

TALLER GUÍA TERAPÉUTICA: CASOS CLÍNICOS



CASO CLÍNICO 1

- ▶ Acude a nuestra consulta Maimouna, mujer de 72 años de edad de origen senegalés.
- ▶ AP:
 - HTA de años de evolución en tratamiento con **Enalapril 10mg/12h**. Regulares controles, AMPA en torno a 155–160/90–100 en los últimos 6 meses.
 - ICC sin ingresos previos, grado I–II de la NYHA.
 - Gonartrosis bilateral en espera de cirugía en tratamiento con **Efferalgan® comp.** a demanda.
 - Cefalea tensional en tratamiento con **Amitriptilina 25mg 1 dosis nocturna** desde hace años.

CONSULTA

- ▶ **MC:** desde hace aproximadamente tres semanas presenta astenia importante, se fatiga al moverse y tose al acostarse. Importante gonalgia bilateral en el último mes.
- ▶ **EF:** IMC de 31, TA 160/90 mmHg, Sat 93% basal, FC 105 lpm, ACP: soplo sistólico aórtico II-III, reflujo hepatoyugular positivo, crepitantes húmedos en bases pulmonares, leves edemas periféricos.

CASO CLÍNICO 2

- ▶ Varón de 71 años.
- ▶ AP: fumador de 4–5 puros al día, exhábito enólico sin consumo desde hace 10 años, HTA, DM2.
- ▶ Hace 9 meses fallecimiento de su mujer, desde entonces no había venido a la consulta.
- ▶ Tto farmacológico:
 - Losartán 50mg/24h
 - Metformina 850mg/8h

CONSULTA

- ▶ Acude acompañado/obligado por su hijo que refiere en los últimos 6 meses descuidos habituales, olvidando tareas importantes, descuidando la alimentación, pérdida de peso, cansancio de predominio matutino, irritabilidad, falta de interés por aficiones, no querer salir de casa ni realizar ninguna actividad.
- ▶ Enfermería visita previa:
 - EF TA 137/91. IMC 23.6. Bmtest 2 h después desayuno 186mg/dL.
- ▶ Aporta analítica de centro privado donde destaca:
 - HbA1c: 7.2%.
 - Colesterol: 238mg/dL (LDL 179mg/dL, HDL 43mg/dL).

CASO CLÍNICO 3

- ▶ Mujer de 63 años.
- ▶ AP: DM2, HTA, insomnio, glaucoma, hernia de hiato e insuficiencia venosa periférica.
- ▶ TTO:
 - Torasemida 10mg/24h
 - Glibenclamida 10mg/24h
 - Pentofixilina 400mg/12h
 - Paracetamol a demanda
 - Enalapril 5mg/24h
 - Diazepam 5mg/24h
 - Rabeprazol 20mg/24h
 - Timolol 1 gota/12h

CONSULTA

- ▶ Desde hace 3 meses presenta pérdidas de orina ocasionales
 - Coinciden con el esfuerzo: cargar la compra, tos y risa
 - En ocasiones no tiene tiempo de llegar al W.C.
- ▶ Revisamos historial farmacológico, hace 3 meses se aumento la torasemida de 5 mg a 10mg al día.
- ▶ Última revisión ginecológica hace 8 meses correcta.

CASO CLÍNICO 4

El Sr. Joan té 80 anys i presenta Ac x FA, HTA amb xifres habituals de tensió arterial 150/90 mmHg. Bona qualitat de vida, viu sol i té suport d'una filla que el visita sovint.

GUÍA DE LA BUENA PRESCRIPCIÓN

- Pasos a considerar en la selección de un tratamiento:
 - a) diagnóstico:
 - b) objetivo terapéutico:
 - c) inventario
 - No farmacológico
 - Farmacológico
 - d) selección de un fármaco (Guía).

CASO CLÍNICO 1

- Acude a nuestra consulta Maimouna, mujer de 72 años de edad de origen senegalés.
- AP:
 - HTA de años de evolución en tratamiento con Enalapril 10mg/12h. Regulares controles, AMPA en torno a 155-160/90-100 en los últimos 6 meses.
 - ICC grado I-II de NYHA, sin ingresos previos.
 - Gonartrosis bilateral en espera de cirugía en tratamiento con Efferalgan[®] comp. a demanda.
 - Cefalea tensional en tratamiento con Amitriptilina 25mg 1 dosis nocturna desde hace años.

CONSULTA

- ◉ **MC:** desde hace aproximadamente tres semanas presenta astenia importante, se fatiga al moverse y tose al acostarse. Importante gonalgia bilateral desde hace un mes.
- ◉ **EF:** IMC de 31, TA 160/90 mmHg, Sat 93% basal, FC 105 lpm, ACP: soplo sistólico aórtico, reflujo hepatoyugular positivo, crepitantes húmedos en bases pulmonares, leves edemas periféricos.



“GUÍA DE LA BUENA PRESCRIPCIÓN

- Pasos a considerar en la selección de un tratamiento:
 - a) diagnóstico principal: Descompensación ICC.
 - b) objetivo terapéutico:
 - No ingreso
 - Calidad de vida
 - Mejoría sintomatológica
 - Control y supervivencia
 - c) inventario
 - No farmacológico
 - Farmacológico: IECA/ARAII, diuréticos, β bloqueantes
 - d) selección de un fármaco (Guía)

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Dieta hiposódica < 3 g de sal al día. Reposo en descompensaciones. Ejercicio físico regular según tolerancia y estabilidad (caminar). Control estricto de los FRCV con especial atención a la PA. Corregir sobrepeso. Consumo de alcohol < 30 g/d en hombres y < 20 g/d en mujeres (pero abstención completa si hay miocardiopatía alcohólica). Vacunación antigripal y antineumocócica. Evitar fármacos que descompensan o precipitan la ICC (AINE, corticoides, glitazonas, antidepresivos tricíclicos, betabloqueantes en IC inestable). Los calcioantagonistas no DHP deben evitarse en la IC por disfunción sistólica, pero no así en la IC por disfunción diastólica. Estrategias adecuadas para facilitar el cumplimiento. Autocontrol del peso corporal (2 veces por sem). Reparación o reemplazamiento valvular en caso de estenosis o insuficiencia valvular hemodinámicamente significativa. Técnicas de resincronización cardíaca con marcapasos o desfibrilación en casos de disfunción sistólica sintomática a pesar de tratamiento farmacológico óptimo y QRS ancho.

OBSERVACIONES

Optimizar tratamiento según grado funcional de la NYHA (I-IV), etiología (CI, HTA, valvulopatía, miocardiopatía), factores desencadenantes (anemia, incumplimiento terapéutico, arritmia), tipo de disfunción ventricular y FE.

La IC por disfunción sistólica (FE baja) representa aproximadamente el 50% de los casos:

- IECA (fundamental) incluso en asintomáticos. Llegar progresivamente a la dosis máxima habitual o la mayor tolerada. Si FG 10-30 ml/min, iniciar enalapril con dosis de 2,5 mg. Si hay hiperpotasemia, está contraindicado. Hacer control de la función renal y del K sérico, pasadas 2-3 sem de su inicio.

- Diuréticos: siempre que haya síntomas congestivos. Espironolactona a dosis bajas en grados II-IV. Si no se obtiene una respuesta adecuada, puede asociarse a furosemida. Si FG < 30 ml/min, no utilizar diuréticos tiazídicos y espironolactona.

- Betabloqueantes: pacientes tratados previamente con IECA y diuréticos y que toleren su uso, en grado funcional II a IV y estables clínicamente durante el mes previo. Intentar utilizarlos siempre que no haya contraindicación. Darlos de forma progresiva, comenzando por la dosis más baja e ir aumentándola mientras se tolere (es decir, que no haya hipotensión grave, bradicardia significativa, signos congestivos o de bajo gasto) hasta conseguir la dosis máxima tolerada, intentando que sea la mayor posible (con el máximo de carvedilol, 25 mg/12 h, y bisoprolol, 10 mg/d). Si se asocian betabloqueantes y digoxina, hay que extremar la vigilancia de la FC.

