

Anticoagulante oral: calendario de analíticas

Paciente: _____ Historia: _____ Inicio: ____/____/_____
☐ apixabán ☐ dabigatrán ☐ edoxabán ☐ rivaroxabán ☐ acenocumarol ☐ warfarina Dosis: _____
Edad: ____ años Peso: ____ kg Fragilidad: ☐ sí ☐ no

Se rellena a mano. Cada criterio marca el plazo máximo hasta la analítica siguiente; si el paciente cumple más de uno, se toma el más corto. El aclaramiento de creatinina se calcula con la fórmula de Cockcroft-Gault, la que piden las fichas técnicas de dabigatrán y de edoxabán. La decisión es del médico responsable.

CADA CUÁNTO, LA ANALÍTICA: HEMOGLOBINA, FUNCIÓN RENAL Y FUNCIÓN HEPÁTICA

Antes de empezar como referencia	Hemoglobina, función renal y hepática y coagulación completa. ☐ Hecha el ____/____/_____ Guía práctica de la EHRA de 2021, figura 3. Fichas técnicas: el aclaramiento antes de empezar con dabigatrán y edoxabán; la función hepática antes de empezar con apixabán y edoxabán.
Primera revisión al mes de empezar	Eventos tromboembólicos y hemorrágicos, efectos adversos, adherencia, otros fármacos y si hace falta una analítica. Guía práctica de la EHRA de 2021, figura 3.
Una vez al año en todos	Salvo los que cumplen alguno de los criterios siguientes. Guía práctica de la EHRA de 2021, tabla 3.
Cada 4 meses 75 años o más, o fragilidad	Con 75 años o más (sobre todo si toma dabigatrán) o con fragilidad. Guía práctica de la EHRA de 2021, tabla 3 y figura 3.
Según el aclaramiento 60 mL/min o menos	Cada tantos meses como el aclaramiento dividido entre 10: con 60 mL/min, cada 6 meses; con 50, cada 5; con 40, cada 4; con 30, cada 3; con 20, cada 2; con 15, cada mes y medio. Por debajo de 30 mL/min el dabigatrán está contraindicado, y por debajo de 15 no se recomienda ninguno de los cuatro anticoagulantes directos. Guía práctica de la EHRA de 2021, tabla 3 y figura 3. Fichas técnicas, apartados 4.2 y 4.3.
Cuando haga falta sin esperar	Ante una enfermedad intercurrente que pueda afectar al riñón o al hígado: infección, antiinflamatorios no esteroideos, deshidratación. Guía práctica de la EHRA de 2021, tabla 3 y figura 3. Fichas técnicas de dabigatrán y edoxabán: también cuando se sospeche un deterioro de la función renal (hipovolemia, deshidratación, algunos fármacos).

LO QUE DICE CADA FICHA TÉCNICA

Dabigatrán	Aclaramiento antes de empezar, para excluir el inferior a 30 mL/min. Con insuficiencia renal leve o moderada o con más de 75 años, al menos una vez al año, o más a menudo si se sospecha un deterioro de la función renal. Ficha técnica, apartado 4.2.
Edoxabán	Aclaramiento al empezar, en todos, y después cuando esté clínicamente indicado o se sospeche un cambio. Función hepática antes de empezar y de forma periódica si el tratamiento dura más de 1 año. Ficha técnica, apartados 4.2 y 4.4.
Apixabán	Función hepática antes de empezar. No fija un intervalo para la función renal: da los criterios de la dosis según el aclaramiento, la creatinina, la edad y el peso. Ficha técnica, apartados 4.2 y 4.4.
Rivaroxabán	No fija un intervalo para la función renal. Pide una estrecha monitorización clínica durante todo el tratamiento y buscar el origen de cualquier descenso inexplicado de la hemoglobina o de la presión arterial. Ficha técnica, apartados 4.2 y 4.4.
Acenocumarol y warfarina el INR	Acenocumarol: INR al menos una vez al mes, y a menudo (por ejemplo, dos veces por semana) al empezar o retirar otro fármaco. Warfarina: INR periódico, con controles añadidos tras el alta hospitalaria y al empezar, interrumpir o tomar de forma irregular otros fármacos. Objetivo: INR de 2,0 a 3,0 y tiempo en rango por encima del 70%. Fichas técnicas: acenocumarol, apartados 4.2 y 4.5; warfarina, apartado 4.4. Guía ESC 2024 de FA: R-028 (clase I, nivel de evidencia B) y R-030 (clase IIa, nivel de evidencia A).

