



**ESC Congress**  
**The Digital Experience**  
**#ESCCongress**



## Congreso Europeo de Cardiología

# Guía de la ESC 2020 para el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular

### ¿Qué ha cambiado en 4 años? 13 novedades

#### INTRODUCCION:

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia recurrente más frecuente en la práctica clínica. Múltiples comorbilidades la generan y perpetúan, siendo a su vez causa de una elevada morbilidad. Los pacientes con esta arritmia representan un gran costo para el sistema de salud, no sólo por las intervenciones requeridas o el tratamiento farmacológico prescrito, sino también por las frecuentes reinternaciones. Debido a la gran cantidad de pacientes con FA subclínica la prevalencia de esta enfermedad esta subestimada. (1,2,3)

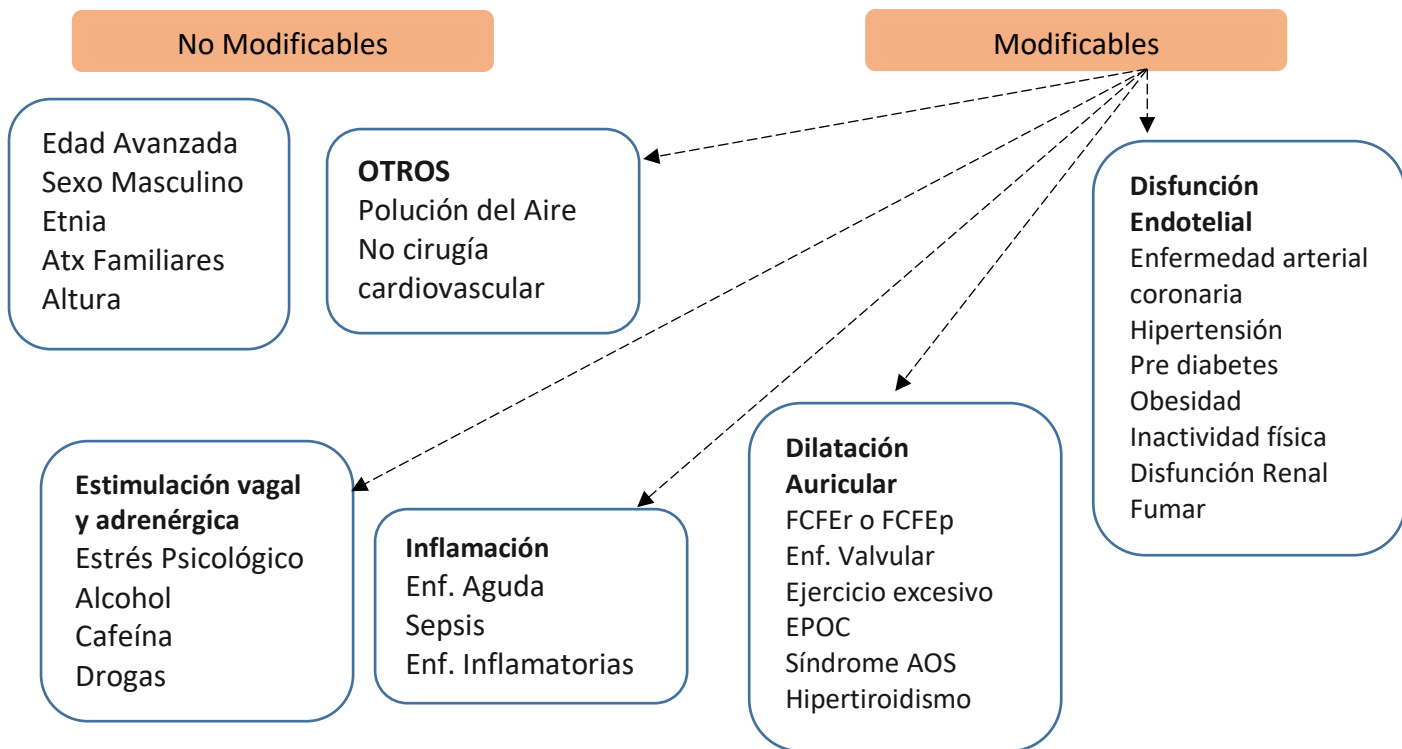
Esta arritmia representa un constante desafío para los cardiólogos tratantes, ya que la probabilidad de que el paciente presente un evento tromboembólico (Ej., Un accidente cerebrovascular) es alta, incluso previo a su diagnóstico (4)

Es importante remarcar acerca de las guías 2020, que la complejidad de la FA requiere un enfoque multifacético, holístico y multidisciplinario para el tratamiento. La participación activa del paciente en asociación con los médicos es de suma importancia. Estas Guías tienen como objetivo mejorar aún más el tratamiento estructurado de los pacientes con FA, promover los valores y, finalmente, mejorar los resultados clínicos de los pacientes.

