GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON FIBRILACIÒN AURICULAR

I. Lista de recomendaciones y puntos de buena práctica clínica

Pregunta N°	Enunciado	Tipo *	Fuerza y dirección **	Certeza de la evidencia **
Prevención de eventos tromboembólicos				
1	En pacientes con FA no valvular, recomendamos usar el índice de riesgo CHA_2DS_2-VASc para evaluar el riesgo de eventos tromboembólicos.	R	Fuerte a favor	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
	Utilizar el índice de riesgo CHA_2DS_2-VASc en pacientes con FA no valvular, sin importar la presencia de síntomas y el tipo (paroxística, persistente o permanente).	BPC		
2	En pacientes con FA no valvular y CHA_2DS_2-VASc de 0 para varones y 1 para mujeres, no ofrecer terapia para prevención de eventos tromboembólicos.	BPC		
	En pacientes varones con FA no valvular y CHA_2DS_2-VASc de 1, considerar iniciar anticoagulación, tomando en cuenta el riesgo de sangrado.	BPC		
	En pacientes con FA no valvular y CHA_2DS_2-VASc de 2 o más, iniciar anticoagulación tomando en cuenta el riesgo de sangrado.	BPC		
	En pacientes con FA valvular (portadores de prótesis valvular mecánica o padecen de estenosis mitral moderada o severa), iniciar anticoagulación con warfarina sin considerar el puntaje del índice de riesgo CHA_2DS_2-VASc.	BPC		
	En pacientes con FA no valvular en quienes se decida iniciar anticoagulación, sugerimos emplear el anticoagulante oral disponible en la institución que mejor se adapte a las características clínicas del paciente.	R	Débil a favor	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
	En pacientes con FA no valvular, recomendamos no ofrecer monoterapia con antiagregantes plaquetarios sólo como medida de prevención de eventos tromboembólicos.	R	Fuerte en contra	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
	En pacientes usuarios de warfarina, calcule el tiempo en rango terapéutico (TTR) en cada visita. Cuando calcule el TTR: a. Use un método validado de medida como el método Rosendaal para la dosificación ayudada por computadora o las proporciones de pruebas en rango para las dosis manuales (INR).	BPC		

	b. Excluya las medidas tomadas durante las 6 primeras semanas de tratamiento. c. Calcule el TTR en un periodo de mantenimiento de al menos 6 meses. d. Debe realizarse el control del INR en períodos cercanos hasta alcanzar un nivel óptimo y estable, y luego debe ser mensualmente. e. Cuando se inicia la anticoagulación debe crearse una tarjeta de control de INR única para el seguimiento.			
	Reevalúe la anticoagulación con warfarina de un paciente con pobre control de anticoagulación representado por cualquiera de los siguientes: a. 2 valores de INR mayores de 5, o 1 INR mayor de 8 en los últimos 6 meses b. 2 valores de INR menores a 1.5 dentro de los últimos 6 meses c. TTR menor a 65%	BPC		
	Si el pobre control de anticoagulación con warfarina no se puede mejorar, evalúe los riesgos y beneficios de las estrategias alternativas disponibles en la institución (Incluyendo los anticoagulantes orales directos [ACOD] o la oclusión de la orejuela de la aurícula izquierda [OOAI]) para la prevención de eventos tromboembólicos y discútalas con el paciente.	BPC		
	Para los pacientes que no están tomando anticoagulación, reevalúe el riesgo de eventos tromboembólicos cuando alcancen los 65 años de edad o si desarrollan cualquiera de los siguientes eventos a cualquier edad: a. Diabetes mellitus b. Hipertensión arterial c. Insuficiencia cardiaca d. Enfermedad arterial periférica e. Enfermedad coronaria f. DCV, TIA o tromboembolismo sistémico	BPC		
	Para los pacientes que no toman anticoagulación debido al riesgo de sangrado u otros factores, revise los riesgos de eventos tromboembólicos y sangrado en cada visita de control, y asegúrese que todas las evaluaciones y decisiones estén documentadas.	BPC		
	Para los pacientes que toman anticoagulación, revise al menos anualmente la necesidad y la calidad de anticoagulación, o más frecuentemente si ocurren eventos clínicamente relevantes que afecten la anticoagulación o el riesgo de sangrado.	BPC		