CON CADA ANALÍTICA

Se comprueba que la dosis sigue siendo la que marcan los criterios de cada fármaco: la reducida, solo si se cumplen; la completa de nuevo, si la función renal mejora. Los criterios, en las tablas de dosis del ESPACIO de arritmias.

Guía ESC 2024 de FA: R-032 (clase III, nivel de evidencia B) y su texto, apartado 8.

EN CADA VISITA

Adherencia, sangrados, tromboembolia, otros efectos adversos, otros fármacos, factores de riesgo hemorrágico que se pueden corregir, el riesgo tromboembólico de nuevo y si el fármaco y la dosis siguen siendo los adecuados: la lista de cada visita, en la hoja de enfermería del ESPACIO.

Guía práctica de la EHRA de 2021, tabla 3. Guía ESC 2024 de FA: R-022 (clase I, nivel de evidencia B).

REGISTRO DE LAS ANALÍTICAS

	Fecha	Peso	Creatinina	Aclaramiento	Hemoglobina	Función hepática	Dosis correcta	Próxima analítica
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								

Peso en kg; creatinina en mg/dL o µmol/L; aclaramiento de creatinina (Cockcroft-Gault) en mL/min; hemoglobina en g/dL. Con acenocumarol o warfarina, el INR lleva su propio control; aquí se anotan la función renal y la hemoglobina.

En el ESPACIO de arritmias de CardioTeca: www.cardioteca.com/espacio-arritmias.html

CardioTeca (www.cardioteca.com), octubre de 2026. Planificador del ESPACIO de arritmias. Orienta: la decisión es del médico responsable. Fuentes: guía práctica de la EHRA de 2021 sobre los anticoagulantes directos; fichas técnicas de la AEMPS (CIMA), consultadas el 15/10/2026; guía ESC 2024 de fibrilación auricular.

Marcapasos, DAI, TRC o Holter insertable: calendario de revisiones

Paciente: _____ Historia: _____ Implante: ____/____/____
☐ marcapasos uni o bicameral ☐ TRC-P o estimulación del haz de His ☐ DAI ☐ TRC-D ☐ Holter insertable
 Seguimiento remoto: ☐ con conexión continua ☐ sin conexión continua ☐ no Dependiente del marcapasos: ☐ sí ☐ no
 Componente bajo aviso de seguridad: ☐ sí ☐ no

Se rellena a mano. La guía ESC 2021 de estimulación da el calendario del marcapasos y de la TRC-P; el del DAI y el del Holter insertable salen del consenso internacional de 2023 sobre la consulta de seguimiento remoto (la TRC-D se sigue como el DAI, y la TRC-P, como el marcapasos). Cada fila lleva su fuente debajo; la decisión es del médico responsable.