Por otro lado, los autores realizan un claro énfasis en la importancia del control de las morbilidades y factores de riesgo, a fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Así mismo, se presentan estrategias nuevas para el manejo de los síntomas, el control de la frecuencia cardiaca, y del ritmo (Tratamiento farmacológico y ablación),

No quisieramos dejar de remarcar la importancia del manejo integral y holístico del paciente, garantizando la comunicación y participación en la toma de decisiones.




El control de los factores de riesgo es elemental, ya que su persistencia propicia la progresión de la enfermedad de forma paroxística a permanente. Siendo evidencia clase I: identificar y controlar los factores de riesgo

La FA es una de las epidemias cardiovasculares del siglo XXI, que afecta más a hombres que mujeres, y que se espera que su prevalencia aumente en el porvenir de los años futuros.

### **1) Como definimos y diagnosticamos Fibrilación Auricular**

Se realizará diagnóstico con un clásico ECG de 12 derivaciones, asociado a una tira larga de ECG. Esta guía abre la puerta a las nuevas tecnologías. Es importante remarcar que para el diagnóstico la duración del episodio debe ser superior a 30 segundos

| Definición                        |   |
|-----------------------------------|---|
| <b>Fibrilación auricular (FA)</b> | <p>Taquiarritmia supraventricular con activación eléctrica auricular descoordinada y, en consecuencia, contracción auricular ineficaz.</p> <p>Las características electrocardiográficas de la FA incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervalos R-R irregularmente irregulares (cuando la conducción auriculoventricular no está alterada),</li> <li>• Ausencia de ondas P repetidas distintas, y</li> <li>• Activaciones auriculares irregulares.</li> </ul>  |
| Términos utilizados actualmente   |   |
| <b>FA Clínica</b>                 | <p>FA sintomática o asintomática documentada por ECG de superficie.</p> <p>La duración mínima de un trazado ECG de la FA necesaria para establecer el diagnóstico de FA clínica es de al menos 30 segundos, o el ECG completo de 12 derivaciones.</p>   |

## 2) Recomendaciones para el diagnóstico de FA:

| Recomendación  | Clase | Nivel |
|--|-------|-------|
| <p>Se requiere documentación de ECG para establecer el diagnóstico de FA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un registro de ECG estándar de 12 derivaciones o un trazado de ECG de una derivación de <math>\geq 30</math> s que muestre un ritmo cardíaco sin ondas P repetidas discernibles e intervalos RR irregulares (cuando la conducción auriculoventricular no está alterada) es un diagnóstico de FA clínica.</li> </ul> | I     | B     |

### 3) ¿Cómo detectamos FA en los pacientes con dispositivo electrónico cardíaco implantable (CIED)?

| Términos utilizados actualmente                     |   |
|---|---|
| <b>Episodio auricular de frecuencia alta (AHRE)</b> | <p>Individuos <b>sin síntomas</b> atribuibles a FA, en los que <b>NO se ha detectado previamente FA clínica</b> (es decir, <b>no hay un trazo ECG de superficie de FA</b>),</p> <p><b>AHRE:</b> son eventos que cumplen criterios programados o especificados para AHRE que son detectados por CIED con un cable auricular que permite la monitorización continúa automatizada del ritmo auricular y el almacenamiento de trazados. Los AHRE registrados por CIED deben inspeccionarse visualmente porque algunos AHRE pueden ser artefactos eléctricos / falsos positivos</p> <div data-bbox="336 947 1453 1272" style="text-align: center;"> <p>Cable Auricular (&gt;175 lpm)</p> <p>Cable Ventricular</p> </div> |
| <b>FA Subclínica</b>                                | <p>La FA subclínica incluye AHRE confirmada como FA, Flutter o una Taquicardia Auricular, o episodios de FA detectados por un monitor cardíaco insertable o un monitor portátil y confirmados mediante electrogramas intracardíacos revisados visualmente o ritmo registrado en el ECG.</p>   |

