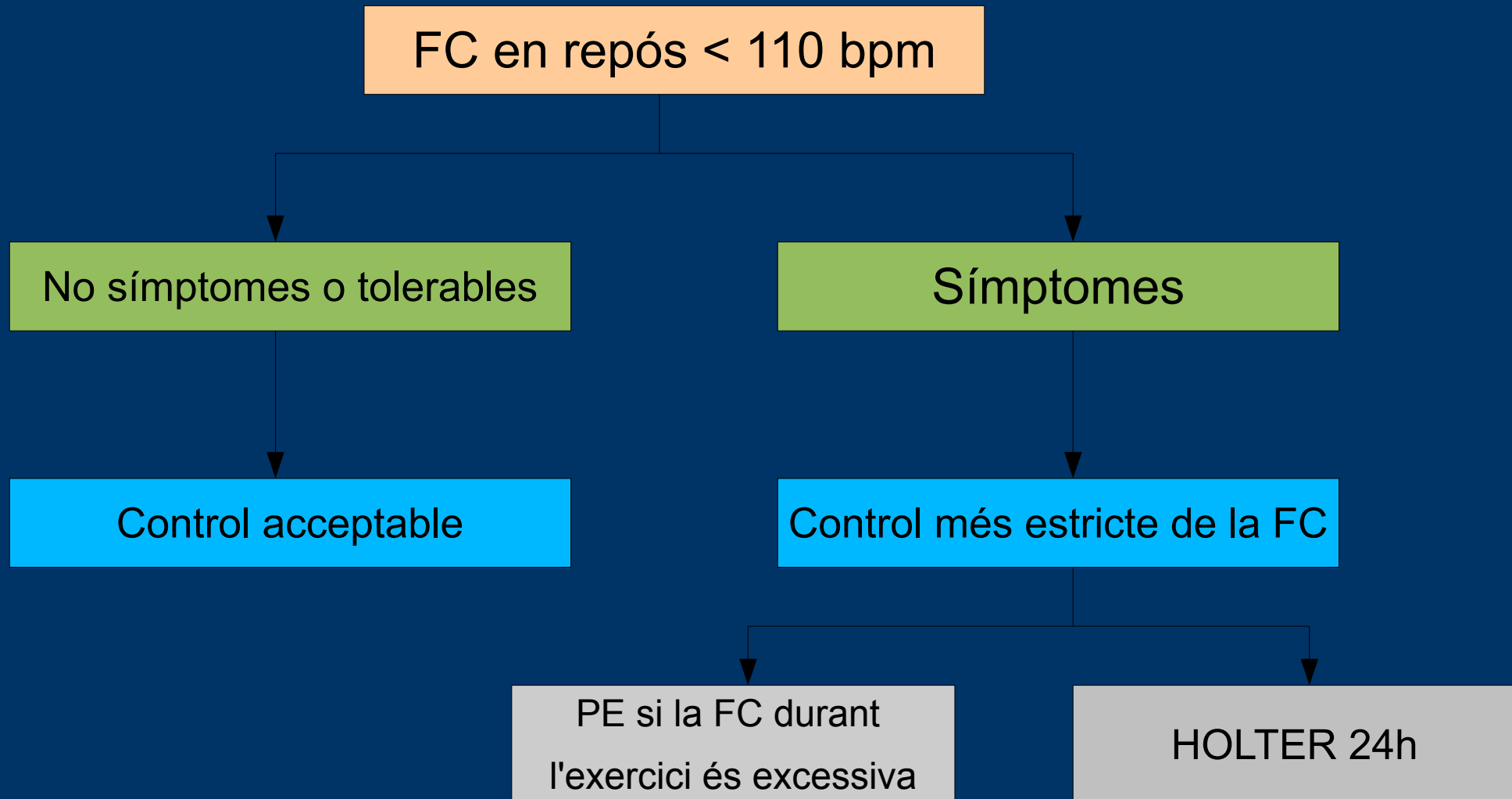
Guidelines for the management of atrial fibrillation. Focused update 2012.