EL CALENDARIO

En las primeras 72 horas marcapasos y TRC-P	Revisión presencial. Guía ESC 2021 de estimulación, tabla 13.
Antes del alta o en 2 semanas todos	Alta en el seguimiento remoto. El Holter insertable, antes de irse a casa. Consenso de 2023: clase 2a, nivel B-NR; el Holter insertable, clase 1, nivel C-EO.
De 2 a 12 semanas marcapasos y TRC-P	Revisión presencial. El DAI, en la fecha que fije el centro que lo implantó. Guía ESC 2021 de estimulación, tabla 13.
Después, sin seguimiento remoto	Marcapasos uni o bicameral: revisión presencial cada 12 meses, y cada 3 a 6 meses en cuanto aparecen signos de agotamiento de la batería. TRC-P o estimulación del haz de His: cada 6 meses. Guía ESC 2021 de estimulación, tabla 13.
Con seguimiento remoto sin conexión continua	Transmisiones programadas al menos cada 3 a 12 meses en el marcapasos y cada 3 a 6 meses en el DAI; cada 1 a 3 meses cuando el dispositivo se acerca al recambio. La guía ESC 2021 propone, en el marcapasos uni o bicameral, una transmisión cada 6 meses y una revisión presencial cada 18 a 24; en la TRC-P o la estimulación del haz de His, una transmisión cada 6 meses y una revisión presencial cada 12. La revisión remota solo sustituye a la presencial si el dispositivo mide el umbral de captura de forma automática y fiable, comprobado antes en la consulta. Consenso de 2023: clase 1, nivel C-EO (las dos frecuencias). Guía ESC 2021 de estimulación, tabla 13.
Con conexión continua seguimiento por alertas	Sin alertas recientes ni otra enfermedad cardíaca que lo pida: revisión presencial cada 24 meses, en el marcapasos y en el DAI. Con la conexión irregular, alertas recientes o enfermedad cardíaca añadida, más revisiones presenciales. Consenso de 2023: clase 2a, nivel B-R (marcapasos y DAI). Guía ESC 2021 de estimulación: la revisión presencial del marcapasos uni o bicameral con seguimiento remoto puede espaciarse hasta 24 meses (clase IIa, nivel de evidencia A).
Holter insertable	Con la herida revisada, las alertas programadas según la indicación y la conexión confirmada, no hacen falta revisiones presenciales de rutina hasta que se agota la batería. Cada evento que transmite se confirma revisando el electrograma. Consenso de 2023: sin revisiones presenciales de rutina, clase 3 (sin beneficio), nivel C-EO; confirmar con el electrograma, clase 1, nivel B-NR.
Siempre	Las alertas, activas junto a las revisiones remotas. En el DAI, seguimiento remoto para reducir las descargas inapropiadas y las alertas de fallo del electrodo activadas. Con un componente bajo aviso de seguridad, sobre todo si el paciente depende del marcapasos, seguimiento remoto con conexión continua. Guía ESC 2021 de estimulación, tabla 13; componente bajo aviso, clase I, nivel de evidencia C. Guía ESC 2022 de arritmias ventriculares: seguimiento remoto y alertas de fallo del electrodo, clase I, nivel de evidencia B. Consenso de 2023: conexión continua con un componente bajo aviso, clase 1, nivel B-R.
FA que detecta el dispositivo	Se confirma revisando el electrograma. Con riesgo tromboembólico elevado y sin riesgo hemorrágico alto, puede considerarse un anticoagulante directo. Consenso de 2023: confirmar con el electrograma (en el Holter insertable, clase 1, nivel B-NR). Guía ESC 2024 de FA: R-024 (clase IIb, nivel de evidencia B).

REGISTRO DE LAS REVISIONES

	Fecha	Presencial o remota	Batería	Umbrales, detección e impedancias	Estimulación	Arritmias y terapias	Alertas	Próxima revisión
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								

Estimulación: porcentaje de estimulación ventricular y, en la TRC, biventricular. Terapias: estimulación antitaquicardia y descargas del DAI.

El consenso de 2023 usa el sistema del ACC/AHA: clase 1, se recomienda; 2a, es razonable; 3, sin beneficio; nivel A, varios estudios aleatorizados; B-R, aleatorizados; B-NR, no aleatorizados; C-EO, opinión de expertos.