## Clasificación de la fibrilación auricular

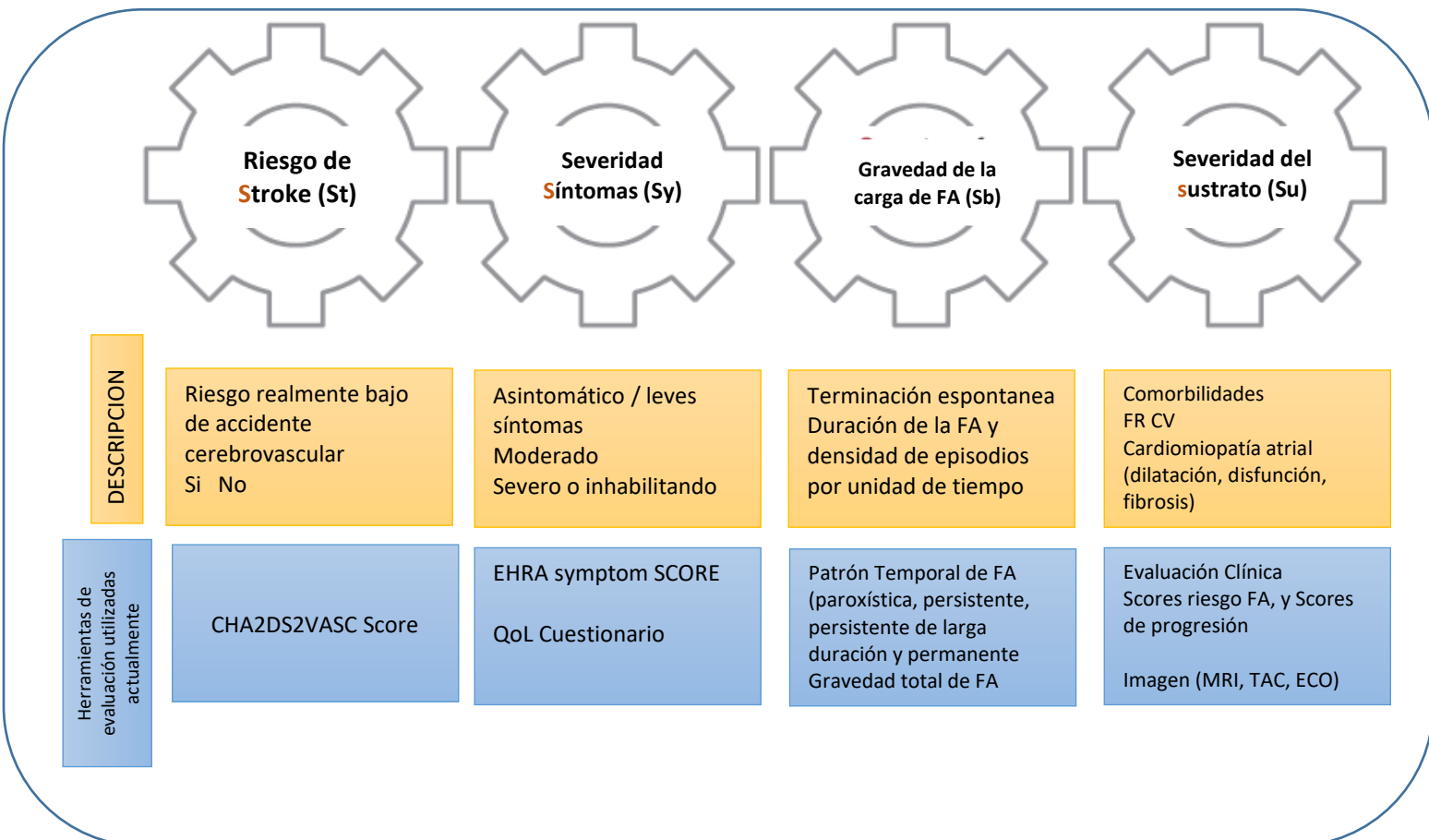
| Patrón de FA                                | Definición   |
|---|--|
| <b>Primer Diagnóstico</b>                   | FA no diagnosticada antes, independientemente de su duración o la presencia / gravedad de los síntomas relacionados con la FA.   |
| <b>Paroxística</b>                          | FA que cesa espontáneamente o con intervención dentro de los 7 días posteriores al inicio.   |
| <b>Persistente</b>                          | FA que se mantiene de forma continua más allá de los 7 días, incluidos los episodios terminados con cardioversión (fármacos o cardioversión eléctrica) después de $\geq 7$ días  |
| <b>Persistente de larga duración</b>        | FA continua de $> 12$ meses de duración cuando se decide adoptar una estrategia de control del ritmo.  |
| <b>Permanente</b>                           | FA que sea aceptada por el paciente y el médico, y no se realizarán más intentos para restaurar / mantener el ritmo sinusal. La FA permanente representa una actitud terapéutica del paciente y del médico más que un atributo fisiopatológico inherente de la FA, y el término no debe utilizarse en el contexto de una estrategia de control del ritmo con tratamiento con fármacos antiarrítmicos o ablación de la FA. Si se adopta una estrategia de control del ritmo, la arritmia se reclasificaría como "FA persistente de larga duración". |
| <b>Terminología que debería abandonarse</b> |  |
| <b>FA solitaria</b>                         | Un descriptor histórico. El conocimiento cada vez mayor sobre la fisiopatología de la FA muestra que en cada paciente está presente una causa. Por tanto, este término es potencialmente confuso y debería abandonarse.  |
| <b>FA valvular / no valvular</b>            | Distingue a los pacientes con estenosis mitral moderada / grave y a los que tienen válvulas cardíacas protésicas mecánicas de otros pacientes con FA, pero puede resultar confuso y no debe utilizarse.  |
| <b>FA crónica</b>                           | Tiene definiciones variables y no debe usarse para describir poblaciones de pacientes con FA.  |

