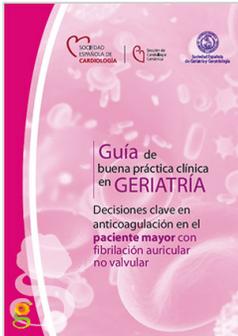




BIENVENIDO: MARISOL

Plataforma de formación de la SEGG - Mis cursos

REVISIÓN DE EVALUACIÓN GENERAL



GUIA DE BUENA PRÁCTICA EN GERIATRÍA - DECISIONES CLAVE EN ANTICOPACIENTE MAYOR CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR

Dirección y Coordinación

José Antonio López Trigo y Pablo Díez Villanueva

Preguntas acertadas Preguntas falladas

MÓDULO 1

Evaluación del curso

Conteste este examen para evaluar los conocimientos adquiridos.

Puede contestar las preguntas en diferentes sesiones, pero debe contestarlas todas antes de enviar su evaluación.

Recuerde que solo tiene un intento para enviar su evaluación y obtener su diploma superando el 80% de respuestas correctas.

1.- ¿Cuál de los siguientes no es un factor de riesgo de fibrilación auricular?:

- A.- Tabaquismo
- B.- Bajo índice de masa corporal
- C.- Síndrome de apnea del sueño
- D.- Hipertensión

2.- ¿Por qué motivo los estudios que analizan la prevalencia de fibrilación auricular no son estrictamente comparables?:

- A.- Por la distribución en cuanto a sexo de la población estudiada.
- B.- Por la distribución en cuanto a edad de la población estudiada.
- C.- Por el método de diagnóstico de la fibrilación auricular
- D.- Todos los anteriores

3.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la prevalencia de fibrilación auricular (FA) en las personas mayores no es cierta

- A.- La prevalencia de FA en las personas mayores de 65 años es del 1-2%
- B.- En los estudios más recientes, en los sujetos de 80 años o más la prevalencia de FA es del 10-20%.
- C.- La prevalencia de FA es mayor en los hombres que en las mujeres
- D.- La prevalencia de FA se duplica por cada década a partir de los 50 años.

4.- Respecto a las características y síntomas de la fibrilación auricular (FA) en las personas mayores, ¿cuál no es cierta?:

- A.- Los mayores de 75 años suelen estar más frecuentemente en la clase I de la European Heart Rhythm Association (EHRA) y asintomáticos

- B.- Las mujeres con FA suelen ser más mayores y más a menudo sintomáticas
- C.- Los mayores de 75 años suelen tener más frecuentemente formas no autolimitadas de FA
- D.- Los mayores de 75 años suelen tener con menor frecuencia disnea

5.- ¿Cuál es el factor de comorbilidad más frecuentemente asociado con la fibrilación auricular (FA) en las personas mayores?:

- A.- Insuficiencia cardiaca.
- B.- Diabetes
- C.- Hipertensión
- D.- Obesidad

6.- ¿Cuál de los siguientes no es un predictor de riesgo de sangrado intracraneal en pacientes mayores con fibrilación auricular?

- A.- Tratamiento con antagonistas de la vitamina K.
- B.- Hipertensión.
- C.- Angiopatía amiloide.
- D.- Fragilidad.

7.- ¿Cuáles de los siguientes anticoagulantes conllevan un aumento del riesgo de sangrado digestivo en el paciente mayor?

- A.- Dabigatran y rivaroxaban.
- B.- Apixaban y edoxaban.
- C.- Dabigatran y apixaban.
- D.- Edoxaban.

8.- En un paciente varón de 77 años que realiza tratamiento anticoagulante crónico con edoxaban 60 mg, tiene un filtrado glomerular biopsia de próstata, ¿cuándo debe suspenderse la anticoagulación?

- A.- Es un procedimiento de bajo riesgo que puede realizarse bajo tratamiento anticoagulante habitual.
- B.- Suspender 24 horas antes de la intervención.
- C.- Es suficiente con no tomar el fármaco el día del procedimiento.
- D.- Suspender 72 horas antes de la intervención.

9.- Entre las ventajas de los anticoagulantes de acción directa como terapia anticoagulante del paciente mayor con fibrilación auricular:

- A.- No es necesario hacer terapia puente con heparina.
- B.- Son seguros incluso en presencia de insuficiencia renal y filtrado glomerular muy reducido (20 mL/min).
- C.- Su inicio de acción anticoagulante es inmediato.
- D.- No precisa de controles de anticoagulación.

