



XXXII Congreso Nacional de la SEMI

XIV Congreso de la Sociedad Canaria de Medicina Interna
26-28 Octubre 2011



FIBRILACIÓN AURICULAR.

De las guías actuales a la aplicación a nuestro
paciente en la consulta.

Dr. Demetrio Sánchez Fuentes
Medicina Interna
Complejo Asistencial de Ávila



ÚLTIMAS GUÍAS DE FA

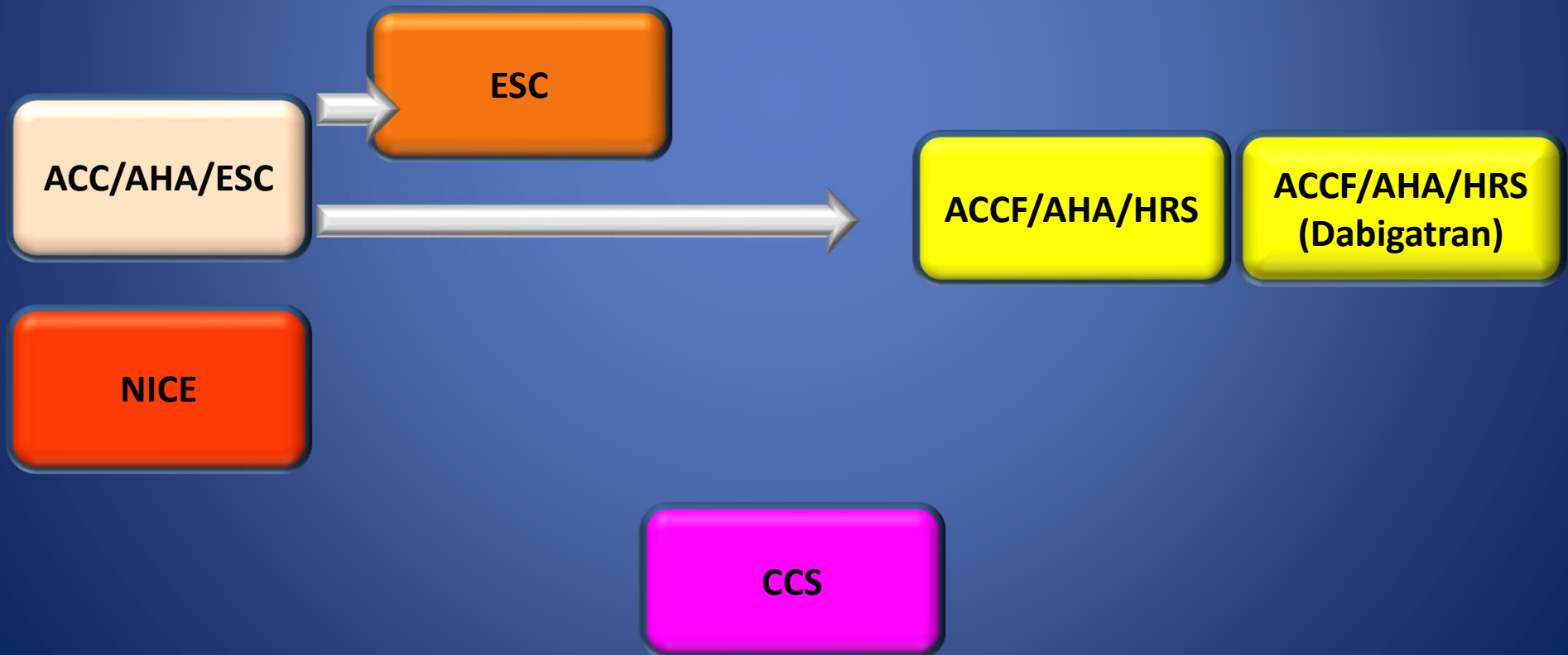
2006

Sept 2010

Oct 2010

Ene 2011

Mar 2011



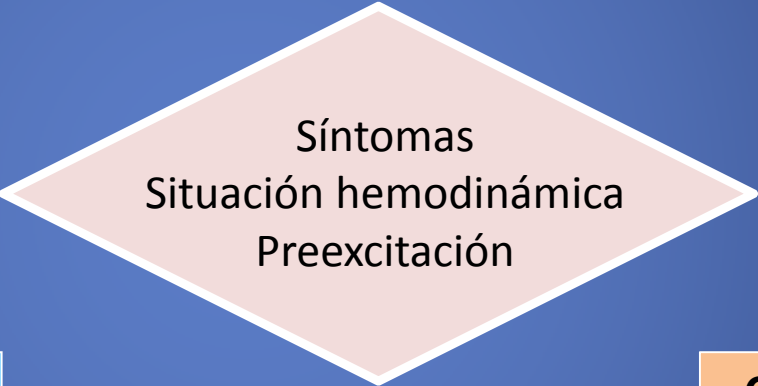
ÍNDICE

1. CAMBIOS RESPECTO A 2006
2. COMPARATIVA ENTRE ÚLTIMAS GUÍAS
3. APLICACIÓN DE LAS GUÍAS

FA

PREVENCIÓN DE ICTUS y TE
*Largo plazo
*Pericardioversión

TRATAMIENTO DE ENF CAUSALES y ASOCIADAS



MANTENER RITMO SINUSAL

CONTROL DE RITMO

CONTROL DE FRECUENCIA

Cambios en ESC 2010 respecto a ACC/AHA/ESC 2006

Es razonable un control laxo de frecuencia.

DRONEDARONA :

- Recomendada para control del ritmo en pacientes sin cardiopatía estructural (dronedarona, flecainida, propafenona, sotalol).
- Considerarla para disminuir hospitalizaciones CV en paroxística o tras cardioversión de persistente.
- Considerarla para control de frecuencia en no permanente ni IC.
- Contraindicada en IC (clase III-IV o episodio reciente de IC descompensada).

Considerar añadir **CLOPIDOGREL** al AAS en pacientes en los que no es posible el tratamiento con AVK.

Cambios en ACCF/AHA/HRS 2011 respecto a ACC/AHA/ESC 2006

No recomiendan un control estricto de frecuencia.

DRONEDARONA :