- Digoxina: si persisten síntomas tras IECA, betabloqueantes, espironolactona y diuréticos o en pacientes con FA y respuesta ventricular rápida que no responde a betabloqueantes. Si se asocia digoxina con amiodarona, hay que disminuir la dosis de la primera a la mitad.

Las estatinas no han demostrado beneficio en los pacientes con IC. Solo estarían indicadas si hay otro factor de riesgo asociado.

Prevención de embolia con acenocumarol en FA o trombo intracardíaco. En pacientes encamados, valorar la indicación de HBPM. En pacientes que no toleren los IECA y ARA-II o estén contraindicados, puede ensayarse la administración de hidralazina asociada a nitratos. Esta combinación es especialmente eficaz en pacientes de etnia africana.

Algunas especialidades efervescentes (p. ej., paracetamol efervescente 1 g) contienen un alto contenido en Na, 567 mg o 24,66 mEq en cada comprimido.



TRATAMIENTO DE ELECCIÓN

Tratamiento	Comentarios	Dosis adulto
<u>Enalapril</u>	Grado funcional I-IV	2,5-10 mg/12 h vo

CIRCUNSTANCIAS MODIFICANTES

Tipo	Comentarios	Tratamiento	Dosis adulto	GR
Grado II-IV, si toleran su uso		Enalapril	2,5-10 mg/12 h vo	A
		+ Carvedilol	inicialmente, 3,125 mg/d vo (máx. 25 mg/12 h)	A
		o bien Enalapril	2,5-10 mg/12 h vo	A
		+ Bisoprolol	inicialmente, 1,25 mg/d vo (máx. 10 mg/24 h)	A
Persistencia de grado II-IV a pesar de IECA + betabloqueantes		Espironolactona	25-50 mg/d vo	A
Síntomas congestivos		Furosemida	20-120 mg/d (en 1-2 tomas) vo	A
En pacientes tratados con IECA + diuréticos (con betabloqueantes asociados), si persisten síntomas congestivos		Digoxina	0,125-0,25 mg/d vo	B

ACTUACIÓN TERAPÉUTICA

○ Pruebas complementarias:

- ECG: ritmo sinusal a 103lpm, eje 30°, QRS estrecho sin signos de isquemia aguda.
- Rx tórax: edema intersticial y cardiomegalia.
- Analítica y Ecocardiograma pendientes.

○ Medidas no farmacológicas:

- Dieta hiposódica.
- Pérdida de peso.
- Reposo domiciliario.

○ Medidas farmacológicas:

- Iniciamos Furosemida 40mg-20mg-0 (3 días), furosemida 20mg-20mg-0 (3 días) y mantener furosemida 20mg/24h hasta nuevo control.
- **SOSPECHA** etiológica de la descompensación: Paracetamol comprimidos efervescentes. Refiere desde hace un mes tomar 1 comp/8h por la gonalgia. CAMBIAR A COMPRIMIDOS NO EFERVESCENTES.

EFFERALGAN® COMP. EFERVESCENTES

- Consulta ficha técnica:
 - AEMPS: CIMA. Consulta medicamento.

Inicio > Medicamentos de uso humano

Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS - CIMA

Resultado de la Búsqueda. Criterios: EFFERALGAN 500 mg COMPRIMIDOS EFERVESCENTE

Datos administrativos de identificación del medicamento. Para acceder al nombre del medicamento.

Se encontraron 1 resultado.

Medicamento	Principios Activos	Laboratorio titular	Estado del medicamento	Condiciones de Prescripción y Uso	Estado comercialización	Información del Medicamento
EFFERALGAN 500 mg COMPRIMIDOS EFERVESCENTE - N.R.: 58156	PARACETAMOL	Bristol Myers Squibb, S.A	Autorizado	Sin Receta	Comercializado	FT P

Se encontro una fila.

FICHA TÉCNICA EFFERALGAN 500 mg COMPRIMIDOS

Excipientes con efecto conocido:
Sorbitol (E-420) 300 mg,
Sodio 412,4 mg.

- Se notifica el caso de sospecha de reacción adversa al centro de FARMACOVIGILANCIA DE CATALUÑA:

- www.targetagroga.cat

[Inicio](#) / [Notificar un caso nuevo](#)

Notifica por favor las sospechas de reacciones adversas al medicamentos de reciente comercialización (con el identificador ▼). Notifica también las reacciones graves o raras a otros fármacos. También hay que notificar sospechas de efectos indeseados de vacunas, medicamentos de libre dispensación, fitoterápicos, medicamentos homeopáticos, fórmulas magistrales, radiofármacos y gases medicinales. Para las vacunas y otros medicamentos biológicos o biotecnológicos, indica el nombre completo del medicamento (marca y presentación) y el número de lote.

No dejes de notificar por el hecho de desconocer una parte de la información que te pedimos.

Notificar un caso nuevo

Campos obligatorios (*)

La identificación del paciente permite saber si se ha repetido alguna reacción en la misma persona, y también si la notificación es repetida. El Instituto Catalán de Farmacología garantiza la confidencialidad según la legislación vigente.

Nombre del paciente * (Escribe como mínimo las iniciales del paciente).

Sexo (Masculino - Femenino) **Peso:** (kg) **Edad** **Años** ▼

Nº historia clínica: **El cuadro clínico ha requerido atención?** ▼

En el primer espacio consigna el medicamento que consideres más sospechoso de haber producido la reacción. Después consigna el resto de medicamentos, incluso los de automedicación, tomados durante los tres meses anteriores. En caso de que necesites ampliar la lista de medicamentos, lo puedes hacer con el botón [+ Añadir medicamento] que hay más abajo.

CONTROL

A las 2 semanas:

- ⊙ Mejoría clínica, la paciente puede realizar sus actividades diarias con mucha menos fatiga.
- ⊙ Mantiene cifras tensionales $>150/90$, FC 87lpm, Sat 98% basal.

Al mes:

- ⊙ Persiste estable, con tendencia a la hipertensión, iniciamos β -bloqueante:
 - carvedilol 6.25mg $\frac{1}{2}$ comp/12h

CONTROL A LOS 3 MESES

- ⦿ Ha dejado el carvedilol porque refiere no haberlo partido y haber tomado un comprimido cada mañana con intensa cefalea.
- ⦿ Persisten cifras de tensión arterial elevadas.
- ⦿ Ecocardiograma: pendiente

ACTUACIÓN TERAPÉUTICA: RESOLUCIÓN

- Suspendemos IECA y β bloqueante (que ella ya ha suspendido).
- Iniciamos tratamiento con:
 - Hydrapress[®] (hidralazina) 25mg, ½ comp/12h.
 - Uniket[®] 20mg (nitrato), ½ comp/12h.

Puede ensayarse la administración de hidralazina asociada a nitratos, esta combinación es especialmente eficaz en pacientes de etnia africana.

CASO CLÍNICO 2

- ✘ Varón de 71 años.
- ✘ AP: fumador de 4-5 puros al día, exhábito enólico sin consumo desde hace 10 años, HTA, DM2.
- ✘ Hace 9 meses fallecimiento de su mujer, desde entonces no había venido a la consulta.
- ✘ Tto farmacológico:
 - + Losartán 50mg/24h
 - + Metformina 850mg/8h

EN LA CONSULTA...

