

V. Desarrollo de las preguntas y recomendaciones

a. Prevención de eventos tromboembólicos

Pregunta 1: En pacientes con FA no valvular, ¿cuál es el mejor índice de riesgo para predecir eventos tromboembólicos (ATRIA o CHA₂DS₂-VASc)?

[A continuación se muestra la resolución de la pregunta realizada en la primera versión de la GPC (setiembre del 2018). Se realizó una actualización de la búsqueda para la actualización de la GPC (agosto del 2023) y se consultó al GEG. Como resultado de esta evaluación, no se encontraron razones que justificaran cambios en alguno de los enunciados. Los resultados de la nueva búsqueda se muestran en el **Anexo N° 2**].

Conceptos previos:

Dentro del manejo de FA existen tres metas importantes: la reducción del riesgo de eventos tromboembólicos, la prevención de la cardiomegalia debida a la taquicardia y el manejo de los síntomas. La reducción del riesgo de eventos tromboembólicos se puede lograr mediante el uso de anticoagulantes.

En el caso de FA valvular, la indicación de anticoagulantes no se discute (2). Sin embargo, en pacientes con FA no valvular (aquella que se presenta en ausencia de estenosis mitral moderada-severa o prótesis valvular (15)) debido al riesgo de sangrado que significa el uso de terapia antitrombótica, es necesario realizar un balance riesgo-beneficio antes de realizar la prescripción, para lo cual se suelen utilizar índices de riesgo.

Justificación de la pregunta:

Existen diversos índices de riesgo para DCV y tromboembolismo, entre ellos el índice CHA₂DS₂, CHA₂DS₂-VASc (16, 17) y el índice *Anticoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation* (ATRIA) (18, 19). Una revisión sistemática de 10 estudios de cohortes halló que los índices CHA₂DS₂ y CHA₂DS₂-VASc tenían similar capacidad para predecir riesgo de DCV y tromboembolismo, pero el segundo tenía mejor capacidad para detectar personas con riesgo bajo (20).

El índice ATRIA ha sido utilizado también para predecir el riesgo de tromboembolismo (18). Sin embargo, no queda claro si este sería mejor que el índice CHA₂DS₂-VASc.

Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó las siguientes preguntas PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente / Problema	Intervención / Comparación	Desenlaces
1	Pacientes con FA	ATRIA / CHA ₂ DS ₂ -VASc	<ul style="list-style-type: none"> C-statistic para eventos tromboembólicos

Búsqueda de RS:

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de GPC que tengan RS (**Anexo N° 1**) y de RS publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**), como se detalla en la sección de métodos.

Se encontró una RS que comparó la capacidad predictiva de los índices ATRIA y CHA₂DS₂-VASc directamente (21). A continuación, se resumen las características de la RS encontrada:

RS	Puntaje en AMSTAR 2	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Número de estudios que responden la pregunta de interés
Zhu (2016)	4	Mayo 2016	6 estudios de cohortes

Resumen de la evidencia:

- C-statistic para eventos tromboembólicos:
 - Para este desenlace se contó con una RS: Zhu (2016) (21). Se decidió tomar como referencia esta RS. El GEG-Local no consideró necesario actualizar la RS debido a que su búsqueda fue reciente (mayo 2016).
 - Resumen de la evidencia:
 - La RS de Zhu (2016) (21) realizó un MA de 6 estudios de cohortes (n=363 432) con un seguimiento entre 0.92 y 3.4 años, halló que la capacidad predictiva para eventos tromboembólicos del índice ATRIA (c-statistic) fue de 0.66 (IC 95%: 0.64 a 0.67), mientras que para el índice CHA₂DS₂-VASc fue de 0.63 (IC 95%: 0.58 a 0.67).
 - Como un dato adicional, cabe resaltar que esta RS calculó además el *Net Reclassification Improvement* (NRI) utilizando los resultados de 4 estudios de cohortes y halló que, en promedio, el índice ATRIA tenía una reclasificación de 17% sobre el índice CHA₂DS₂-VASc. Sin embargo, los estudios evaluados por esta RS mostraron resultados heterogéneos: el estudio Chao 2014 (n= 186 570) mostró resultados opuestos a los estudios de Aspberg 2016 (n= 11 053), van den Ham 2015 (n= 60 594) y Singer 2013 (n= 32 609).