- Considerarla para disminuir hospitalizaciones CV en paroxística o tras cardioversión de persistente.
- Contraindicada en IC (clase IV o episodio reciente de descompensación), especialmente si baja FE .

Son más proclives a la **ABLACIÓN** con catéter, que pasa de opción a considerar a recomendarse en determinados pacientes.

Incluyen dos nuevas opciones en el tratamiento antitrombótico:

- Se puede considerar añadir **CLOPIDOGREL** al AAS en pacientes en los que no es posible el tratamiento con AVK.
- Recomendán **DABIGATRÁN** como alternativa a AVK si no hay prótesis o insuficiencia renal o hepática severas.

Comparación de las últimas guías de FA

	ESC 2010	ACCF/AHA/HRS 2011	CCS 2010
EVALUACIÓN DE LOS SÍNTOMAS	EHRA Score EHRA I → sin síntomas EHRA II → leves EHRA III → graves EHRA IV → discapacitantes	NE	CCS SAF Score CCS SAF 0 → asintomático CCS SAF 1 → mínima reperc. en QL CCS SAF 2 → modesta “ “ CCS SAF 3 → moderada “ “ CCS SAF 4 → severa “ “

NE: no especificado

	ESC 2010	ACCF/AHA/HRS 2011	CCS 2010
CONTROL DE FRECUENCIA	Protocolo laxo (R<110)	Protocolo laxo * (R<110)	Protocolo laxo (R<100)

* Con FE >40% y sin síntomas relevantes

**ABLACIÓN
CON
CATÉTER**

ESC 2010

- Considerar en FA paroxística sintomática pese a antiarrítmicos (IIa. A).
- Considerar en FA persistente sintomática pese a antiarrítmicos (IIa. B).
- Se puede considerar en FA paroxística sin cardiopatía, sintomática sin antiarrítmicos (IIb. B).