### 4) Caracterización estructurada de la FA

**Esta guía sugiere como herramienta las 4S-AF a fin de caracterizar a los pacientes con FA.** Las herramientas que se utilizan actualmente son pertinentes a dominios específicos (por ejemplo, puntuaciones de riesgo de accidente cerebrovascular, puntuaciones de síntomas, factores clínicos, modalidades de imagen, etc.) el 4S-AF propuesto, realiza una evaluación clínica global del paciente y tiene gran potencial de cara a futuros avances de la tecnología. El esquema 4S-AF además, podría proporcionar información pronóstica. Su utilidad clínica y el valor pronóstico, deben ser sometidos a validación extensa en múltiples cohortes y entornos clínicos.

| Recomendación  | Clase | Nivel |
|--|-------|-------|
| La caracterización estructurada de la FA, que incluye la evaluación clínica del riesgo de accidente cerebrovascular, el estado de los síntomas, la carga de la FA y la evaluación del sustrato, debe considerarse en todos los pacientes con FA, para agilizar la evaluación de los pacientes en diferentes niveles de atención médica e informar la toma de decisiones sobre el tratamiento y facilitar el manejo óptimo de los pacientes con FA. | IIa   | C     |

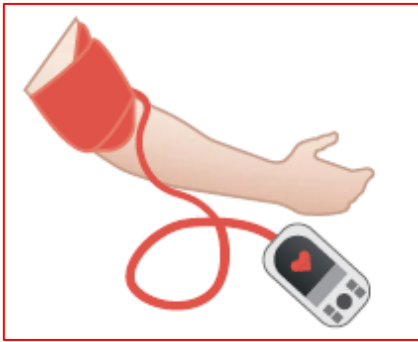
**Esquema 4S-AF como ejemplo de caracterización estructurada de AF.**



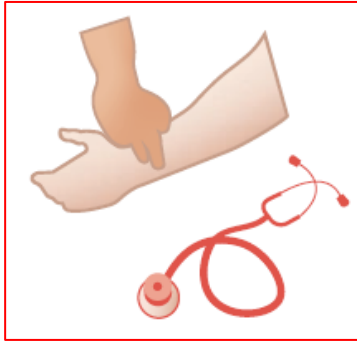
### **5) Screening de FA:**

Es clara la importancia que esta guía le da al uso de nuevas tecnologías, ya disponibles al momento, como herramientas para realizar diagnóstico de FA, screening sistemático en pacientes mayores de 75 años o alto riesgo de presentar un evento cerebrovascular (ECV). Se actualiza la indicación a IIaB, y se recomiendan realizar screening oportunista en pacientes mayores de 65 años e hipertensos.