- ✘ MC: acude acompañado/obligado por su hijo que refiere en los últimos 6 meses descuidos habituales, olvidando tareas importantes, descuidando la alimentación, pérdida de peso, cansancio de predominio matutino, irritabilidad, falta de interés por aficiones, no querer salir de casa ni realizar ninguna actividad.
- ✘ Enfermería visita previa:
 - + EF TA 137/91. IMC 23.6. Bmtest 2 h después desayuno 186mg/dL.
- ✘ Aporta analítica de centro privado donde destaca:
 - + HbA1c: 7.2%.
 - + Colesterol: 238mg/dL (LDL 179mg/dL, HDL 43mg/dL).

“GUÍA DE LA BUENA PRESCRIPCIÓN”.

- ✘ Pasos a considerar en la selección de un tratamiento:
 - + a) diagnósticos:
 - ✘ depresión,
 - ✘ DM2 mal control,
 - ✘ dislipemia
 - + b) objetivo terapéutico:
 - ✘ calidad de vida,
 - ✘ evitar conductas autolesivas,
 - ✘ mejoría de parámetros analíticos: HbA1c y Colesterol T.
 - ✘ reducción RCV.
 - + c) inventario: medidas farmacológicas y no farmacológicas.
 - + d) selección de un fármaco (Guía).

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Psicoterapia de apoyo consistente en la escucha activa, explicación y educación acerca del trastorno afectivo, permitir que el paciente exprese los síntomas, problemas y temores. Enseñar a priorizar. Ofrecer información sobre el tratamiento, efectos secundarios y el pronóstico de la enfermedad. Tratar de conseguir el apoyo de la familia, establecer objetivos realistas. Valorar siempre las ideas de suicidio. Evitar la toma de decisiones drásticas sobre su vida.

OBSERVACIONES

En la depresión leve, el tratamiento farmacológico no está indicado. Valorar su uso si hay antecedentes de depresión moderada o grave, o comorbilidad asociada.

Cuando un paciente ha recibido tratamiento farmacológico y este ha sido eficaz, siempre se escogerá el mismo. Si no ha existido tratamiento previo, la elección del antidepresivo se basará en el perfil farmacológico y de los efectos secundarios. En el anciano, la paroxetina ha ido mostrando un potencial de efectos adversos por lo que aconsejan situarla como tratamiento de segunda línea para depresión.

En ancianos se utilizarán dosis iniciales más bajas (la mitad o un tercio de las habituales). En pacientes con enfermedades orgánicas asociadas son de elección los ISRS. El tratamiento se mantendrá un mínimo de 6 sem antes de considerar ineficaz el fármaco. En un primer episodio se aconseja mantener el tratamiento durante 6 meses después de la recuperación clínica. En caso de tres recurrencias, valorar el tratamiento indefinido. En caso de fracaso, se tendría que revisar el diagnóstico y la adherencia, considerar un cambio de medicamento (a otro cualquiera) y revisar los factores contributivos (comorbilidad, alcohol), y si hay más de dos fracasos, remitir al especialista.

ENLACES RELACIONADOS

Información para el paciente

Depresión. Depresión crónica. Distimia

ANEXO 13 Fármacos de uso no recomendados en el anciano

4.4. Depresión. Depresión crónica. Distimia

La **depresión** es una enfermedad, por lo que existen unos criterios de diagnóstico, tratamiento y pronóstico, que consiste en un **trastorno del estado de ánimo**. Sin embargo, todos los estados de ánimo con tristeza no son depresiones. Es más frecuente entre los 35 y los 44 años y en mujeres.

Los **síntomas** más comunes son: tristeza, fatiga, pérdida del apetito, deseo de estar solo, pensamientos de culpa, ruina o inutilidad e incapacidad para disfrutar de las cosas. Cuando afecta a niños o adolescentes, pueden destacar: irritabilidad, trastornos del comportamiento, ansiedad, miedo, quejas reiteradas de dolor abdominal o de cabeza.

La depresión puede deberse a problemas personales, familiares, laborales, etc., pero en ocasiones se debe a otra enfermedad o no se identifica una causa.

Una depresión no indica debilidad de la persona que la padece y su curación no depende de su voluntad.

No siempre se trata con medicamentos.

La duración del tratamiento farmacológico suele ser de 6 a 9 meses, o más. Cuando los síntomas de depresión no son intensos y duran más de 2 años recibe el nombre de **distimia**.

¿Qué puede hacer?

- **Pida ayuda** a sus familiares y amigos. Deje que le ayuden.
- Intente explicarles sus sentimientos y las causas que, según usted, le han llevado a esta situación, cómo ve su vida personal, familiar, laboral y/o social.
- Debe saber que los pensamientos negativos como la

- Si la persona deprimida quiere hablar de su depresión, déjela manifestarse. Acompañele a pasear y realizar ejercicio.
- La irritabilidad puede ser un síntoma de la depresión. Evite discutir con él/ella.
- Siga con su propia vida. Disfrute de su tiempo de



Anexo 13. Fármacos de uso no recomendados en el anciano

Criterios STOPP-START

Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores.

Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50(2):89-96.

NOTA: ver de fármacos criterios STOPP en la **tabla 3**, páginas 4-5. Ver fármacos criterios START en la **tabla 4**, página 6.

Criterios de Beers

Medicamentos potencialmente inapropiados en las personas mayores

American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria: Update Expert Panel

NOTA: ver listado de fármacos en la **tabla 2**, páginas 5-10.

Observaciones:

Excepcionalmente estos fármacos pueden utilizarse en ancianos cuando no haya otras alternativas de tratamiento o cuando se valore que el beneficio-riesgo es favorable para un paciente en concreto. Por ejemplo, la amitriptilina a dosis bajas es el fármaco de referencia para el tratamiento del dolor neuropático incluso en pacientes ancianos.

Depresión mayor

CIE-10: **F32.9** CIAP-2: **P76**

TRATAMIENTO DE ELECCIÓN

Tratamiento	Comentarios	Dosis adulto	GR
Fluoxetina o bien		20-80 mg/d vo	A
Paroxetina o bien		10-40 mg/d vo	A
Nortriptilina		75-100 mg/d vo (máx. 150 mg/d)	A

CIRCUNSTANCIAS MODIFICANTES

Tipo	Comentarios	Tratamiento	Dosis adulto	GR
No hay mejoría con el tto. de elección escogido	Cambiar a otro antidepresivo del tto. de elección			
<u>Paciente ≥ 65 años</u>		Sertralina	50-100 mg/d	A
Depresión con ansiedad		Paroxetina	10-40 mg/d vo	A
Depresión con inhibición		Fluoxetina	10-40 mg/d vo	A

ACTUACIÓN TERAPÉUTICA

✘ Psicoterapia: escuchar sus quejas, preocupaciones, temores... Valorar de manera directa pensamientos autolíticos.

+ “No tengo ganas de nada, no me divierten, no quedan amigos, solo estoy aquí hasta...”

✘ Concretamos con el hijo objetivos: que vaya a visitar a sus nietos.