ACCF/AHA/HRS 2011

- Recomendada en FA paroxística sin cardiopatía, sintomática pese a antiarrítmicos (I. A).
- Considerar en FA persistente sin cardiopatía, sintomática pese a antiarrítmicos (IIa. A).
- Se puede considerar en FA paroxística con crecimiento AI o disfunción ventricular, sintomática (IIb. A).

CCS 2010

Considerar en sintomáticos pese a antiarrítmicos

DRONEDARONA

ESC 2010	ACCF/AHA/HRS 2011	CCS 2010
<ul style="list-style-type: none">• MANTENER RITMO SINUSAL: 1ª Elección (o flecainida, propafenona o sotalol) en ausencia de cardiopatía estructural. (I.A). Considerar para disminuir hospitalizaciones CV (IIa.B).• CONTROL DE FRECUENCIA : Considerar en no permanente si no se consigue con βB, CA o digoxina (IIa. B).• CONTRAINDICADA en IC (III-IV) o reciente descompensación (III.B)	<ul style="list-style-type: none">• MANTENER RITMO SINUSAL Considerar para disminuir hospitalizaciones CV (IIa. B).• CONTROL DE FRECUENCIA : NE• CONTRAINDICADA en IC (IV) o reciente descompensación (III.B)	<ul style="list-style-type: none">• MANTENER RITMO SINUSAL: 1ª Elección (o flecainida, propafenona o sotalol) en ausencia de cardiopatía estructural.• CONTROL DE FRECUENCIA : Considerar si no se consigue con βB, CA o digoxina.• CONTRAINDICADA En IC

NE: no especificado

	ESC 2010	ACCF/AHA/HRS 2011	CCS 2010
ESTIMACIÓN DE RIESGO TE	CHADS ₂ ↓ CHA ₂ DS ₂ -VASc	CHADS ₂	CHADS ₂
INICIO DE ACO	CHA ₂ DS ₂ -VASc ≥ 1	CHADS ₂ ≥ 2 CHADS ₂ 1 → ACO ó AAS	CHADS ₂ ≥ 1
FÁRMACOS PREVENCIÓN TE	Añadir Clopidogrel a AAS si AVK no factible (IIa.B) DABIGATRAN: NE	Añadir Clopidogrel a AAS si AVK no factible (IIb.B) DABIGATRAN: •Tto Crónico: alternativa a AVK (I.B) •Pericardioversión: NE	NE DABIGATRAN •Tto Crónico: preferible a AVK •Pericardioversión: alternativa a AVK

NE: no especificado

CHADS₂

Factor de Riesgo	Valor
ICC	1
Hipertensión	1
Edad > 75 años	1
Diabetes mellitus	1
Embolismo, Ictus o AIT	2
Puntuación máxima	6