**Actualmente los sistemas de screening para FA son los siguientes**



Manguito oscilométrico de presión arterial iniciado por el paciente (o profesional médico)



Palpación del Pulso, Auscultación



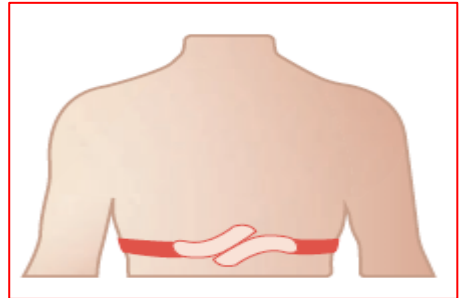
Palpación del Pulso, Auscultación



Fotopletismograma semicontinuo en un reloj inteligente o un dispositivo portátil



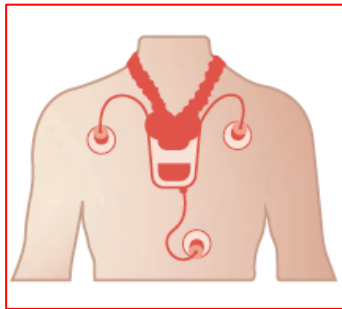
ECG de reloj inteligente intermitente iniciado por fotopletismograma semicontinuo con notificación rápida de ritmos irregulares o síntomas



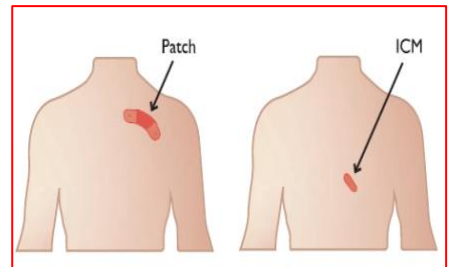
Cinturones portátiles de grabaciones continuas



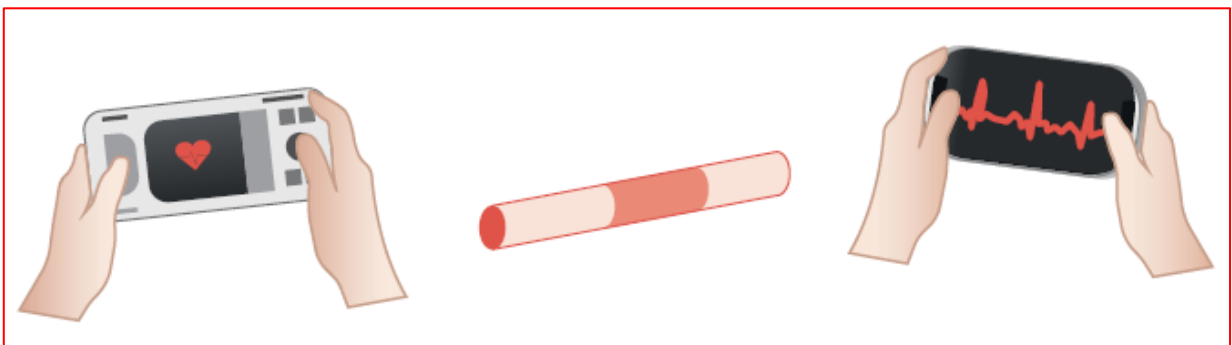
Unidad de Stroke / Telemetría hospitalaria



Holter a largo plazo



Parches de 1 a 2 semanas de grabación de ECG Monitores Cardiacos implantables



Tira de ritmo de ECG intermitente iniciado por el paciente (o médico-profesional) utilizando un teléfono inteligente o un dispositivo