✘ Iniciamos tratamiento con:

+ Sertralina 25mg/24h

Explicando bien los efectos secundarios (FT sección 4.8 efectos adversos) , que no es un efecto inmediato y cita de control en 3 semanas para revaloración

Muy frecuentes ($\geq 1/10$)	Frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$)
<i>Trastornos gastrointestinales</i>	
Diarrea (18%), náuseas (24%), boca seca (14%)	Dolor abdominal*, vómitos*, estreñimiento*, dispepsia, flatulencia

GUÍA TERAPÉUTICA en Atención Primaria basada en la selección razonada de medicamen

Anexo 2. Tablas para el cálculo del riesgo coronario o cardiovascular

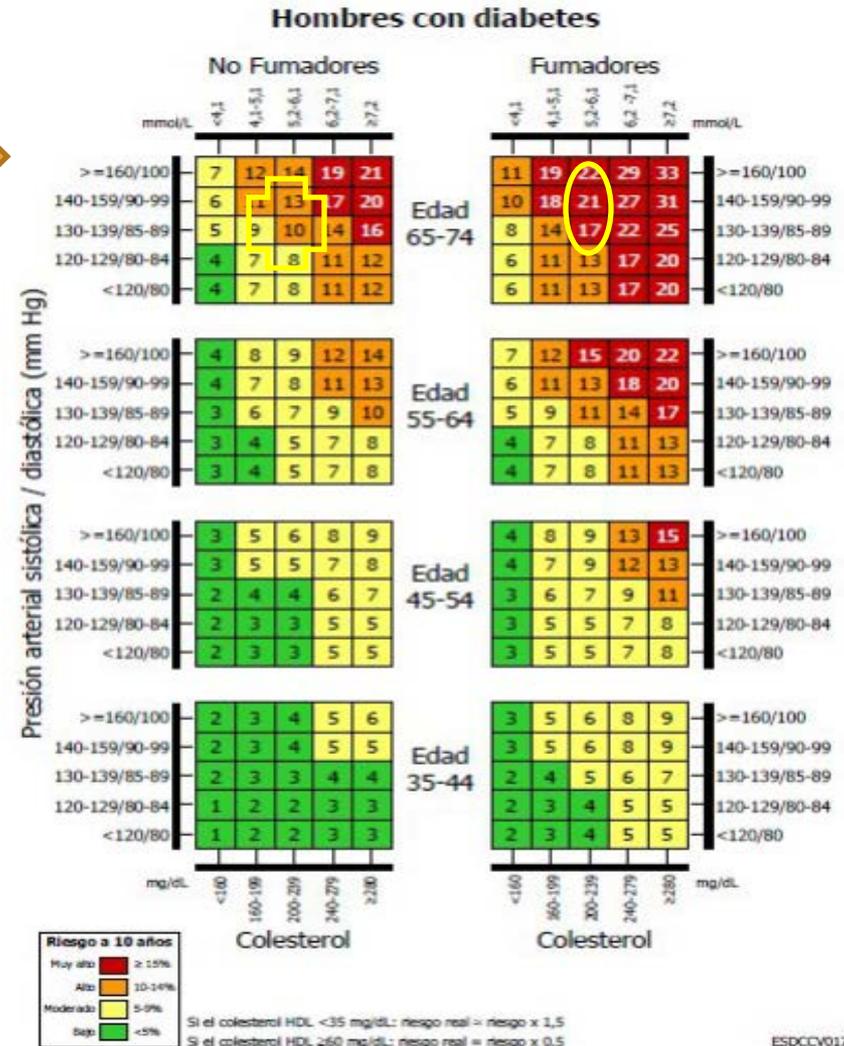
Tablas adaptadas de Framingham (REGICOR). Prevención primaria de la enfermedad coronaria

Estas tablas se han adaptado a las características de la población española mediante un proceso de calibración bien contrastado y se han validado en población española. Permiten estimar el riesgo de un acontecimiento coronario (angina, infarto de miocardio con o sin síntomas, mortal o no) a 10 años.

Para estimar el riesgo debe seleccionarse la tabla correspondiente a la presencia o ausencia de diabetes, el consumo de tabaco, el sexo y la edad del/a paciente. A continuación debe buscarse la intersección de su presión arterial sistólica y diastólica con su colesterol total buscando la columna de valor central ± 20 mg/dL ($\pm 0,5$ mmol/L) que incluya el valor deseado. El valor inscrito en la casilla hallada por este procedimiento indica el riesgo a 10 años, y el fondo pertenece al código de colores cuya leyenda se encuentra al pie de las tablas.

Si se dispone del valor del colesterol de HDL puede corregirse el riesgo hallado multiplicándolo por 1,5 si está por debajo de 35 y por 0,5 si está por encima de 59.

La lectura es directa si el valor se encuentra entre 35 y 59 mg/dL.



Diabético. Fumador.
 TA 137/91.
 Colesterol T 238 (HDL 43).

Y si no fumara???

✘ Medidas no farmacológicas:

- + Reforzamos dieta diabética sin sal.
- + Explicamos dieta hipocolesterolemia.
- + Ejercicio físico.
- + Deshabitación tabáquica (ahora??)

MEDIDAS FARMACOLÓGICAS:

- × DM2: si persiste HbA1c >7% a pesar de medidas no farmacológicas:

Control no aceptable con AO en monoterapia		Metformina
		+
		Sulfonilurea

- × Glicazida 30mg/24h.

- × DL/RCV:

Tipo	Comentarios	Tratamiento	Dosis adulto	CR
dLDL ≥ 130 mg/dL + RC (REGICOR) ≥ 10% o RCV (SCORE) ≥ 5%		Simvastatina	20-40 mg/d	A

- × Simvastatina 20mg/24h.

NO OLVIDAR

- ✘ El tratamiento antidepresivo debe ser mantenido durante al menos 6 meses. No olvidar valorar su retirada.
 - ✘ Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. JAMA Intern Med 2015;175:827-34.
- ✘ Todos los tratamientos antidiabéticos bajan la HbA1c pero no todos se asocian a una disminución de la mortalidad cardiovascular en DM2.
 - + Freemantle N, Calvert M. Composite and surrogate outcomes in randomised controlled trials. BMJ 2007;334:756-7.

CASO CLÍNICO 3

- ◉ Mujer de 63 años.
- ◉ AP: DM2, HTA, insomnio, glaucoma, hernia de hiato e insuficiencia venosa periférica.
- ◉ TTO:
 - > Torasemida 10mg/24h
 - > Glibenclamida 10mg/24h
 - > Pentofixilina 400mg/12h
 - > Paracetamol a demanda
 - > Enalapril 5mg/24h
 - > Diazepam 5mg/24h
 - > Rabeprazol 20mg/24h
 - > Timolol 1 gota/12h

- MC: desde hace 3 meses presenta pérdidas de orina ocasionales
 - Coinciden con el esfuerzo: cargar la compra, tos y risa
 - En ocasiones no tiene tiempo de llegar al W.C.
- Revisamos historial farmacológico, hace 3 meses se aumento la torasemida de 5 mg a 10mg al día.
- Última revisión ginecológica hace 8 meses correcta.

“Guía de la buena prescripción”.

- Pasos a considerar en la selección de un tratamiento:
 - > a) diagnóstico: Incontinencia urinaria
 - > b) objetivo terapéutico:
 - control orina
 - calidad de vida
 - > c) inventario
 - medidas no farmacológicas
 - medidas farmacológicas
 - > d) selección de un fármaco (tabla).

Eficacia	Toxicidad	Conveniencia	Coste
----------	-----------	--------------	-------

APROXIMACIÓN TERAPÉUTICA

- ◉ Diagnóstico: Incontinencia urinaria
- ◉ Tipos:
 - > De estrés o esfuerzo ←
 - > De urgencia ←
 - > Mixta ←
 - > De rebosamiento
 - > Funcional

ACTUACIÓN TERAPÉUTICA

- No farmacológica:
 - > Informar a la paciente

semFYC
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

GUÍA PRÁCTICA DE LA SALUD

UNIDAD 8. Enfermedades

8.4. Pérdidas de orina e

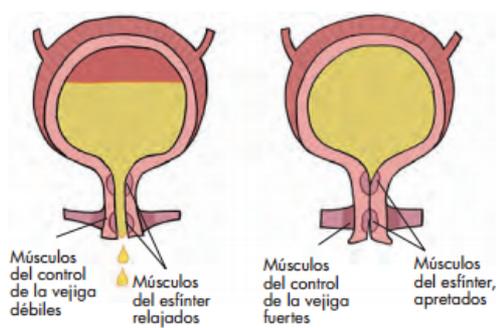
Las pérdidas de orina (incontinencia urinaria) en la mujer son un problema que puede mejorar con tratamiento correcto y las medidas higiénicas adecuadas.