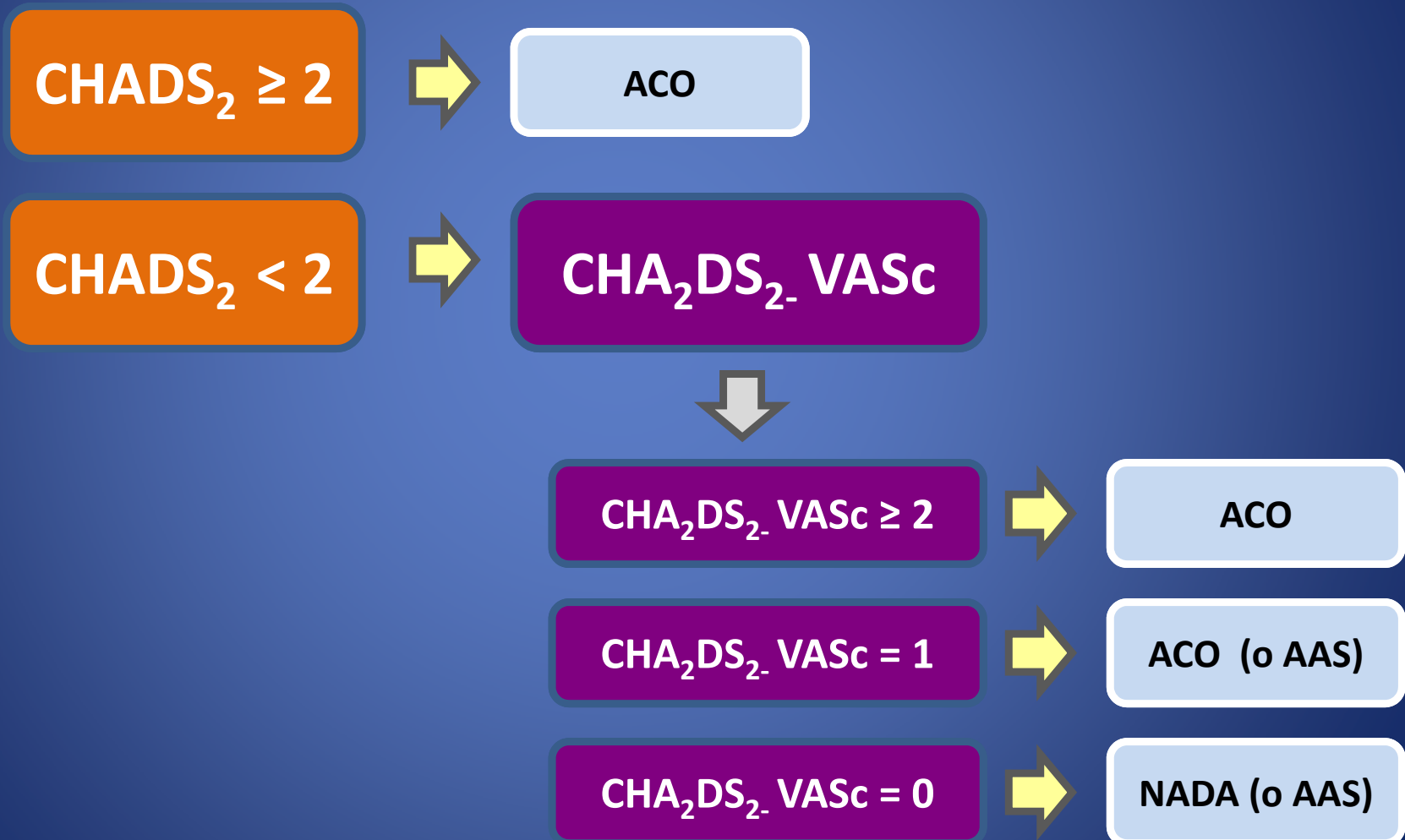
CHA₂-DS₂-VASc

Factor de Riesgo	Valor
ICC/Disfunción VI	1
Hipertensión	1
Edad > 75 años	2
Diabetes mellitus	1
Embolismo, Ictus o AIT	2
Enfermedad vascular	1
Edad 65-74	1
Sexo femenino	1
Puntuación máxima	9

	ESC 2010	ACCF/AHA/HRS 2011	CCS 2010
ESTIMACIÓN DE RIESGO TE	CHADS ₂ ↓ CHA ₂ DS ₂ -VASc	CHADS ₂	CHADS ₂
INICIO DE ACO	CHA ₂ DS ₂ -VASc ≥ 1	CHADS ₂ ≥ 2 CHADS ₂ 1 → ACO ó AAS	CHADS ₂ ≥ 1
FÁRMACOS PREVENCIÓN TE	Añadir Clopidogrel a AAS si AVK no factible (IIa.B) DABIGATRAN: NE	Añadir Clopidogrel a AAS si AVK no factible (IIb.B) DABIGATRAN: •Tto Crónico: alternativa a AVK (I.B) •Pericardioversión: NE	NE DABIGATRAN •Tto Crónico: preferible a AVK •Pericardioversión: alternativa a AVK