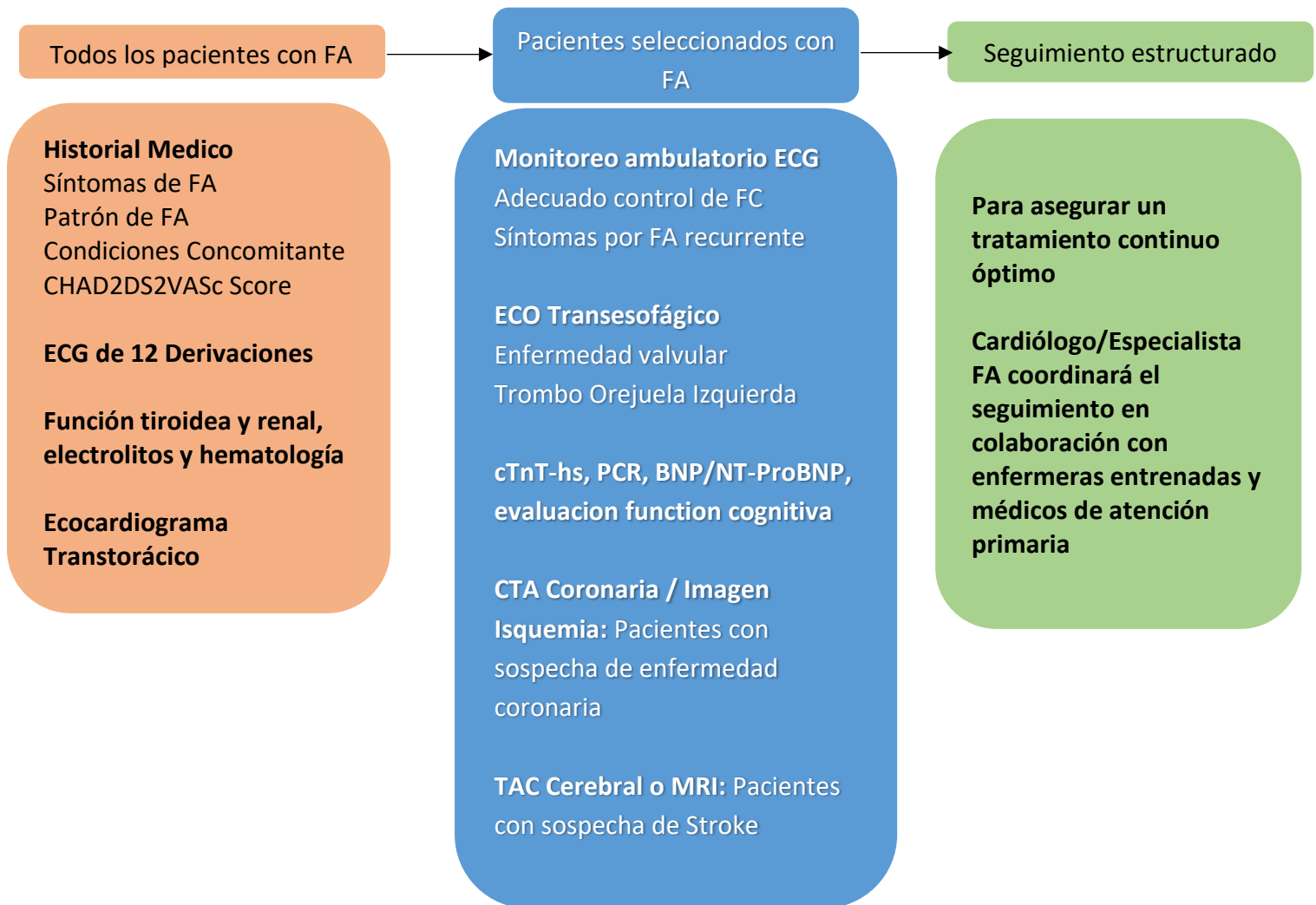
**Recomendaciones:**

| Recomendación  | Clase | Nivel |
|--|-------|-------|
| Se recomienda el screening oportunista de FA mediante la toma de pulsos o la tira de ritmo de ECG en pacientes > o igual a 65 años de edad.  | I     | B     |
| Se recomienda interrogar a marcapasos y desfibriladores automáticos implantables de forma regular para AHRE.   | I     | B     |
| <p>Cuando se realiza un cribado de FA, se recomienda</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se informa a las personas que se someten a exámenes de detección sobre la importancia y las implicaciones del tratamiento de la detección de FA.</li> <li>• Se organiza una plataforma de derivación estructurada para los casos con resultados positivos en las pruebas de detección para una evaluación clínica adicional dirigida por un médico a fin de confirmar el diagnóstico de FA y proporcionar un tratamiento óptimo de los pacientes con FA confirmada.</li> <li>• El diagnóstico definitivo de FA en casos con resultados positivos en la pantalla se establece solo después de que el médico revise el registro de ECG de una sola derivación de <math>\geq 30</math> seg o ECG de 12 derivaciones y confirme que muestra FA.</li> </ul> | I     | B     |
| Se debe considerar el cribado sistemático del ECG para detectar FA en personas $\geq 75$ años o en personas con alto riesgo de accidente cerebrovascular.  | Ila   | B     |