## ***Nous anticoagulants orals a l'ancià***

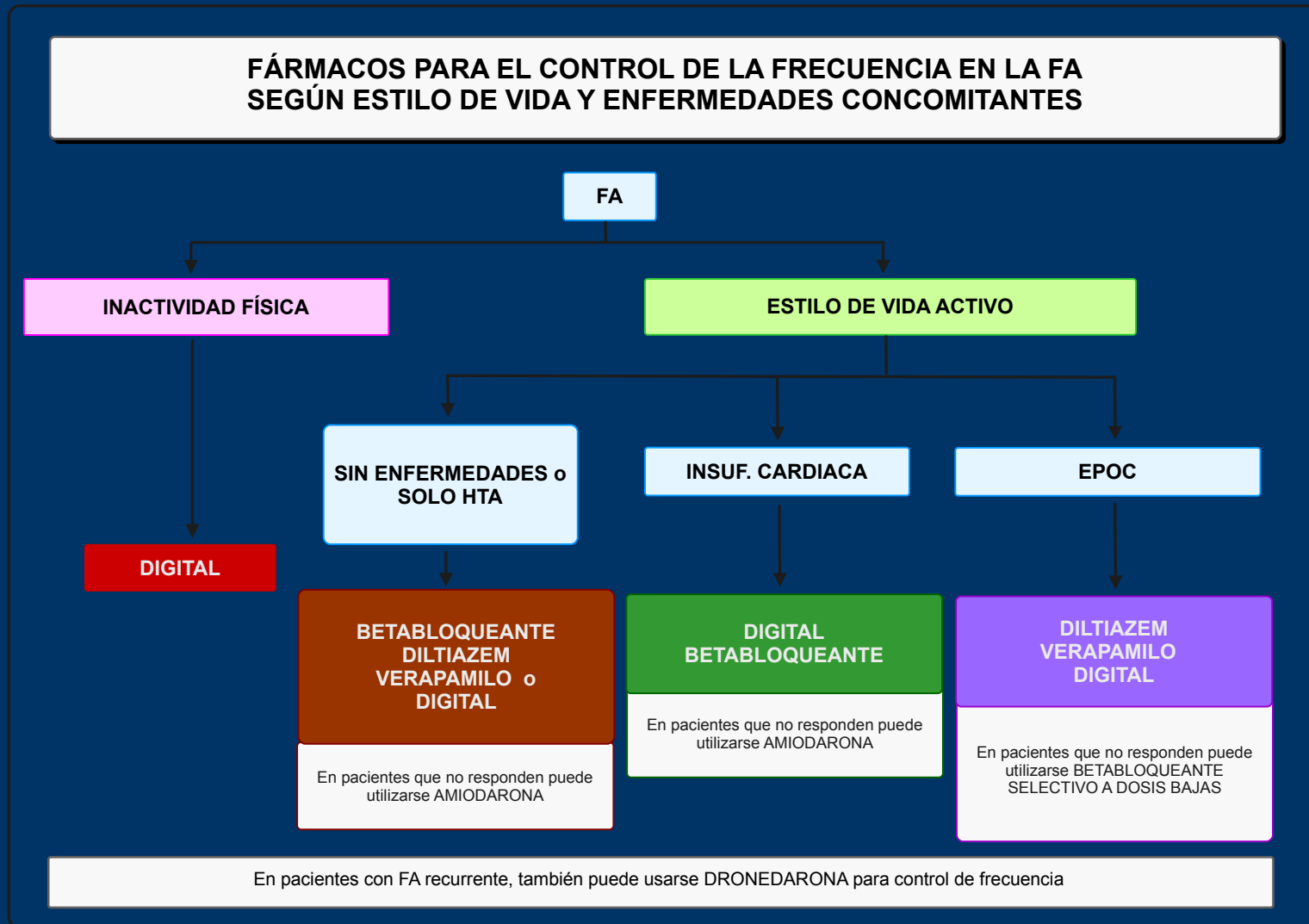
- Dabigatran (Pradaxa ®): dosi aconsellada en > de 80 anys és 110 mg b.i.d
  - Ribaroxaban (Xarelto ®): no hi ha limit de dosi per l'edat (20 mg o.d.)
  - En pacients amb disfunció renal moderada (CrCL 30-49 mL/min) i en casos on HAS-BLED score > 3 s'aconsella Pradaxa ® 110 mg b.i.d. I Xarelto ® 15 mg o.d. IIa B, C
  - Cal un control basal de la funció renal i anual. En casos amb disfunció renal moderada els controls de la funció renal s'aconsellen cada 4-6 mesos. IIa B
  - No s'aconsellen en pacients amb disfunció renal severa (CrCl < 30 mL/min). III A
  - El risc de sagnat major amb tractament antiplaquetar (AAS i/o clopidogrel), especialment a la gent gran s'ha de considerar similar al dels ACO. IIa B
- 
-

# Nivell de control òptim de la FC a la FA



# Control de la FC a la FA

Guidelines for the management of atrial fibrillation. Focused update 2012.





