



www.facebook.com/medicinatusalud



@medicinatusalud



@medicinaTUsalud

FIBRILACIÓN AURICULAR: NUEVA GUIA EUROPEA 2016

2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS

The Task Force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC)

Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC

Endorsed by the European Stroke Organisation (ESO)

Estas directrices resumen y evalúan todas las pruebas disponibles en una determinada área en el momento del proceso de escritura con el objetivo de ayudar a los profesionales de la salud en la selección de las mejores estrategias de gestión para un paciente individual con una condición dada, teniendo en cuenta el impacto en los resultados, así como la relación riesgo-beneficio de especial de los medios de diagnóstico o terapéuticos.

Las directrices y recomendaciones deben ayudar a los profesionales de la salud para tomar decisiones en su práctica diaria. Sin embargo, las decisiones finales en relación con un paciente individual deben ser tomadas por el profesional responsable de la salud en la consulta con el paciente y el cuidador, según proceda.

Los siguientes son los **puntos clave** para recordar acerca de la Guía de la Sociedad Europea de Cardiología 2016 para el tratamiento de la fibrilación auricular (FA):

1. Cerca de 20-30% de todos los **accidentes cerebrovasculares** se deben a la fibrilación auricular. Un número cada vez mayor de pacientes con accidente cerebrovascular son diagnosticados con fibrilación auricular paroxística o "silenciosa".

Se recomienda interrogar regularmente a los marcapasos y desfibriladores automáticos implantables (DAI) para detectar episodios de fibrilación auricular de alta respuesta ventricular.

Los pacientes con fibrilación auricular de alta respuesta ventricular deben someterse a una monitorización electrocardiográfica (ECG) para documentar la FA antes de iniciar el tratamiento con AF (clase I, nivel de evidencia B). Se requiere documentación de ECG para establecer el diagnóstico (clase I, nivel de evidencia B).

Hay buena evidencia de que la monitorización prolongada del ECG mejora la detección de la FA sin diagnosticar, por ejemplo, el seguimiento durante 72 horas después de un accidente cerebrovascular, o incluso durante períodos más largos. Por convención aceptada, un



www.facebook.com/medicinatusalud



@medicinatusalud



@medicinaTUsalud

episodio que dura al menos 30 segundos es diagnóstico.

2. En los pacientes **obesos** con FA, se debe considerar la pérdida de peso junto con el control de otros factores de riesgo para reducir la carga de FA y los síntomas (Clase IIa, nivel de evidencia B).

Debe realizarse un interrogatorio en busca de signos clínicos de apnea obstructiva del sueño en todos los pacientes con fibrilación auricular (Clase IIa, nivel de evidencia B).

El tratamiento de la apnea obstructiva del sueño debe ser optimizado para reducir las recurrencias de FA y mejorar los resultados del tratamiento AF (Clase IIa, nivel de evidencia B).

La reducción de peso intensiva, además de la gestión de otros factores de riesgo cardiovascular (en el rango de 10-15 kg de pérdida de peso lograda), dio lugar a un menor número de recurrencias y síntomas de FA en comparación con un enfoque basado en el asesoramiento general en pacientes obesos con FA.

3. La **anticoagulación oral** debe considerarse en pacientes con una puntuación CHA₂DS₂-VASc de 1 en los hombres y de 2 puntos en las mujeres (Clase IIa, nivel de evidencia B).

Los nuevos anticoagulantes orales (NOACs) (apixaban, dabigatrán, Edoxabán, y rivaroxaban) no se recomiendan en pacientes con válvulas mecánicas del corazón (clase III, nivel de evidencia B) o estenosis mitral moderada o grave (Clase III, nivel de evidencia C).

4. Los **anticoagulantes** para la prevención del ictus deben continuarse indefinidamente después de la ablación con catéter aparentemente exitosa o de la ablación quirúrgica de la FA en pacientes con alto riesgo de accidente cerebrovascular (Clase IIa, nivel de evidencia C).

Después de la oclusión o la exclusión de la orejuela auricular izquierda quirúrgica, se recomienda continuar la anticoagulación en pacientes en situación de riesgo de fibrilación auricular para la prevención del ictus (Clase I, nivel de evidencia B).

5. La **anticoagulación** con heparina o heparina de bajo peso molecular, inmediatamente después de un accidente cerebrovascular isquémico no se recomienda en pacientes con FA (Clase III).