3	En pacientes con FA que están empezando o han empezado anticoagulación, sugerimos utilizar el índice HAS-BLED para evaluar el riesgo de sangrado.	R	Fuerte a favor	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
	En pacientes con alto riesgo de sangrado, brinde anticoagulación y controle los factores que aumenten dicho riesgo.	BPC		
	Al discutir los beneficios y riesgos de la anticoagulación, explique al paciente que: a. Para la mayoría de los pacientes, el beneficio de la anticoagulación sobrepasa al riesgo de sangrado. b. Para los pacientes con riesgo de sangrado incrementado, el beneficio de la anticoagulación puede no siempre sobrepasar al riesgo de sangrado, por lo que es importante un monitoreo cuidadoso del riesgo de sangrado.	BPC		
	No evite la anticoagulación solo por el riesgo de caídas.	BPC		
4	Si existe alguna contraindicación absoluta para el uso de anticoagulantes a largo plazo, sugerimos considerar la OOAI.	R	Débil a favor	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
	Cuando se considere realizar OOAI, discutir sus beneficios y riesgos con el paciente.	BPC		
Terapia de mantenimiento				
5	Para la terapia de mantenimiento en pacientes con FA, sugerimos brindar control de la frecuencia como la estrategia de primera línea.	R	Débil a favor	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
	En pacientes con FA, considere brindar estrategias de control de ritmo cuando cumpla con alguna de las siguientes características: a. FA de reciente inicio (menor de 48 horas). b. Presencia de síntomas (escala EHRA) a pesar de que la frecuencia cardiaca está controlada o en quienes la estrategia de control de frecuencia no ha sido exitosa. c. Presenta insuficiencia cardíaca que se sospecha es causada principalmente por la FA. d. Es decidido en función del juicio clínico, considerando: tiempo de aparición menor de un año, crecimiento auricular no severo y ausencia de fragilidad.	BPC		
6	En pacientes con FA en quienes se elija una estrategia de control de frecuencia a largo plazo, sugerimos utilizar beta-bloqueadores o bloqueadores de canales de calcio no dihidropiridínicos.	R	Fuerte a favor	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)

	En pacientes con FA en quienes se elija una estrategia de control de frecuencia, ofrezca un beta-bloqueador estándar como monoterapia inicial.	BPC		
	En pacientes con FA en quienes se elija una estrategia de control de frecuencia y tengan FEVI < 40%, no utilizar bloqueadores de los canales de calcio no dihidropiridínico (Verapamilo o Diltiazem).	BPC		
	En pacientes sedentarios con FA no paroxística en quienes se elija una estrategia de control de frecuencia, puede considerar la monoterapia con digoxina.	BPC		
	En pacientes con FA, si la monoterapia no cesa los síntomas debido al control deficiente de la frecuencia ventricular, considere brindar terapia combinada con cualquiera de los siguientes: a. Beta-bloqueador b. Bloqueador de canales de calcio no dihidropiridínicos (Verapamilo o Diltiazem) c. Digoxina	BPC		
	En pacientes con FA, no ofrezca amiodarona para control de frecuencia a largo plazo.	BPC		
	En pacientes con FA, elija el tratamiento farmacológico considerando los síntomas, la frecuencia cardíaca, las comorbilidades y las preferencias del paciente.	BPC		
	En pacientes con FA permanente muy sintomáticos, en quienes el tratamiento farmacológico ha fracasado o no es tolerado, o presentan síntomas de disfunción ventricular izquierda que se sospecha son originados por la respuesta ventricular alta, considerar la ablación del nodo aurículo-ventricular y estimulación cardiaca (marcapasos o resincronizador).	BPC		
7	En pacientes con FA en quienes se elija una estrategia de control de ritmo a largo plazo, sugerimos brindar un beta-bloqueador (excepto sotalol) como tratamiento inicial.	R	Débil a favor	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
	Si los beta-bloqueadores están contraindicados o no tienen éxito, evalúe la idoneidad de los fármacos alternativos disponibles para el control del ritmo (antiarritmicos clase Ic o III), teniendo en cuenta las comorbilidades.	BPC		