En el ESPACIO de arritmias de CardioTeca: www.cardioteca.com/espacio-arritmias.html

CardioTeca (www.cardioteca.com), octubre de 2026. Planificador del ESPACIO de arritmias. Orienta: la decisión es del médico responsable. Fuentes: guía ESC 2021 de estimulación cardíaca y terapia de resincronización; guía ESC 2022 de arritmias ventriculares; consenso HRS/EHRA/APHRS/LAQRS 2023 sobre la consulta de seguimiento remoto de los dispositivos; guía ESC 2024 de fibrilación auricular.

Tras la ablación de la FA: calendario de seguimiento

Paciente: _____ Historia: _____ Ablación: ____/____/_____
Energía: ☐ radiofrecuencia ☐ crioablación ☐ campo pulsado FA: ☐ paroxística ☐ persistente
CHA₂DS₂-VA: _____ Antiarrítmico al alta: ☐ sí ☐ no Alta: ☐ el mismo día ☐ al día siguiente

Las fechas se escriben a mano, contando desde el día de la ablación. Cada fila lleva su fuente debajo; la decisión es del médico responsable.

EL CALENDARIO

Al alta día 0 o 1	Anticoagulante sin interrumpir, con su pauta; si no lo tomaba, el anticoagulante directo se empieza de 3 a 5 horas después de retirar los introductores, si no hay complicaciones. Señales de alarma por escrito y un teléfono de contacto las 24 horas. Guía ESC 2024 de FA: R-087 (clase I, nivel de evidencia C). Consenso EHRA/HRS/APHRS/LAHRs 2024 de ablación, apartado 9.3.1. Consenso EHRA/ACNAP 2026 del alta el mismo día.
Primera semana días 1 a 7	Las complicaciones diferidas pueden aparecer hasta 7 días después del alta, se vaya el paciente el mismo día o al siguiente. El beneficio de una visita precoz estructurada no está claro; se decide según el paciente. Consenso EHRA/ACNAP 2026 del alta el mismo día.
Primeras semanas hasta 2 meses	Fiebre, dolor torácico o al tragar, síntomas neurológicos o hemorragia digestiva: sospechar una fístula auriculoesofágica (en el mayor registro, mediana de 18 días hasta los síntomas; de 0 a 60). El diagnóstico, con TC de tórax con contraste intravenoso; un TC normal no la descarta. Sin tránsito con bario ni endoscopia con insuflación de aire. Requiere reparación quirúrgica urgente. Consenso de 2024 de ablación, apartado 11.3.1 y figura 10: casi siempre tras radiofrecuencia, raros casos tras crioablación; con el campo pulsado se espera un riesgo menor, sin datos concluyentes por ahora.
Periodo de blanqueo la recurrencia no cuenta como fracaso	Duración: ☐ 8 semanas ☐ 1 mes tras el campo pulsado Si vuelve la arritmia: es razonable la cardioversión, sobre todo en los 30 días desde su inicio. La reablación en este periodo, solo si las recurrencias se repiten, son muy sintomáticas y resisten a los antiarrítmicos y a la cardioversión. Consenso de 2024 de ablación, apartados 9.5.2 y 9.5.3: 8 semanas. Documento de la EHRA de 2026 sobre campo pulsado: un mes «puede ser razonable» para las decisiones clínicas.
Primera revisión a los 2-3 meses	ECG de 12 derivaciones como mínimo; con síntomas, monitorización intermitente del ritmo según su intensidad y su frecuencia. Anticoagulación: cumplidos los 2 meses, sigue según la puntuación CHA ₂ DS ₂ -VA, no según el éxito percibido de la ablación. ☐ sigue ☐ se retira Antiarrítmico: ☐ se retira ☐ se mantiene (unos meses en casos seleccionados: FA persistente o buena tolerancia antes de la ablación); 2-3 meses de antiarrítmico reducen las recurrencias precoces, no las tardías. Consenso de 2024 de ablación, apartados 9.3.2, 9.4.3 y 9.6. Guía ESC 2024 de FA: R-087 y R-088 (clase I, nivel de evidencia C, las dos) y su texto, apartado 7.2.5.
Al año 12 meses	ECG de 12 derivaciones, síntomas y recurrencias. Con riesgo intermedio según el consenso (CHA ₂ DS ₂ -VAsC de 1 en varones o de 2 en mujeres), puede considerarse retirar la anticoagulación si no hay síntomas ni recurrencia documentada en el ECG, con vigilancia del ritmo a largo plazo. Consenso de 2024 de ablación, apartados 9.3.1 y 9.6.
Cada año después	Revisión con ECG de 12 derivaciones, en atención primaria, medicina interna, cardiología o electrofisiología; con síntomas, monitorización intermitente. Consenso de 2024 de ablación, apartado 9.6.
Si vuelve la FA pasado el periodo de blanqueo	Decisión compartida, según los síntomas: mantener o retomar un antiarrítmico, también uno que no funcionó antes de la ablación, o repetir la ablación si los síntomas mejoraron tras el primer aislamiento de las venas pulmonares o tras un primer aislamiento fallido. Guía ESC 2024 de FA: R-084 (clase IIa, nivel de evidencia B) y su texto, apartado 7.2.5.