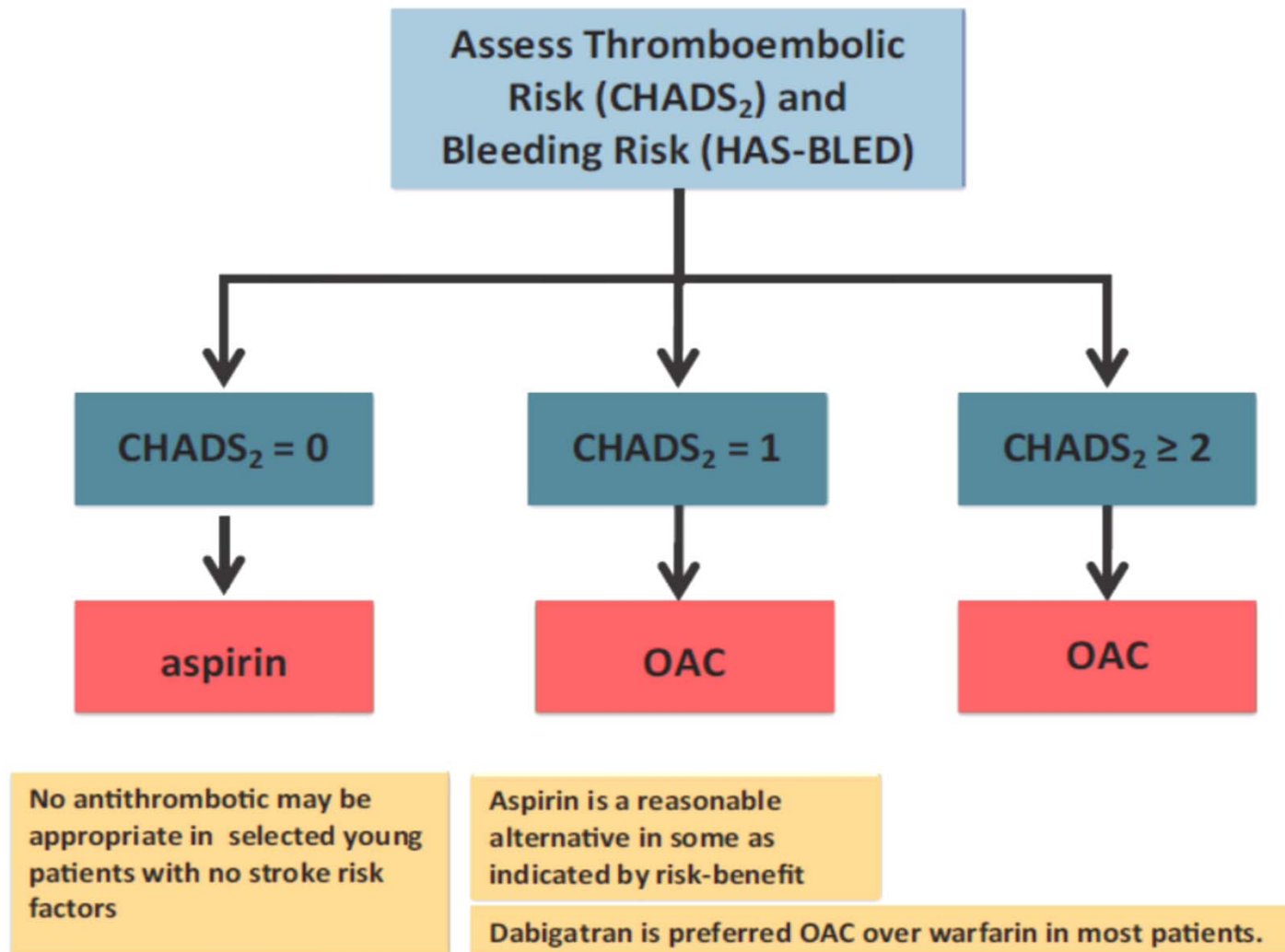
NE: no especificado

ESC 2010



CCS 2010

Overview of Thromboembolic Management



ACC/AHA/ESC 2006 ACCF/AHA/HRS 2011

Categoría de riesgo	Tratamiento recomendado
Sin FR	AAS (81-325 mg/día)
1 FR moderado	AAS (81-325 mg/día) ó INR 2,5 (2-3)
1 FR mayor ó > 1 FR moderado	INR 2,5 (2-3)

FR menor:

Mujer
Edad 65-74
Enf coronaria
Tirotoxicosis

FR Moderado:

Edad \geq 75
HTA
ICC
FA \leq 35%
DM

FR MAYOR:

AIT, Ictus o Embolia previos
Estenosis mitral
Válvula protésica

	ESC 2010	ACCF/AHA/HRS 2011	CCS 2010
ESTIMACIÓN DE RIESGO TE	$CHADS_2$ \downarrow CHA_2DS_2-VASc	$CHADS_2$	$CHADS_2$
INICIO DE ACO	$CHA_2DS_2-VASc \geq 1$	$CHADS_2 \geq 2$ $CHADS_2 = 1 \rightarrow ACO \text{ ó } AAS$	$CHADS_2 \geq 1$
FÁRMACOS PREVENCIÓN TE	<p>Considerar añadir clopidogrel a AAS si AVK no factible (IIa.B)</p> <p>DABIGATRÁN: NE</p>	<p>Se puede considerar añadir clopidogrel a AAS si AVK no factible (IIb.B)</p> <p>DABIGATRÁN:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Tto crónico: alternativa a AVK (I.B) •Pericardioversión: NE 	<p>NE</p> <p>DABIGATRÁN</p> <ul style="list-style-type: none"> •Tto crónico: preferible a AVK •Pericardioversión: alternativa a AVK