¿Qué puede hacer?

Hable con su médico de su problema. Él averiguará qué tipo de incontinencia tiene.

La incontinencia de esfuerzo mejora con algunos ejercicios:

- En primer lugar, **localizar los músculos** que controlan la orina. Trate de parar el chorro cuando esté orinando sin usar los músculos de las piernas o las nalgas. Cuando sea capaz, habrá localizado los músculos correctos.
- **Manténgalos apretados** contando hasta 10, descanse 10 segundos y repítalo todo 10 veces. Haga esto 3 o 4 veces todos los días y en distintas posiciones.
- No se desanime ni abandone. A veces los resultados no se notan hasta pasadas unas semanas. Piense que, como todo músculo, cuanto más se ejercite más fuerte será.



Además de estas medidas puede que su médico le prescriba algún medicamento.

- > Para la incontinencia de esfuerzo: **Ejercicios de Kegel**

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

En la incontinencia de esfuerzo, los ejercicios del suelo pélvico son la primera recomendación.

Evitar las bebidas con cafeína puede disminuir la sensación de urgencia. En la **incontinencia urinaria funcional**: facilitar el acceso al cuarto de baño o el uso de sustitutos (orinal, cuña), mejorar la luminosidad, intentar reducir el consumo de excitantes (alcohol, café, té). En la **incontinencia urinaria en el varón** no hay resultados concluyentes para la estimulación eléctrica del suelo pélvico.

ACTUACIÓN TERAPÉUTICA FARMACOLÓGICA

- Para la incontinencia de urgencia:
 - Descartar infección de orina
 - > Disminuimos la dosis de torasemida y aumentamos la de enalapril
 - > Iniciamos tratamiento farmacológico

CIRCUNSTANCIAS MODIFICANTES				
Tipo	Comentarios	Tratamiento	Dosis adulto	GR
Incontinencia urinaria de esfuerzo	Medidas no farmacológicas (GR A)			
Incontinencia urinaria de urgencia o por inestabilidad del detrusor y formas mixtas		Oxibutinina	2,5-5 mg/6-8 h vo, comenzar con dosis bajas (p. ej., 2,5 mg DU por la mañana) para asegurar tolerancia y aumentar según respuesta	A
En caso de no existir mejoría con el tto. anterior		Trospio	20 mg/12 h vo	A

Fármacos recomendados



GUÍA TERAPÉUTICA en Atención Primaria
basada en la selección razonada de medicamentos

SALIR



Busc

Toc FÁRMACOS RECOMENDADOS > Oxibutinina

Oxibutinina

#

A

EFEITOS INDESEABLES

Frecuentes

Efectos anticolinérgicos como sequedad de boca, náuseas, estreñimiento.

Ocasionales

Taquicardia, palpitaciones, mareos, confusión, insomnio, visión borrosa, retención urinaria. En pacientes predispuestos puede haber un deterioro de la memoria.

Raros

Alucinaciones, impotencia.

CONTRAINDICACIONES

Absolutas

Glaucoma, uropatía obstructiva (especialmente por adenoma de próstata), miastenia grave, bronquitis crónica o atonía intestinal (especialmente en ancianos).

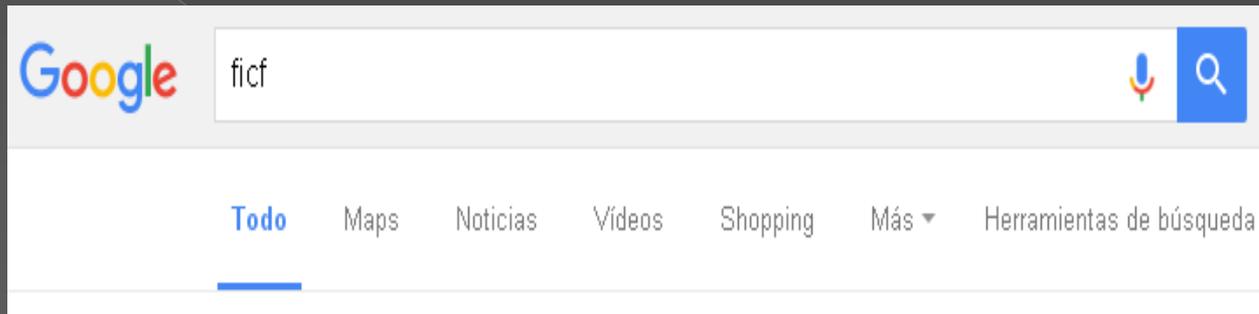
Precio

4,15

42,15



CONSULTA TERAPÉUTICA



Deseo consultar la BD SIETES   

Butlletí Groc

Informes sobre nuevos medicamentos

Actividades de formación continuada

Actualización en Farmacología (Update)

Libros y otras publicaciones

Docencia

Consultas sobre dudas en terapéutica

Uso terapéutico del cannabis 

Las actividades de la FICF

Memoria de actividades

FICF 25 Años de Historia y de Futuro



Centro Colaborador de la OMS
para la Investigación y la Formación
en Farmacoepidemiología



Grupo de Investigación Consolidado
de la Generalitat de Catalunya



Nosotros subscribimos los Principios del
código HONcode.
Compruébelo aquí.

Los campos marcados con (*) son obligatorios.

Consultor:

Nombre: (*)

Apellidos: (*)

Profesión:

Servicio o Especialidad:

Lugar de trabajo:

Ciudad:

Teléfono: (*)

E-mail: (*)

Consulta:

Formule su consulta sin incluir señas personales del paciente (nombre o número de historia clínica):

Paciente de 63 años con incontinencia urinaria y glaucoma, la oxibutitina esta contraindicada por el glaucoma. Solicito alternativas terapéuticas...

CAS CLÍNIC

El Sr. Joan té 80 anys i presenta AC x FA, HTA amb xifres habituals de tensió arterial 150/90 mmHg. Bona qualitat de vida, viu sol i té suport d'una filla que el visita sovint.

Anticoagulem, antiagreguem o el deixem sense medicació al Sr. Joan?

Selección de medicamentos. “Guía de la buena prescripción”.

- a) Diagnóstico
- b) Objetivo terapéutico
- c) Inventario
- d) Selección de un fármaco:
 - eficacia,
 - toxicidad,
 - conveniencia,
 - coste

Completa la siguiente tabla comparativa:

Eficacia, Conveniencia, Coste

+++ : valor máximo; 0 valor mínimo

Toxicidad

--- : valor máximo; 0 valor mínimo

Fármaco	Eficacia	Toxicidad	Conveniencia	Coste



Fibrilación auricular. Prevención de embolismos

CIE-10: I48 CIAP-2: K78

TRATAMIENTO DE ELECCIÓN

Tratamiento	Comentarios	GR
	Según la circunstancia modificante	

CIRCUNSTANCIAS MODIFICANTES

Tipo	Comentarios	Tratamiento	Dosis adulto	GR
Paciente < 65 a sin FR embólico asociados: - FA con CHAD ₂ DS ₂ -VASc = 0, en varones - FA con CHAD ₂ DS ₂ -VASc = 1, en mujeres	No tto. antitrombótico (GR A)			
FA con CHAD₂DS₂-VASc = 1, en varones	Valorar no tto, AAS o acenocumarol (GR A)			
FA con CHAD₂DS₂-VASc ≥ 2		Acenocumarol	según pauta para INR apropiado	A
FA con indicación de anticoagulación oral e hipersensibilidad o contraindicación específica al acenocumarol		Rivaroxabán	20 mg/d vo	A

Anexo 7. Tratamiento anticoagulante

Indicaciones del tratamiento anticoagulante oral (TAO)

1. Trombosis venosa profunda (TVP).
2. Tromboembolismo pulmonar (TEP).
3. Prevención del embolismo de origen cardíaco:
 - Fibrilación auricular (FA). Véase CHA₂DS₂-VASC (tabla 1) y HAS-BLED (tabla 2).
 - Prótesis valvulares.
 - Infarto agudo de miocardio (IAM) con fracción de eyección (FE) < 30% o aneurisma VI o trombo cavitario.
 - Miocardiopatía dilatada con FE < 30%.
 - Prolapso mitral en > 65 años con valvulopatía hemodinámicamente significativa o insuficiencia cardíaca o accidente cerebrovascular (ACV) previo.