10.- Una paciente de 80 años que toma tratamiento crónico con edoxaban 60 mg/24 h se somete a cirugía de cataratas. Entre sus antecedentes hace 6 meses (momento en el que inició la anticoagulación), es hipertensa y diabética. ¿Cómo debería reiniciarse la anticoagulación?

- A.- En las primeras 12 horas, administrando terapia puente con heparina de bajo peso.
- B.- A las 72 horas, con edoxaban a la dosis previa.
- C.- A las 24 horas de la intervención, con edoxaban a la dosis previa.
- D.- No es preciso suspender la anticoagulación para realizar el procedimiento.

11.- Respecto a la relación entre FA y demencia, señale la respuesta incorrecta:

- A.- La presencia de FA contribuye a incrementar de forma notable la incidencia de deterioro cognitivo de etiología vascular.
- B.- Existe asociación directa entre la FA y el riesgo de desarrollar demencia degenerativa, como la enfermedad de Alzheimer.
- C.- Los pacientes con demencia vascular tienen más riesgo de presentar FA.
- D.- Los factores de riesgo vascular y las enfermedades cardiovasculares contribuyen a incrementar la incidencia de deterioro cognitivo

12.- ¿Cuál de los siguientes mecanismos etiopatogénicos no se ha asociado con el desarrollo de deterioro cognitivo de perfil degenerativo?

- A.- Presencia de patología cerebrovascular de pequeño vaso acompañada de microinfartos subcorticales, hiperintensidad en sustancia blanca.
- B.- Prescripción de fármacos con potenciales efectos secundarios cognitivos, como los antidepresivos tricíclicos.
- C.- Existencia de un estado inflamatorio mediado por interleucinas, monocitos y factor de necrosis tumoral.
- D.- Reducción de la perfusión cerebral a nivel de los lóbulos temporales condicionando una angiopatía amiloide.

13.- Respecto a la relación entre FA y depresión, señale la respuesta incorrecta:

- A.- Existe una relación bidireccional entre FA y depresión. De forma que la FA aumenta la incidencia de depresión y la depresión aumenta la:
- B.- En los pacientes con FA, la depresión se asocia con mayor severidad de los síntomas, consumo de recursos sanitarios, mortalidad y ries
- C.- En los pacientes con FA, la depresión se asocia con menor adherencia terapéutica, menos consultas de revisión para control de INR y pe
- D.- Tratar los trastornos del estado de ánimo en pacientes con FA podría contribuir a mejorar la la incidencia de eventos cardioembólicos.

14.- La fragilidad es un problema muy frecuente en las personas mayores con FA y se caracteriza por:

- A.- Asociarse a un incremento del riesgo de eventos cardioembólicos y elevadas tasas de tratamiento con ACOs.
- B.- Ser un problema poco frecuente en pacientes hospitalizados por enfermedad aguda, con una prevalencia inferior al 20%.
- C.- Condicional un incremento significativo del riesgo de sangrado mayor en pacientes con ACO.
- D.- Aumentar el riesgo de desarrollar discapacidad y dependencia, incluso en pacientes sin accidentes cerebrovasculares.

15.- La falta de adherencia terapéutica es un problema de salud muy frecuente en las personas mayores con FA. ¿Cuál de los sigui este problema?

- A.- Polifarmacia.
- B.- Presencia de sintomatología afectiva.
- C.- Existencia concomitante de deterioro cognitivo.
- D.- Seguimiento clínico programado tras el alta.
- E.- Falta de soporte social o cuidador.

16.- ¿Cuál de estos ensayos clínico no ha sido diseñado para comparar la doble versus triple terapia en los pacientes con fibrilació

- A.- REDUAL-PCI
- B.- AUGUSTUS
- C.- WOEST
- D.- ENGAGE
- E.- PIONEER-AF PCI

17.- ¿Hasta en qué porcentaje de pacientes con SCA puede coexistir una FA?

- A.- 30-45%
- B.- 5-20%
- C.- 1-5%
- D.- 40-55%
- E.- 5-10%

18.- ¿Qué antioagulante de acción directa tiene un subestudio específico en mayores de 85 años?

- A.- Apixabán
- B.- Edoxabán
- C.- Rivaroxabán
- D.- Dabigatrán
- E.- Ninguno

19.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta?

- A.- Se recomienda la aplicación de escalas que determinan de una manera objetiva estos riesgos, como la escala DAPT para valorar el ries
- B.- La escala PRECISE-DAPT tiene limitaciones en la población anciana ya que una edad mayor de 75 años puede sobreestimar el riesgo he
- C.- Una puntuación PRECISE-DAPT = 25 supone un alto riesgo hemorrágico y sería un motivo para alargar DAP todo lo posible.
- D.- La DAP aumenta el riesgo hemorrágico, por lo que habrá que valorar cuidadosamente el balance isquémico/hemorrágico sobre todo en
- E.- Todas son correctas

20.- ¿Qué puntuación asigna una edad de 82 años en la escala CHADS2VASC?