LA ANTICOAGULACIÓN PASADOS LOS 2 MESES

Guía ESC 2024 de FA (puntuación CHA₂DS₂-VA): con 2 o más, riesgo elevado (R-020, clase I, nivel de evidencia C); con 1, debe considerarse (R-023, clase IIa, nivel de evidencia C); con miocardiopatía hipertrófica o amiloidosis cardiaca, con cualquier puntuación (R-021, clase I, nivel de evidencia B). Se decide por la puntuación y no por el éxito percibido de la ablación (R-088).

Consenso de 2024 (puntuación CHA₂DS₂-VASc, que suma el sexo femenino; apartado 9.3.1, sin clase ni nivel): con riesgo bajo (0 en varones, 1 en mujeres), se retira a los 2 meses, sea cual sea el resultado; con riesgo intermedio (1 en varones, 2 en mujeres), puede considerarse retirarla a los 12 meses; con riesgo alto (2 o más en varones, 3 o más en mujeres), no se retira, y si el paciente decide retirarla, vigilancia regular del ritmo, reanudarla si vuelve la FA y plantear el cierre de la orejuela.

SEÑALES DE ALARMA TRAS EL ALTA

Hemorragia, hematoma o hinchazón en la zona de punción que crecen; signos neurológicos (llamar al 112); fiebre o malestar general; falta de aire sin explicación (taconamiento, neumotórax, sobrecarga de volumen, parálisis frénica, embolia pulmonar); dolor torácico mayor de lo esperado; síncope o mareo; dolor que no cede con analgésicos. Y, en las semanas siguientes, los síntomas de la fístula esofágica.

Consenso EHRA/ACNAP 2026, tabla 9. Consenso de 2024 de ablación, apartado 11.3.1. La hoja para el paciente, en el material para el paciente del ESPACIO.

REGISTRO DE LAS REVISIONES

	Fecha	Síntomas	ECG	Monitorización	Recurrencia	Anticoagulante	Antiarrítmico	Próxima revisión
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								

Recurrencia: FA, flúter o taquicardia auricular de más de 30 segundos documentada; si fue en el periodo de blanqueo, se anota aparte.

En el ESPACIO de arritmias de CardioTeca: www.cardioteca.com/espacio-arritmias.html

CardioTeca (www.cardioteca.com), octubre de 2026. Planificador del ESPACIO de arritmias. Orienta: la decisión es del médico responsable. Fuentes: guía ESC 2024 de fibrilación auricular; consenso EHRA/HRS/APHRS/LAHRs 2024 de ablación de la fibrilación auricular; documento de la EHRA de 2026 sobre la ablación con campo pulsado; consenso EHRA/ACNAP 2026 del alta el mismo día.