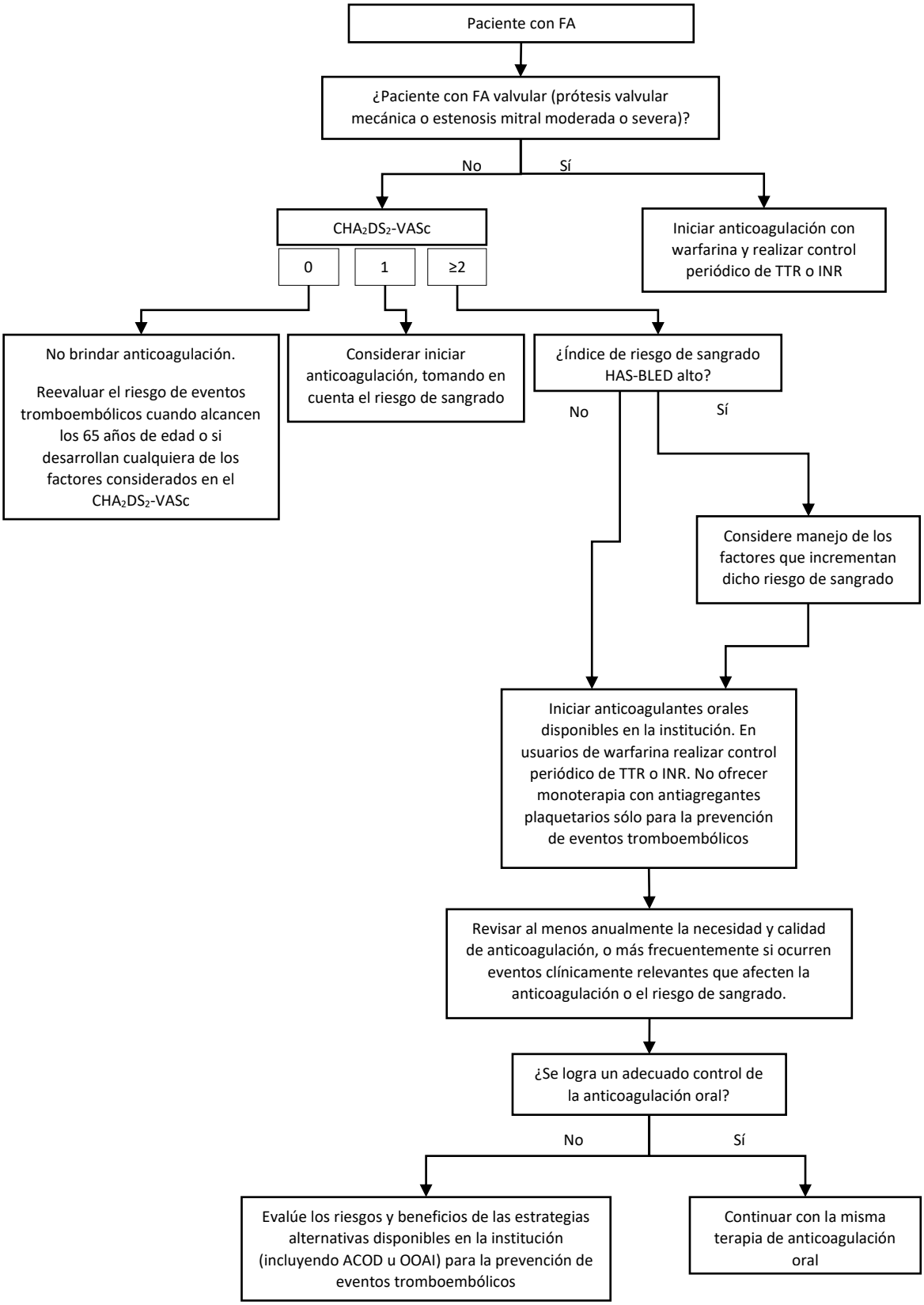
	En pacientes con FA en quienes se elija una estrategia de control de ritmo a largo plazo, sugerimos no brindar fármacos antiarrítmicos de clase Ic como propafenona a personas con cardiopatía conocida.	R	Débil en contra	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
	Considere la amiodarona en personas con disfunción ventricular izquierda o insuficiencia cardíaca.	BPC		
	Administrar la estrategia "Pill in the pocket" con propafenona en carga para aquellos pacientes con FA paroxística que cumplen con todos los siguientes criterios: a. Cuando esta terapia ha sido efectiva al ser administrada bajo monitoreo médico. b. No tienen antecedentes de disfunción ventricular izquierda, o enfermedad cardíaca valvular significativa o isquémica. c. Tener un historial de episodios sintomáticos infrecuentes (no más de 6 episodios por año) de FA paroxística. d. Tener una presión arterial sistólica mayor a 100 mmHg y una frecuencia cardíaca en reposo por encima de 70 lpm. e. Ser capaces de entender cómo y cuándo tomar el medicamento.	BPC		
	Para personas con FA de más de 48 horas de duración en quienes está indicada la cardioversión electiva, la cardioversión guiada por ecocardiografía transesofágica (ETE) o la cardioversión convencional (sin ETE y rangos óptimos de anticoagulación oral) deben considerarse igualmente seguras.	BPC		
8	En pacientes con FA paroxística sintomática que, a pesar del tratamiento farmacológico óptimo, o cuando el tratamiento farmacológico no sea tolerado por el paciente, recomendamos ofrecer ablación mediante cateterismo de los puntos gatillo ubicados en las venas pulmonares.	R	Fuerte a favor	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
	En pacientes con FA persistente sintomática que, a pesar del tratamiento farmacológico óptimo, o cuando el tratamiento farmacológico no sea tolerado por el paciente, sugerimos ofrecer ablación mediante cateterismo de los puntos gatillo ubicados en las venas pulmonares.	R	Débil a favor	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)