## 6) Estudios a realizar en pacientes con FA:

Historia clínica, ECG, laboratorios con función tiroidea y ecocardiograma transtorácico. Es muy importante la necesidad de un seguimiento estructurado en colaboración con médicos clínicos.



## 7) RIESGO TROMBOTICO:

En la presente guía 2020 no cambian las indicaciones de anticoagulación según el score de CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc, anticoagulación con anticoagulantes orales directos (DOACS) clase I por encima de antagonistas de vitamina K en ausencia de prótesis mecánicas o enfermedad mitral moderada o severa.

Algo muy interesante en estas guías es como la miocardiopatía hipertrófica pasa a formar parte de la "C" en el score de CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc

| CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> VASc SCORE |  | Puntaje  |
|---|--|----------|
| <b>C</b>                                    | <b>Falla Cardíaca Congestiva:</b> Clínica de Falla Cardíaca, evidencia objetiva de disfunción del ventrículo izquierdo (VI) moderada a severa, o miocardiopatía hipertrófica | <b>1</b> |
| <b>H</b>                                    | <b>Hipertensión:</b> o con tratamiento antihipertensivo  | <b>1</b> |
| <b>A</b>                                    | <b>75 años o mas</b>   | <b>2</b> |
| <b>D</b>                                    | <b>Diabetes Mellitus:</b> tratamiento con hipoglicemiantes orales y/o insulina o glicemia en ayunas > 125 mg/dl (7mmol/L)  | <b>1</b> |
| <b>S</b>                                    | <b>Stroke:</b> ecv isquémico previo, Accidente Isquémico Transitorio, o tromboembolismo  | <b>2</b> |
| <b>V</b>                                    | <b>Enfermedad Vascular:</b> Enfermedad coronaria significativa, infarto de miocardio previo, enfermedad arterial periférica, placa aortica                                   | <b>1</b> |
| <b>A</b>                                    | <b>65 a 74 años</b>  | <b>1</b> |
| <b>Sc</b>                                   | <b>Sexo Femenino</b>   | <b>1</b> |
| PUNTAJE MAXIMO                              |  | <b>9</b> |

La FA aumenta cinco veces el riesgo de accidente cerebrovascular, pero este riesgo no es homogéneo, dependiendo de la presencia de múltiples factores de riesgo.

Los factores de riesgo de accidente cerebrovascular comunes se resumen en el CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, basado en factores de riesgo clínico, muchos de éstos, por ejemplo, la edad, son condicionantes continuos. En cambio, otros factores de riesgo son dinámicos y, dada la población anciana con FA con múltiples comorbilidades (a menudo cambiantes), el riesgo de accidente cerebrovascular debe reevaluarse en cada consulta clínica.

La siguiente figura resume cuando y a quién iniciar anticoagulación (ACO) en 3 pasos:

### ANTICOAGULACIÓN: LA GUÍA DE LOS 3 PASOS

PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR ELEGIBLES PARA ANTICOAGULACION

Pacientes con FA con válvula mecánica o estenosis mitral moderada o severa

NO

SI

PASO 1: Identificar pacientes bajo riesgo

AVK con tiempo alto en rango terapéutico

Bajo Riesgo: CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc: 0 hombre / 1 Mujeres

NO

SI

PASO 2: Considerar prevención de Stroke en pacientes con FA con CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc: >1 hombre / >2 Mujeres. Abordar los factores de riesgo hemorrágico modificables en todos los pacientes con FA. **Calcular el score de HAS-BLED**, si es > 3 abordar FR modificables y seguimiento constante