NE: no especificado

PREVENCIÓN

ESC 2010	ACCF/AHA/HRS 2011	CCS 2010
<ul style="list-style-type: none">•PRIMARIA: IECA/ARA II en IC y baja FE (IIa.A). ECA/ARA II en HTA (HVI) (IIa.B). Estatinas tras bypass coronario o IC (IIb.B).•SECUNDARIA: IECA/ARA II (IIb.B).	NE	NE

NE: no especificado

El proceso de las guías de práctica clínica



El proceso de las Guías de práctica clínica





RECOMENDACIONES EN GUÍAS DE FA

LA MAYORIA CON ESCASO NIVEL DE EVIDENCIA

ACCF/AHA/HRS 2011

Recom	Nivel de evidencia			
	A	B	C	
I	9	13	21	43
II a	4	13	18	35
II b	1	5	15	21
III	2	5	10	17
	16	36	64	116

↓
14%

↓
55%

ESC 2010

Recom	Nivel de evidencia			
	A	B	C	
I	21	30	32	83
II a	8	24	40	72
II b	3	11	25	39
III	1	3	10	14
	33	68	107	208

↓
16%

↓
51%



¿QUIÉN DECIDE SOBRE EL TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO?

¿CÚANTO SE TARDA EN INICIAR UNA ACO INDICADA?

NICE
2006

R 48

En pacientes a los que se diagnostica de FA y tienen indicación de tratamiento antitrombótico, éste debe ser iniciado sin retraso tras un tratamiento adecuado de las comorbilidades. (D)

El proceso de las Guías de práctica clínica