- A.- 1
- B.- 2
- C.- 0
- D.- 3
- E.- 4

21.- ¿Cuál de estos fármacos no debe usarse en ningún caso para prevenir el ictus en pacientes con fibrilación auricular?

- A.- Edoxabán
- B.- Acenocumarol
- C.- Ácido acetilsalicílico
- D.- Rivaroxabán

22.- ¿Cuál de las siguientes parejas de ACOD presentan un mejor perfil riesgo-beneficio en ancianos con alto riesgo de sangrado?

- A.- Edoxabán y Apixabán
- B.- Apixabán y Dabigatrán
- C.- Dabigatrán y Rivaroxabán
- D.- Rivaroxabán y Edoxabán

23.- ¿Cuál de las siguientes estrategias es más útil en un paciente anciano que va a ser sometido a una extracción dental y que toma

- A.- Suspender Acenocumarol 72 horas antes y sustituirlo por Enoxaparina cada 12 horas.
- B.- Suspender Acenocumarol 72 horas antes y sustituirlo por un ACOD hasta el día de la intervención.
- C.- Suspender Acenocumarol 72 horas antes y sustituirlo por Enoxaparina 40 mg cada 24 horas.
- D.- Suspender Acenocumarol 72 horas antes de la intervención, sin sustituirlo por Enoxaparina.

24.- ¿Qué factores influyen en el mal control del INR en un paciente anciano anticoagulado con Acenocumarol?

- A.- Polifarmacia
- B.- Comorbilidad
- C.- Baja adherencia
- D.- Todos ellos

25.- ¿Cuál es la mejor estrategia ante un anciano de 80 años con un HAS-BLED de 2 que ingresa por un ictus y que previamente toma el último control de 1,8?

- A.- Ajustar la dosis de Sintrom estrechamente para que esté entre 2 y 3.
- B.- Iniciar ACOD cuando sea posible según su evolución.
- C.- Suspender la anticoagulación por el alto riesgo hemorrágico.
- D.- Ninguno de los anteriores.

26.-Cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta:

- A.- La FA está asociada en sí misma con un deterioro de la calidad de vida
- B.- La FA sintomática se asocia con una peor calidad de vida relacionada con la salud.
- C.- El tipo de FA tuvo efecto significativo en la puntuación general del cuestionario AF-QoL (cuestionario de calidad de vida para pacientes con FA)
- D.- Ninguna de las anteriores es correcta.

27.- Entre las escalas específicas para evaluar el impacto de la anticoagulación oral sobre la calidad de vida incluiría:

- A.- Duke Anticoagulation Satisfaction Scale (DASS)
- B.- Perception of Anticoagulant Treatment Questionnaire (PACT-Q)
- C.- ACTS
- D.- Todos los anteriores

28.- Respecto al AF-QoL (cuestionario de calidad de vida para pacientes con AF), diría que no es cierto:

- A.- Es un cuestionario autoadministrado de 18 ítems
- B.- Contempla tres dominios: psicológicos (siete ítems), físicos (ocho ítems) y actividad sexual (tres ítems)
- C.- Evidencia una buena consistencia interna y fiabilidad de prueba-reprueba
- D.- Se ha validado en población anciana mayor (>75 años)

29.- Respecto a la mala adherencia y complejidad del tratamiento, no es cierto que:

- A.- Aunque los ACODs son más fáciles de administrar, son más caros en comparación con VKA
- B.- Los pacientes que toman medicamentos dos veces al día generalmente tienen tasas más bajas de adherencia.
- C.- Los pacientes con FA tratados con regímenes de dosificación una vez al día tienen hasta un 61% mayor probabilidad de adherencia que

D.- Las tres anteriores no son ciertas

30.- Cuál de las siguientes no es considerada barrera para la anticoagulación:

A.- Deterioro cognitivo

B.- Multimorbilidad

C.- Cuidador con buen estado de salud

D.- Miedo a caídas

[Volver al curso](#)

[Aviso Legal](#) | [Política Privacidad](#) | [Política de cookies](#) | [Contacto](#)

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología - Príncipe de Vergara, 57-59, 1ºB esc. B. 28006 Madrid Tel: (34) 91 411 17 07 Fax: (34) 91 411 17 08

Socio fundador y miembro de: European Union Geriatric Medicine Society, Fostering geriatric medicine across Europe

 EUGM