En los pacientes que sufren un ACV isquémico moderado a grave mientras estaban bajo un régimen de anticoagulación, la anticoagulación se debe interrumpir durante 3-12 días sobre la base de una evaluación multidisciplinaria del ictus agudo y el riesgo de sangrado (Clase IIa, nivel de evidencia C).

Los nuevos anticoagulantes NOACs deben evitarse durante el embarazo y en mujeres que planean un embarazo (Clase III, Nivel de evidencia C).

6. El **deterioro cognitivo y la demencia vascular** pueden desarrollarse incluso en pacientes con FA anticoagulados.



www.facebook.com/medicinatusalud



@medicinatusalud



@medicinaTUsalud

Las caídas y la demencia se asocian con mayor mortalidad en los pacientes con FA, sin evidencia de que estas condiciones incrementen marcadamente el riesgo de hemorragia intracraneal. Por lo tanto, la anticoagulación sólo debe ser suspendida en los pacientes con caídas graves no controladas (por ejemplo, epilepsia o atrofia multisistémica avanzada con caídas hacia atrás), o en pacientes seleccionados con demencia cuando el cumplimiento y la adherencia no se puedan asegurar por un cuidador.

7. Después de un **síndrome coronario agudo** con implantación de stent en pacientes con FA en riesgo de accidente cerebrovascular, la terapia de combinación triple con aspirina, clopidogrel, y un ACO debe ser considerada durante 1-6 meses para prevenir eventos isquémicos coronarios y cerebrales recurrentes (Clase IIa, nivel de evidencia DO).
8. La dronedarona, flecainida, propafenona, sotalol se recomiendan para la prevención de la fibrilación auricular recidivante sintomática en pacientes con función ventricular izquierda normal y sin hipertrofia ventricular izquierda patológica (clase I, nivel de evidencia A).

La **dronedarona** se recomienda para la prevención de la FA recidivante sintomática en pacientes con enfermedad coronaria estable, y sin insuficiencia cardiaca (clase I, nivel de evidencia B).

La **amiodarona** se recomienda para la prevención de la FA recidivante sintomática en pacientes con insuficiencia cardiaca (clase I, nivel de evidencia B).

9. Se recomienda la ablación por catéter en la fibrilación auricular paroxística sintomática para mejorar los síntomas en los pacientes que tienen recurrencias sintomáticas de la FA en tratamiento con fármacos antiarrítmicos (por ejemplo, amiodarona, dronedarona, flecainida, propafenona, sotalol) y que prefieren seguir con la terapia de control del ritmo (Clase I, Nivel de evidencia A).

La ablación por catéter o la ablación quirúrgica debe ser considerada en pacientes con síntomas persistentes o de larga duración refractarios a la terapia con fármacos antiarrítmicos para mejorar los síntomas, teniendo en cuenta la elección del paciente, el beneficio y el riesgo, el apoyo de un equipo de cardiólogos especialistas en trastornos del ritmo (Clase IIa, Nivel C).



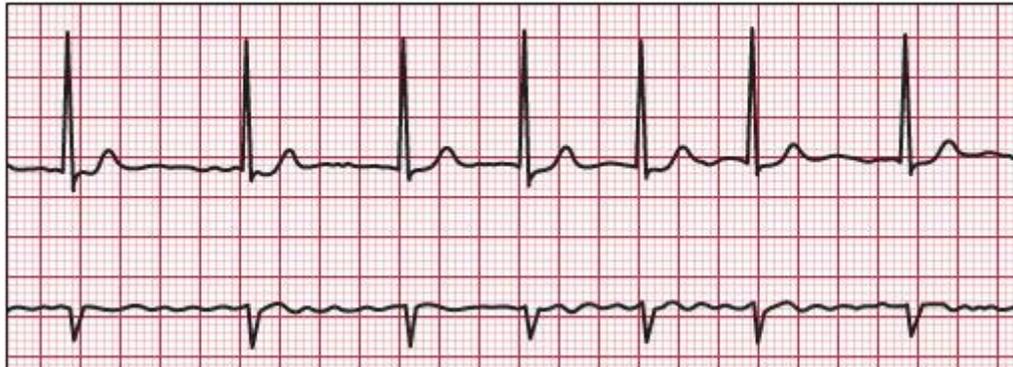
www.facebook.com/medicinatusalud



@medicinatusalud



@medicinaTUsalud



DRA. LISSETH C. PULIDO BLANCO
MEDICO GENERAL
EMAIL: medicinatusalud@gmail.com