Tabla 1. Estimación del riesgo de tromboembolismo en fibrilación o flúter auriculares no valvulares mediante la tabla CHA₂DS₂-VAS_C

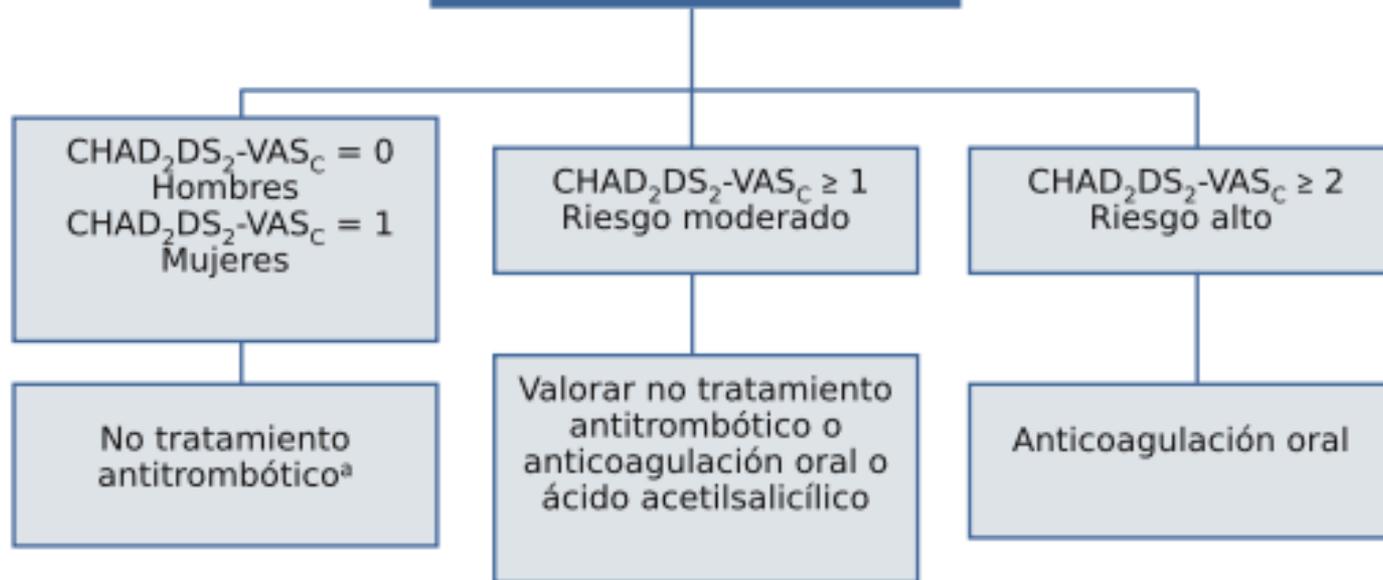
Factores de riesgo	Puntos
C Insuficiencia cardíaca	1 punto
H Hipertensión	1 punto
A Edad ≥ 75 años ^a	2 punto
D Diabetes	1 punto
S Ictus/AIT/tromboembolismo previo	2 punto
V Enfermedad vascular ^b	1 punto
A Edad 65-70 años ^a	1 punto
Sc Sexo femenino ^c	1 punto
Riesgo bajo = 0; Riesgo intermedio = 1; Riesgo alto ≥ 2	Total:

^a Las variables A de edad son mutuamente excluyentes.

^b Infarto agudo de miocardio previo, enfermedad arterial periférica o placa aórtica.

^c Las mujeres no pueden alcanzar el valor 1.

Índice CHAD₂DS₂-VAS_C



^a Se recomienda no ofrecer tratamiento antitrombótico a aquellos pacientes con riesgo trombotico muy bajo: pacientes menores de 65 años sin factores de riesgo, excepto el sexo femenino.

Tabla 2. Estimación del riesgo de sangrado en fibrilación o flúter auriculares no valvulares mediante el índice HAS-BLED

Factores de riesgo de sangrado	Puntos
H Hipertensión no controlada con PAS \geq 160 mmHg	1 punto
A Alteración de la función renal y/o hepática ^a	2 punto
S Ictus previo	1 punto
B Antecedentes de sangrado, anemia o predisposición al sangrado	1 punto
L INR inestable/alto o menos del 60% del tiempo dentro del rango terapéutico	1 punto
E Edad \geq 65 años	1 punto
D Fármacos antiplaquetarios, AINE y/o alcohol (\geq 8 bebidas a la semana)	2 punto
Riesgo bajo = 0; Riesgo intermedio = 1-2; Riesgo alto \geq 3^b	Total:

^a Alteración de la función renal o hepática: insuficiencia renal (diálisis crónica, trasplante renal o creatinina sérica \geq 2,3 mg/dl) o insuficiencia hepática (cirrosis o deterioro hepático: bilirrubina $>$ 2 veces el límite superior normal; transaminasas (AST/ALT) $>$ 3 veces el límite normal).

^b Si la puntuación del HAS-BLED es $>$ 3, indica un alto riesgo de sangrado. El paciente precisará un control más estrecho del INR, o ajustar la dosis de anticoagulantes orales o seleccionar ác. acetilsalicílico.

Criterios para valorar el tratamiento preventivo según el riesgo tromboembólico y de sangrado de un paciente con fibrilación auricular

Criterios para valorar el tratamiento del riesgo tromboembólico en la FA			Tratamiento		
			Nada	Antiagregante	Anticoagulante
CHA ₂ DS ₂ -VAS _C = 0			Sí	No	No
CHA ₂ DS ₂ -VAS _C = 1	Mujer		Sí	No	No
	Hombre	HAS-BLED ≥ 3	Sí	Sí	Sí
		HAS-BLED < 3	No	Sí	Sí
CHA ₂ DS ₂ -VAS _C = 2	HAS-BLED ≥ 3		Sí	Sí	Sí
	HAS-BLED < 3		No	No	Sí

Modificada de: <https://si9sapics.wordpress.com/2015/05/05/prevencio-del-risc-tromboembolic-en-la-fibri%C2%B7lacio-auricular/>

Modificación del TAO durante procedimientos quirúrgicos menores o endoscopias con polipectomías o toma de biopsias

1. Paciente con embolismo previo: atención en centro hospitalario.
2. Resto de pacientes de riesgo, incluido el portador de prótesis valvulares y fibrilación auricular con valvulopatía asociada:
 - Tres días antes: suspender TAO.
 - Dos días antes: enoxaparina (40 mg/24 h sc), suspender TAO.
 - Un día antes: enoxaparina (40 mg/24 h sc) + dosis habitual del TAO.
 - Día 0 (intervención): enoxaparina (20 mg/24 h sc). Si INR < 1,5, realizar intervención y, posteriormente, dosis habitual de TAO.
 - Día 1 y siguientes: suspender enoxaparina y administrar dosis habitual del TAO.
3. Pacientes de bajo riesgo embólico (FA no asociada a valvulopatía, TVP, TEP, IAM o miocardiopatía en ritmo sinusal).
 - Interrumpir TAO los 2 días antes de la intervención y no añadir heparinas de bajo peso molecular (HBPM).

Fármacos sin interacción relevante

La lista siguiente no implica que estos fármacos deban ser considerados como de elección en los pacientes con TAO.