Balance beneficios/riesgos y Certeza de la evidencia:

- En comparación con el índice ATRIA, el índice CHA₂DS₂-VASc presentó:
 - Similar capacidad predictiva para eventos tromboembólicos (Certeza de la evidencia: **muy baja**, ver **Anexo N° 4**)
 - El NRI fue de 17% favoreciendo al índice ATRIA. Sin embargo, hubo inconsistencia entre los resultados de las cohortes.
- **Conclusión:** El índice ATRIA y el índice CHA₂DS₂-VASc poseen similar capacidad predictiva para eventos tromboembólico (Certeza de la evidencia: **muy baja**)

Valoración de los desenlaces por los pacientes: El GEG-Local consideró que los desenlaces priorizados para esta pregunta serían relevantes para los pacientes.

Preferencias de los pacientes/familiares: El GEG-Local consideró que:

- El índice CHA₂DS₂-VASc no requiere exámenes de laboratorio y por tanto no se requiere mucho tiempo para realizar la valoración, por lo que el tratamiento puede ser administrado con mayor rapidez. Consideramos que los pacientes valoraran la rapidez en la decisión sobre su manejo.
- **Conclusión:** los pacientes/familiares preferirían el uso del índice CHA₂DS₂-VASc sobre el uso del índice ATRIA.

Aceptabilidad de los profesionales de la salud: El GEG-Local consideró que:

- En nuestro contexto, el índice CHA₂DS₂-VASc es ampliamente aceptado y conocido por los profesionales de salud. El índice ATRIA no suele ser conocido ni usado por los profesionales de la salud, por lo cual podría no ser aceptado.
- **Conclusión:** Los médicos especialistas aceptarían con mayor facilidad el uso del índice CHA₂DS₂-VASc.

Factibilidad: El GEG-Local consideró que:

- El índice CHA₂DS₂-VASc puede ser usado sin la necesidad de pruebas de laboratorio. El índice ATRIA requiere del uso de pruebas de laboratorio para evaluar la función renal por lo que su aplicación podría no ser factible en establecimientos de salud que no cuentan con laboratorio clínico.
- **Conclusión:** El uso del índice CHA₂DS₂-VASc es más factible que el uso del índice ATRIA.

Uso de recursos: El GEG-Local consideró que:

- El uso del índice CHA₂DS₂-VASc consume más recursos que el índice ATRIA, debido a que va a requerir el uso de pruebas de laboratorio.
- **Conclusión:** El uso del índice CHA₂DS₂-VASc sería menos costoso que el índice ATRIA.

Dirección y fuerza de la recomendación:

- **Dirección de la recomendación:** Considerando que el índice CHA₂DS₂-VASc y el índice ATRIA tienen similar capacidad predictiva para eventos tromboembólicos, pero el uso del índice CHA₂DS₂-VASc es menos costoso y más aceptado que el índice ATRIA, se decidió formular una recomendación **a favor del uso del índice CHA₂DS₂-VASc**.
- **Fuerza de la recomendación:** A pesar de que la Certeza de la evidencia fue muy baja, se consideró que optar por una opción diferente al índice CHA₂DS₂ incurriría en más demoras sin un beneficio evidente, por lo cual se decidió emitir una recomendación **fuerte**.

Planteamiento de puntos de buena práctica clínica:

- El GEG-Local consideró necesario emitir un punto de BPC especificando que, en pacientes con FA no valvular, se debe utilizar el índice de riesgo CHA₂DS₂-VASc sin importar la presencia de síntomas y el tipo de FA (paroxística, persistente o permanente).

Recomendaciones y puntos de buena práctica clínica:**Recomendación:**

1. En pacientes con FA no valvular, recomendamos usar el índice de riesgo CHA₂DS₂-VASc para evaluar el riesgo de eventos tromboembólicos.

Recomendación fuerte a favor

Certeza de la evidencia: muy baja

Puntos de buena práctica clínica:

1. Utilizar el índice de riesgo CHA₂DS₂-VASc en pacientes con FA no valvular, sin importar la presencia de síntomas y el tipo (paroxística, persistente o permanente).