GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

I. Lista de recomendaciones y puntos de buena práctica clínica

N°	Enunciado	Tipo*
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 CHA_2DS_2-VASc)?		
1.1	En pacientes con FA no valvular, recomendamos usar el índice de riesgo CHA_2DS_2-VASc para evaluar el riesgo de eventos tromboembólicos.	Recomendación fuerte a favor Certeza de la evidencia: Muy baja (⊕◯◯◯)
1.2	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**
Pregunta 2: En pacientes con FA, ¿qué terapia antitrombótica se debería brindar para la prevención de eventos tromboembólicos?		
2.1	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**
2.2	En varones con FA no valvular y CHA_2DS_2-VASc de 1, y mujeres con CHA_2DS_2-VASc de 2, considerar iniciar anticoagulación, luego de una valoración individualizada de los beneficios y daños.	**BPC****
2.3	En varones con FA no valvular y CHA_2DS_2-VASc de 2 o más, y mujeres con CHA_2DS_2-VASc de 3 o más, iniciar anticoagulación.	**BPC****
2.4	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**
2.5	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.	Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: Muy baja (⊕◯◯◯)
2.6	En pacientes con FA no valvular, recomendamos no ofrecer monoterapia con antiagregantes plaquetarios sólo como medida de prevención de eventos tromboembólicos.	Recomendación fuerte en contra Certeza de la evidencia: Muy baja (⊕◯◯◯)
2.7	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). 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.	**BPC**

	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.	
2.8	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**
2.9	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**
2.10	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**
2.11	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**
2.12	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**
Pregunta 3: En pacientes con FA, ¿qué índice de riesgo se debería usar para predecir sangrado?		
3.1	En pacientes con FA que están empezando o han empezado anticoagulación, sugerimos utilizar el índice HAS-BLED para evaluar el riesgo de sangrado.	Recomendación fuerte a favor Certeza de la evidencia: Muy baja (⨁◯◯◯)
3.2	En pacientes con alto riesgo de sangrado, brinde anticoagulación y controle los factores que aumenten dicho riesgo.	**BPC**
3.3	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	**BPC**

	sobrepasar al riesgo de sangrado, por lo que es importante un monitoreo cuidadoso del riesgo de sangrado.	
3.4	No evite la anticoagulación solo por el riesgo de caídas.	**BPC**
Pregunta 4: En pacientes con FA, ¿se debería brindar oclusión de la orejuela de la aurícula izquierda (OOAI) para la prevención de eventos tromboembólicos?		
4.1	Si existe alguna contraindicación absoluta para el uso de anticoagulantes a largo plazo, sugerimos considerar la OOAI.	Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: Muy baja (⨁◯◯◯)
4.2	Cuando se considere realizar OOAI, discutir sus beneficios y riesgos con el paciente.	**BPC**
Terapia de mantenimiento		
Pregunta 5: En pacientes con FA, ¿se debería optar por estrategias de control de ritmo o por estrategias de control de frecuencia?		
5.1	Para la terapia de mantenimiento en pacientes con FA, sugerimos brindar control de la frecuencia como la estrategia de primera línea.	Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: Muy baja (⨁◯◯◯)
5.2	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**
Pregunta 6: En pacientes con FA en los que se opte por una estrategia de control de frecuencia, ¿qué estrategia de control de frecuencia se debe usar?		
6.1	En pacientes con FA en quienes se elija una estrategia de control de frecuencia a largo plazo, sugerimos utilizar betabloqueadores o bloqueadores de canales de calcio no dihidropiridínicos.	Recomendación fuerte a favor Certeza de la evidencia: Muy baja (⨁◯◯◯)
6.2	En pacientes con FA en quienes se elija una estrategia de control de frecuencia, ofrezca un betabloqueador estándar como monoterapia inicial.	**BPC**
6.3	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**
6.4	En pacientes sedentarios con FA no paroxística en quienes se elija una estrategia de control de frecuencia, puede considerar la monoterapia con digoxina.	**BPC**
6.5	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. Betabloqueador	**BPC**