La menor experiencia de uso con algunos de ellos puede ser la causa de que no se hayan detectado alteraciones del INR sin que ello signifique que no puedan alterarlo.

La eficacia de otros fármacos no incluidos en esta lista puede hacerlos de elección sin que su uso comporte una menor seguridad del TAO siempre que se hagan controles adecuados del INR.

Desde el punto de vista práctico, cualquier interacción farmacológica previsible a largo plazo es asumible mediante controles más frecuentes y el consecuente ajuste de la dosis.

Grupo terapéutico	Nombre genérico
Analgésicos	Codeína, metamizol, paracetamol (< 2 g/d, pocos días)
Ansiolíticos	Cloracepato, diazepam
Antiácidos	Almagato, hidróxido de aluminio, malgaldrato
Antianginosos	Nitritos, atenolol, bisoprolol, amlodipino
Antidepresivos	ISRS, mianserina
Antidiarreicos	Loperamida
Antieméticos	Clebopride, metoclopramida, tietilperazina
Antigotosos	Colquicina
Antihipertensivos	Atenolol, benazepril, bisoprolol, captopril, cilazapril, diltiazem, enalapril,

- Si paciente inicia tto con acenocumarol y los INR fuera del rango ?????



FA en tto. con acenocumarol e imposibilidad de mantener un control de INR dentro de rango 2-3, a pesar de buen cumplimiento terapéutico (tiempo en rango terapéutico < 65%)		Rivaroxabán	20 mg/d vo	A
FA con indicación de anticoagulación oral y antecedentes de hemorragia intracraneal		Rivaroxabán	20 mg/d vo	B
FA y embarazo sin otros FR embolígenos o con riesgo moderado o alto	Sin tto. preventivo	Enoxaparina	1 mg/kg/12 h sc	B

conveniencia

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

GR

En período de investigación, procedimientos quirúrgicos para aislar las zonas de la aurícula izquierda con más posibilidades de contener trombos (orejuela auricular izquierdo) del flujo sanguíneo.

OBSERVACIONES

1. Estimación del riesgo de tromboembolismo en fibrilación o flúter no valvulares mediante la tabla CHADS₂DS₂-VASc.

Factores de riesgo: C = Insuficiencia cardíaca congestiva: 1 punto. H = Hipertensión: 1 punto. A = Edad ≥ 75 años: 1 punto. D = Diabetes mellitus: 1 punto. S = Antecedentes de ictus o AIT: 2 puntos. V = Enfermedad vascular (infarto miocardio previo, enfermedad arterial periférica o placa aórtica): 1 punto. A = Edad 65-70 años: 1 punto. S = Sexo femenino: 1 punto.

En pacientes < 65 años sin otros FR, excepto el sexo femenino (CHADS₂DS₂-VASc = 0 en varones, o CHADS₂DS₂-VASc = 1 en mujeres), no se recomienda el tratamiento para prevenir tromboembolismo.

2. Estimación del riesgo de sangrado en fibrilación o flúter no valvulares mediante el índice HAS-BLED.

Factores de riesgo: H = Hipertensión arterial no controlada (PAS ≥ 160 mmHg): 1 punto. A = Insuficiencia renal y/o hepática: 1 punto por cada una. S = Antecedentes de ictus o AIT: 1 punto. B = Antecedente de sangrado: 1 punto. L = INR lábil o cambiante: 1 punto. E = Edad > 65 años: 1 punto. D = Polimedicación y/o consumo de alcohol: 1 punto por cada uno.

Si la puntuación del HAS-BLED es ≥ 3, el riesgo de sangrado es alto y puede ser necesario un control más estricto del INR, ajustar dosis del anticoagulante oral o prescribir ácido acetilsalicílico.

3. Tratamiento anticoagulante oral con acenocumarol (TAO) y tratamientos dentales u otros procedimientos con riesgo de sangrado (véase anexo «Tratamiento anticoagulante»).

4. Nuevos anticoagulantes orales inhibidores de la trombina (Dabigatrán) o del factor Xa (Rivaroxabán y apixabán).

El 23 de diciembre de 2013 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad emitió un informe de posicionamiento terapéutico (UT/V4/23122013) en que establece los criterios y recomendaciones generales para el uso de los nuevos anticoagulantes orales (NACO) en la prevención del ictus y embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular. En base a este informe el acenocumarol sigue siendo el fármaco de elección para iniciar



los nuevos anticoagulantes orales (NACO) en la prevención del ictus y embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular. En base a este informe el acenocumarol sigue siendo el fármaco de elección para iniciar la anticoagulación. No obstante este informe, no se dispone de evidencia clara para los NACO, y por lo tanto correspondería un GR C, en las situaciones siguientes:

- Pacientes con ictus isquémico que presenten criterios clínicos y de neuroimagen de alto riesgo de hemorragia intracraneal.
- Pacientes en tratamiento con acenocumarol que sufran episodios tromboembólicos arteriales graves a pesar de un buen control de INR.

Aunque no se han comparado entre ellos, no parece que haya muchas diferencias de eficacia ni de seguridad. En la conveniencia rivaroxabán se administra una vez al día, dabigatrán y apixabán se administran dos veces al día. En pacientes con insuficiencia renal, el dabigatrán está contraindicado en pacientes con un FG < 30 ml/min; rivaroxabán se puede administrar a pacientes con IRC grave y FG 15-29 ml/min., ajustando la dosis a 15 mg una vez al día; también se puede considerar el uso de apixabán en pacientes con FG 15-29 ml/min, la dosis es de 2,5 mg dos veces al día. Todos estos fármacos están contraindicados en situaciones de insuficiencia renal grave (CICr < 15 ml/min) y de insuficiencia hepática severa. Dabigatrán es de mayor precio.

Si se desea cambiar de tratamiento con antagonistas de la Vit K a rivaroxabán, iniciar el tratamiento con rivaroxabán cuando el valor del INR sea $\leq 3,0$.

ENLACES RELACIONADOS

Anexos en Observaciones

[Clasificación de la taquicardia paroxística y su tratamiento](#)

Información para el paciente

[Tratamiento con anticoagulantes](#)

[¿Tiene usted fibrilación auricular?](#)

10.9. Tratamiento con anticoagulantes

El **Sintrom®** y el **Aldocumar®** son medicamentos **anticoagulantes**. Al tomarlos, la sangre tarda más tiempo en coagular. Así evita las trombosis y las embolias. Está indicado en personas con riesgo de padecer estos problemas.

Su principal inconveniente es la **hemorragia**. Puede sangrar más con las heridas, si le extraen una muela y al operarse.

El tratamiento necesita un **control muy cuidadoso**. Cada persona requiere su propia dosis. Necesitará realizar controles cada 4-6 semanas. En ellos se mide el grado de coagulación de la sangre, y se calcula un dato llamado INR. Según el resultado del INR, se aconseja la cantidad de medicamento diario. Su valor debe estar entre 2 y 3, salvo en casos especiales (prótesis valvulares cardíacas metálicas).

¿Qué puede hacer?

- **Tome el medicamento.** Todos los días y a la misma hora. Aconsejamos tomarlo entre las 7 y las 8 de la noche.
- Tome la cantidad exacta de pastillas. No cambie la dosis por su cuenta.
- Es mejor fuera de las comidas, 1 hora antes de la comida o cena.
- Marque en una hoja o calendario la dosis de cada día después de tomarla.
- Respete el día y la hora de sus citas de control. Puede desayunar antes.
- **En caso de olvido:**
 - Si es el mismo día, tómela cuando se acuerde.
 - Si se acuerda al día siguiente, tome la dosis que corresponde y añada un cuarto.
 - Si le corresponde descansar algún día de la semana y se olvida de hacerlo, descanse al día siguiente.
- **Puede comer de todo.** Evite los cambios bruscos en la alimentación
- Puede beber vino o cerveza en pequeñas cantidades y con las comidas. Evite bebidas más fuertes.
- No tome ningún medicamento nuevo sin antes consultarlo con su médico. Tampoco suprima ningún tratamiento crónico sin preguntar antes.
- Cuando sea atendido por cualquier personal sanitario (médicos, enfermeros, etc.), recuérdelos que toma anticoagulantes. También en caso de extracciones dentales, endoscopias e intervenciones quirúrgicas.
- Si padece fiebre o dolor, puede tomar paracetamol.
- En caso de duda, póngase en contacto con su centro de control.