# Fàrmacs pel control de la FC

	Administración intravenosa	Dosis de mantenimiento oral
<b>B.Bloqueantes</b>		
Metoprolol	bolo de 2,5 a 5 mg en 2 min máximo 3 dosis	100-200 mg o.d. (R)
Bisoprolol		2,5 -10 mg o.d.
Atenolol		25-100 mg o.d.
Propanolol	0.15 mg/kg i/v en 1 min	10 -40 mg v/o t.i.d.
Carvedilol		3,125 -25 mg d.i.d
<b>Antag.no dihidropiridínicos del calcio</b>		
Verapamilo	0,0375-0,15 mg/kg i/v en 2 min	40 mg b.i.d. a 360 mg o.d. (R)
Diltiazem	5-15 mg a pasar en 15 min	60 mg t.i.d. a 360 mg o.d. (R)
<b>Glucósidos digitálicos</b>		
Digoxina	0,5 -1 mg	0,125- 0,5 mg o.d.
<b>Otros</b>		
Amiodarona	5 mg/kg en 30 min. mantenimiento 50 mg/h	100-200 mg o.d.

# Ablació del NAV i col.locació de MCP

- Sempre abans s'ha de descartar el control de la FC mitjançant fàrmacs o ablació mitjançant catèter. III C
  - S'ha de considerar quan la FC no es pot controlar mitjançant fàrmacs orals. IIa B
  - En presència de FA permanent i indicació de TRC (NYHA CF III o IV malgrat tractament mèdic adequat, FE < 35% i amplada de QRS > 130 m. IIa B
  - Quan es sospita taquicardiomiopatia, no s'aconsegueix un adequat control de la FC amb fàrmacs i quan ablació amb catèter no està indicada, ha fallat o el pacient ho rebutja. IIb C
  - En els casos de FA persistent o permanent amb FEVE normals cal la implantació de MCP VVI. IIb C
  - En qualsevol tipus de FA, FEVE < 45% i IC NYHA II cal considerar la implantació de TRC. IIb C
  - En pacients amb FA paroxística i FEVE normal s'aconsella la implantació de MCP DDD amb canvi automàtic de mode.
- 
-

## *Flutter auricular*

- Les recomanacions per a la prevenció del tromboembolisme són les mateixes que per la FA.
  - Flutter auricular típic: Ablació de l'istme cavo-tricuspidi mitjançant RF.
  - Flutter auricular atípic: similar a la FA. Tractament antiaritmíic o control de la FC en funció dels símptomes o de la patologia de base.
  - Si existeix compromís hemodinàmic i es requereix CVE aquesta pot ser efectiva amb energies baixes entre 50-100 J.
- 
-

# *Taquicardia auricular multifocal*

- Taquicardia característica dels pacients amb pneumopatia significativa.
  - El ritme auricular es caracteritza per tres morfologies diferents de l'ona p.
  - Les freqüències auriculars i ventriculars es troben entre 100-150 bpm.
  - El tractament és el de la pneumopatia de base.
  - Es pot frenar amb CA tipus verapamil o diltiazem o antiaritmics del grup IA: flecainida i propafenona.
- 
-

# *Extrasistolia ventricular*

- 1% de les persones clínicament normals.
  - Incidència, freqüència i complexitat dels EV augmenten amb l'edat.
  - Poden ser la primera manifestació de una cardiopatia estructural subjacent.
  - Sense cardiopatia estructural són benignes i amb pronóstic favorable, tot i ser freqüents i complexes. En aquest cas no s'han de tractar.
  - El significat pronóstic dels EV a la cardiopatia isquèmica és menys benigne.
  - La presència d'EV freqüents durant la recuperació de una PE és millor predictor del risc de mort que la presència aïllada d'EV durant l'esforç.
- 
-





**Moltes gràcies!!**