	b. Bloqueador de canales de calcio no dihidropiridínicos (Verapamilo o Diltiazem) c. Digoxina	
6.6	En pacientes con FA, no ofrezca amiodarona para control de frecuencia a largo plazo.	**BPC**
6.7	En pacientes con FA, elija el tratamiento farmacológico considerando los síntomas, la frecuencia cardíaca, las comorbilidades y las preferencias del paciente.	**BPC**
6.8	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 auriculoventricular y estimulación cardiaca (marcapasos o resincronizador).	**BPC**
Pregunta 7: En pacientes con FA en los que se requiere una estrategia de control de ritmo, ¿qué estrategia de control de ritmo se debe usar?		
7.1	En pacientes con FA en quienes se elija una estrategia de control de ritmo a largo plazo, sugerimos brindar un betabloqueador (excepto sotalol) como tratamiento inicial.	Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: Muy baja (⊕◯◯◯)
7.2	Si los betabloqueadores 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**
7.3	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.	Recomendación condicional en contra Certeza de la evidencia: Muy baja (⊕◯◯◯)
7.4	Considere la amiodarona en personas con disfunción ventricular izquierda o insuficiencia cardíaca.	**BPC**
7.5	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**
Pregunta 8: En pacientes con FA, ¿se debería ofrecer ablación mediante cateterismo?		
8.1	En pacientes con FA paroxística sintomática, luego de valorar la factibilidad y aceptabilidad de esta intervención, sugerimos realizar ablación mediante cateterismo en alguno de los siguientes escenarios: • Refractarios o intolerantes a al menos un fármaco antiarrítmico clase 1 o 3 • Refractarios o intolerantes a betabloqueadores.	Recomendación condicional a favor** Certeza de la evidencia: Muy baja (⊕◯◯◯)
8.2	En pacientes con FA persistente sintomática, luego de valorar la factibilidad y aceptabilidad de esta intervención, sugerimos realizar ablación mediante cateterismo en alguno de los siguientes escenarios: • Refractarios o intolerantes a al menos un fármaco antiarrítmico clase 1 o 3 • Refractarios o intolerantes a betabloqueadores.	Recomendación condicional a favor** Certeza de la evidencia: Muy baja (⊕◯◯◯)