¿Cuándo consultar a su médico de familia?

- Si **sospecha que está embarazada**.
- Si presenta sangrados leves. Por ejemplo, sangrados leves por encía o nariz, reglas más abundantes de lo habitual y morados en la piel.
- Debe acudir a **urgencias** en los casos de:
 - Sangrados más importantes, hematomas grandes, esputos u orina con sangre.
 - Heces negras como alquitrán.
 - Dolor de cabeza muy intenso y repentino.
 - Dificultad para hablar.
 - Problemas de visión.

¿Dónde conseguir más información?

- <http://www.fisterra.es>
- <http://www.angiologia.com/html/aajust.htm>

MES						
LLUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
			1	2	3	4
			☾	☾	☾	☾
5	6	7	8	9	10	11
☾	☾	☾	☾	☾	☾	☾
12	13	14	15	16	17	18
☾	☾	☾	☾	☾	☾	☾



los nuevos anticoagulantes orales (NACO) en la prevención del ictus y embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular. En base a este informe el acenocumarol sigue siendo el fármaco de elección para iniciar la anticoagulación. No obstante este informe, no se dispone de evidencia clara para los NACO, y por lo tanto correspondería un GR C, en las situaciones siguientes:

- Pacientes con ictus isquémico que presenten criterios clínicos y de neuroimagen de alto riesgo de hemorragia intracraneal.
- Pacientes en tratamiento con acenocumarol que sufren episodios tromboembólicos arteriales graves a pesar de un buen control de INR.

Aunque no se han comparado entre ellos, no parece que haya muchas diferencias de eficacia ni de seguridad. En la conveniencia rivaroxabán se administra una vez al día, dabigatrán y apixabán se administran dos veces al día. En pacientes con insuficiencia renal, el dabigatrán está contraindicado en pacientes con un FG < 30 ml/min; rivaroxabán se puede administrar a pacientes con IRC grave y FG 15-29 ml/min., ajustando la dosis a 15 mg una vez al día; también se puede considerar el uso de apixabán en pacientes con FG 15-29 ml/min, la dosis es de 2,5 mg dos veces al día. Todos estos fármacos están contraindicados en situaciones de insuficiencia renal grave (CICr < 15 ml/min) y de insuficiencia hepática severa. Dabigatrán es de mayor precio.

Si se desea cambiar de tratamiento con antagonistas de la Vit K a rivaroxabán, iniciar el tratamiento con rivaroxabán cuando el valor del INR sea $\leq 3,0$.

ENLACES RELACIONADOS

Anexos en Observaciones

[Clasificación de la taquicardia paroxística y su tratamiento](#)

Información para el paciente

[Tratamiento con anticoagulantes](#)

[¿Tiene usted fibrilación auricular?](#)

10.8. ¿Tiene usted fibrilación auricular?

La **fibrilación auricular (FA)** es una arritmia. Ocurre cuando el corazón late con un **ritmo desordenado** y rápido.

Es la arritmia más común. Su frecuencia aumenta con la edad. Algunas personas tienen esta arritmia permanentemente.

La FA puede deberse a enfermedades del corazón, por ejemplo: alteraciones de las válvulas cardíacas, hipertensión arterial, enfermedad coronaria del seno (seno sinusal o marcapasos natural del corazón). También puede estar ocasionada por enfermedades no cardíacas: infecciones, enfermedades del tiroides, respiratorias, etc.

El síntoma más frecuente es la sensación de **palpitaciones**. Pero en ocasiones no produce molestias. En estos casos, la FA se descubre por casualidad.

¿Qué puede hacer?

• Evite los desencadenantes:

- Hay personas sensibles a algunas sustancias estimulantes. Cuando las toman se desencadenan episodios de FA.
- Evite el alcohol.
- Evite la cafeína, es decir, el café, el té y las bebidas con cola.

• Evite comer en exceso.

• Controle las enfermedades:

- Si es **diabético**, controle el azúcar de su sangre.
- Conozca su **presión arterial**. Si tiene hipertensión arterial, siga las indicaciones de su médico. Evite el exceso de sal.
- Controle su **peso**.
- Abandone **el tabaco**.
- En caso de padecer una enfermedad del tiroides, siga el tratamiento indicado por su médico.
- Si tiene insuficiencia cardíaca, cumpla su tratamiento.
- Siga las recomendaciones de su médico y tome la medicación como se le ha indicado. Si toma anticoagulantes (Sintrom®), no falte a sus citas. Este tipo de medicamentos necesita unos controles.
- La medicación es necesaria para evitar que el corazón vaya muy rápido y para prevenir posibles complicaciones, como la trombosis cerebral (accidente cerebrovascular) o ictus.



¿Cuándo consultar a su médico de familia?

- Cuando, a pesar del tratamiento, no se encuentre mejor o los síntomas empeoren.
- Ante cualquier problema relacionado con el tratamiento.
- En caso de FA intermitente, si nota síntomas similares a otros episodios.
- Acuda a un **servicio de urgencias** o llame al **112** en caso de:
 - Dificultad para respirar.
 - Dolor en el pecho.
 - Desmayo o pérdida de conciencia.
 - Debilidad intensa.

¿Dónde conseguir más información?

- www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000184.htm
- www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/fibrilacion-auricular.html
- www.cardioex.com/imagenes/doc/Fibrilacion%20Auricular%20versiondef.pdf



[Notícies del Butlletí Groc](#)

[Vull fer una consulta terapèutica](#)

[Vull notificar una sospita d'efecte advers \(Targeta groga\)](#)

[Vull consultar la BD SIETES](#)

[Butlletí Groc](#)

[Informes sobre nous medicaments](#)

[Activitats de formació continuada](#)

[Actualització en Farmacologia \(Update\)](#)

[Llibres i altres publicacions](#)

[Docència](#)

[Consultes sobre dubtes en terapèutica](#)

[Ús terapèutic del cànnabis](#)

[Les activitats de la FICF](#)

[Memòria d'activitats](#)

[FICF 25 Anys d'Història i de Futur](#)



Centre Col·laborador de l'OMS per a la Recerca i la Formació en Farmacoepidemiologia



Grup de Recerca Consolidat de la Generalitat de Catalunya



Nosaltres subscriuim els principis del codi HO Ncode. Comproveu-ho aquí.



Butlletí Groc

[Subscriu-te al Butlletí Groc](#)

[números anteriors](#)

Nº actual: Vol. 28, n. 4 :: oct-des 2015

Eleccions generals, Consell d'Europa, salut pública i indústria farmacèutica

Estades de formació

Estades de formació i recerca a la FICF

PROTECT

[Inventory on Drug Utilisation - MASTER DOCUMENT](#)

[Inventory on Drug Utilisation - COUNTRIES SUMMARY](#)

Preguntes i respostes en Farmacologia clínica

[Tratamiento actual de la diabetes gestacional.](#)

[Nuevos anticoagulantes orales para la prevención del ictus en pacientes con fibrilación auricular no valvular.](#)

La informació d'aquest lloc web està dirigida a professionals de la salut. No està dissenyat per a pacients ni usuaris.

Copyright © 2016 Fundació Institut Català de Farmacologia

Darrera modificació: Dimecres, 20 de Gener de 2016