	En pacientes con FA sintomática (paroxística o persistente), considere la ablación quirúrgica concomitante a otra cirugía cardiotorácica.	BPC		
Manejo de FA en emergencias				
9	En pacientes con FA con respuesta ventricular rápida en quienes se detecte inestabilidad hemodinámica, recomendamos usar cardioversión eléctrica de emergencia.	R	Fuerte a favor	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
	En pacientes con FA de más de 48 horas de duración que se encuentren hemodinámicamente estables, en quienes se considere estrategia de control de ritmo, considerar la realización de cardioversión guiada por ecocardiografía transesofágica (ETE).	BPC		

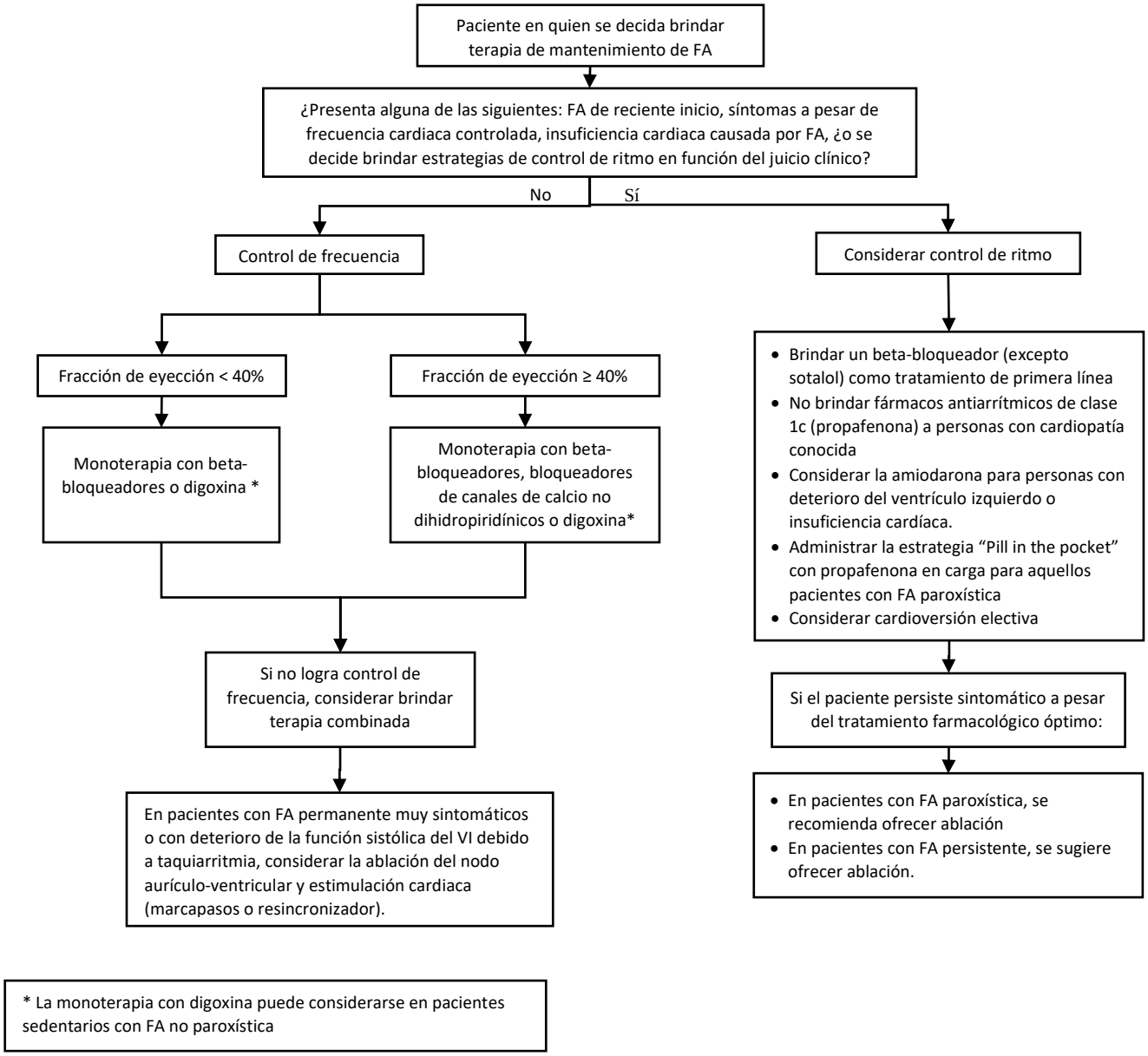
* Recomendación ® o punto de buena práctica clínica (BPC)

** La fuerza, dirección y Certeza de la evidencia solo se establecen para las recomendaciones, mas no para los puntos de BPC

II. Algoritmo para prevención de eventos tromboembólicos en pacientes con FA



III. Algoritmo para terapia de mantenimiento de FA



* La monoterapia con digoxina puede considerarse en pacientes sedentarios con FA no paroxística