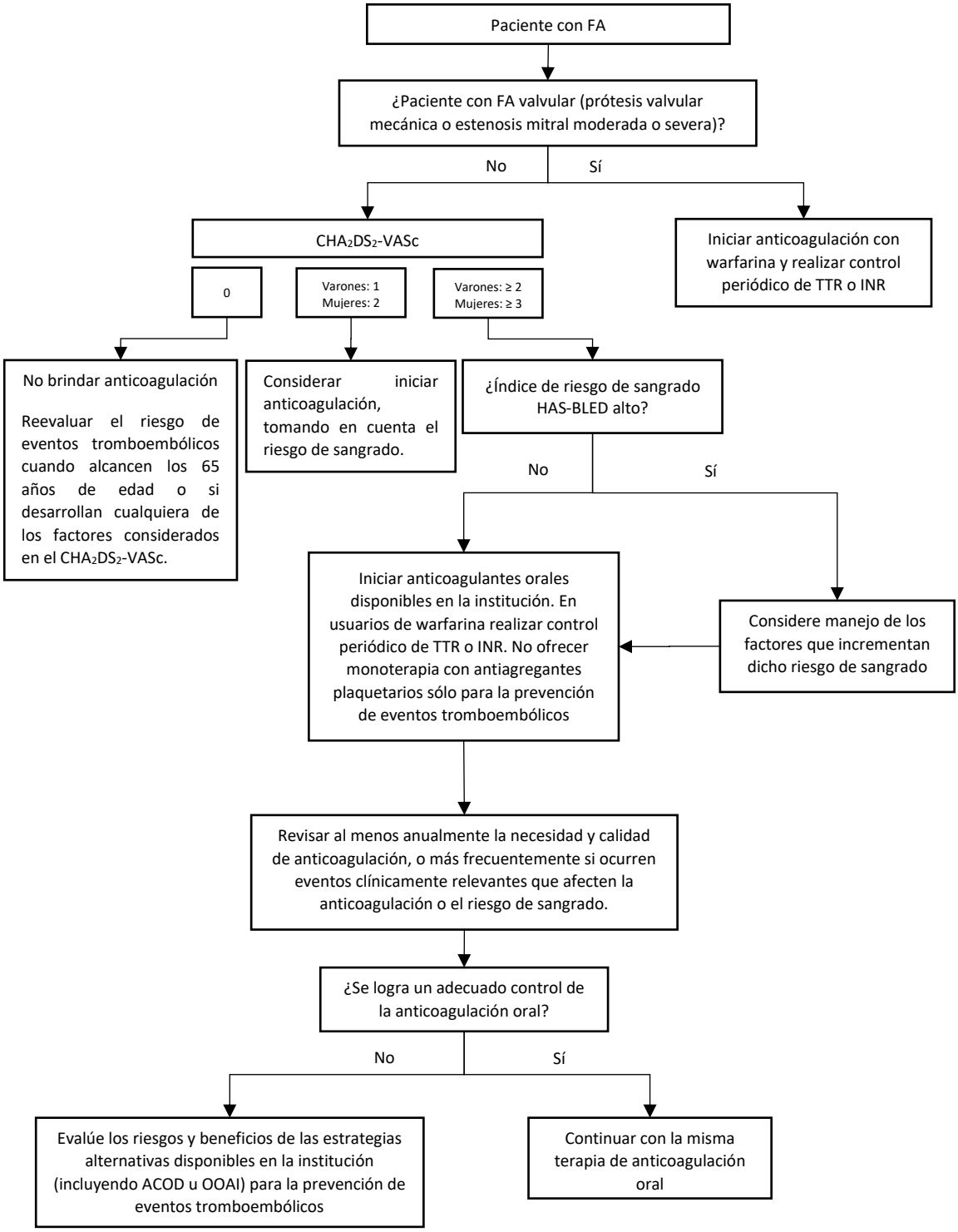
8.3	En pacientes con FA sintomática asociada a insuficiencia cardiaca crónica con FE reducida < 35% en terapia médica óptima, luego una valoración individualizada de los beneficios y daños, sugerimos realizar ablación mediante cateterismo.	Recomendación condicional a favor** Certeza de la evidencia: Muy baja (⨁◯◯◯)
8.4	En pacientes con FA y disfunción sistólica del VI, con alta sospecha de taquicardiomiopatía asociada a FA, considerar realizar ablación mediante cateterismo.	**BPC****
8.5	En pacientes con síndrome taquicardia bradicardia documentada como FA seguida de una pausa significativa, considerar realizar ablación mediante cateterismo para reducir los síntomas de la FA y disminuir la necesidad de implantación de marcapasos.	**BPC****
8.6	En pacientes con FA sintomática (paroxística o persistente), considere la ablación quirúrgica concomitante a otra cirugía cardiotorácica.	**BPC**
Manejo de FA de presentación aguda		
Pregunta 9: En pacientes con FA de presentación aguda, ¿se debería realizar cardioversión eléctrica de emergencia?		
9.1	En pacientes con FA con respuesta ventricular rápida en quienes se detecte inestabilidad hemodinámica, recomendamos usar cardioversión eléctrica de emergencia.	Recomendación fuerte a favor Certeza de la evidencia: Muy baja (⨁◯◯◯)
9.2	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**
Pregunta 10: En pacientes con FA de presentación aguda, ¿se debería indicar cardioversión farmacológica autoadministrada (estrategia de pastilla en el bolsillo – "*pill in the pocket*")?		
10.1	En pacientes con FA de presentación aguda, considerar administrar la estrategia "Pill in the pocket" con propafenona en dosis de carga (450-600 mg) 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****

* Recomendación basada en evidencias o buenas prácticas clínicas (BPC).

** Recomendación basada en evidencias o puntos de buenas prácticas clínicas (BPC) formuladas durante el proceso de actualización de la GPC.

II. Flujogramas

Flujograma 1. Flujograma para la prevención de eventos tromboembólicos en pacientes con FA



Flujograma 2. Flujograma para la terapia de mantenimiento de pacientes con FA