NO tratamiento antitrombótico

CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc

=1 Hombre o = 1 Mujer

>2 Hombre o >3 Mujer

Considerar ACO  
CLASE IIA

ACO  
CLASE IA

PASO 3: Iniciar DOACS (AVK con INR adecuados. DOACS están recomendados como primera opción para anticoagulación

AVK: antagonistas de vitamina K, DOACS: anticoagulantes orales directos, ACO: anticoagulación, FA: fibrilación auricular

### 8) Scores de sangrado.

El score HAS-BLED retorna para identificar y corregir factores modificables y NO para influenciar en la decisión de ACO a un paciente. Es una novedad la necesidad de evaluación dinámica y evolutiva de los FR para ictus y sangrado

| FACTORES DE RIESGO |   | Puntaje                     |
|--------------------|---|-----------------------------|
| <b>H</b>           | <b>Hipertensión No Controlada:</b> PAS >160 mmHg  | <b>1</b>                    |
| <b>A</b>           | <b>Función Renal y Hepática anormal</b> Diálisis, Trasplante, Cr>200umol/L, cirrosis, bilirrubinas>2 límite superior, Transaminasas > 3 límite superior | <b>1 punto por cada una</b> |
| <b>S</b>           | <b>Stroke:</b> stroke previo isquémico o hemorrágico  | <b>1</b>                    |
| <b>B</b>           | <b>Sangrado (historia o predisposición)</b> hemorragia previa mayor, anemia, trombocitopenia.   | <b>1</b>                    |
| <b>L</b>           | <b>Lábil INR:</b> TTR < 20% en pacientes con AVK  | <b>1</b>                    |
| <b>E</b>           | <b>Edad:</b> > 65 años  | <b>1</b>                    |
| <b>D</b>           | <b>Drogas o exceso de alcohol:</b> uso concomitante de antiplaquetarios o AINES, y/o uso semanal excesivo de alcohol.                                   | <b>1 punto por cada una</b> |
| PUNTAJE MAXIMO     |   | <b>9</b>                    |

PAS: Presión arterial sistólica, Cr: creatinina, AVK: antagonistas de vitamina K

### Recomendaciones relevantes

| Recomendaciones para la prevención de eventos tromboembólicos en FA   | Clase      | Nivel    |
|---|------------|----------|
| Para una evaluación formal del riesgo de hemorragia basada en la puntuación de riesgo, se debe considerar la puntuación HAS-BLED para ayudar a abordar los factores de riesgo de hemorragia modificables e identificar a los pacientes con alto riesgo de hemorragia (puntuación HAS-BLED ≥3) revisión clínica frecuente y seguimiento. | <b>Ila</b> | <b>B</b> |
| Se recomienda la reevaluación del riesgo de ecv y hemorragia a intervalos periódicos para informar las decisiones de tratamiento (ej., el inicio de ACO en pacientes que ya no tienen un riesgo bajo de accidente cerebrovascular) y abordar los factores de riesgo de hemorragia potencialmente modificables.                          | <b>I</b>   | <b>B</b> |
| En los pacientes con FA que inicialmente tienen un riesgo bajo de accidente cerebrovascular, la primera reevaluación del riesgo de accidente cerebrovascular debe realizarse entre 4 y 6 meses después de la evaluación índice.   | <b>Ila</b> | <b>B</b> |
| El riesgo de hemorragia estimado, en ausencia de contraindicaciones absolutas para la ACO, no debería en sí mismo guiar las decisiones de tratamiento para utilizar ACO para la prevención del accidente cerebrovascular.   | <b>III</b> | <b>A</b> |
| El patrón clínico de FA (es decir, detectado por primera vez, paroxístico, persistente, persistente de larga duración, permanente) no debe condicionar la indicación de trombo profilaxis.  | <b>III</b> | <b>B</b> |

Un metaanálisis de los cinco ensayos de DOAC [RE-LY, ROCKET-AF, J-ROCKET AF, ARISTOTLE y ENGAGE AF TIMI 48] mostró que, en comparación con la Warfarina, las dosis estándar de DOAC eran más efectivas y seguras. Los datos observacionales posteriores a la comercialización sobre la eficacia y seguridad de dabigatrán, rivaroxabán, apixabán y edoxabán frente a Warfarina muestran una coherencia general con los respectivos metaanálisis. Dada la evidencia convincente sobre los DOACS, los pacientes con FA deben ser informados de esta opción de tratamiento.

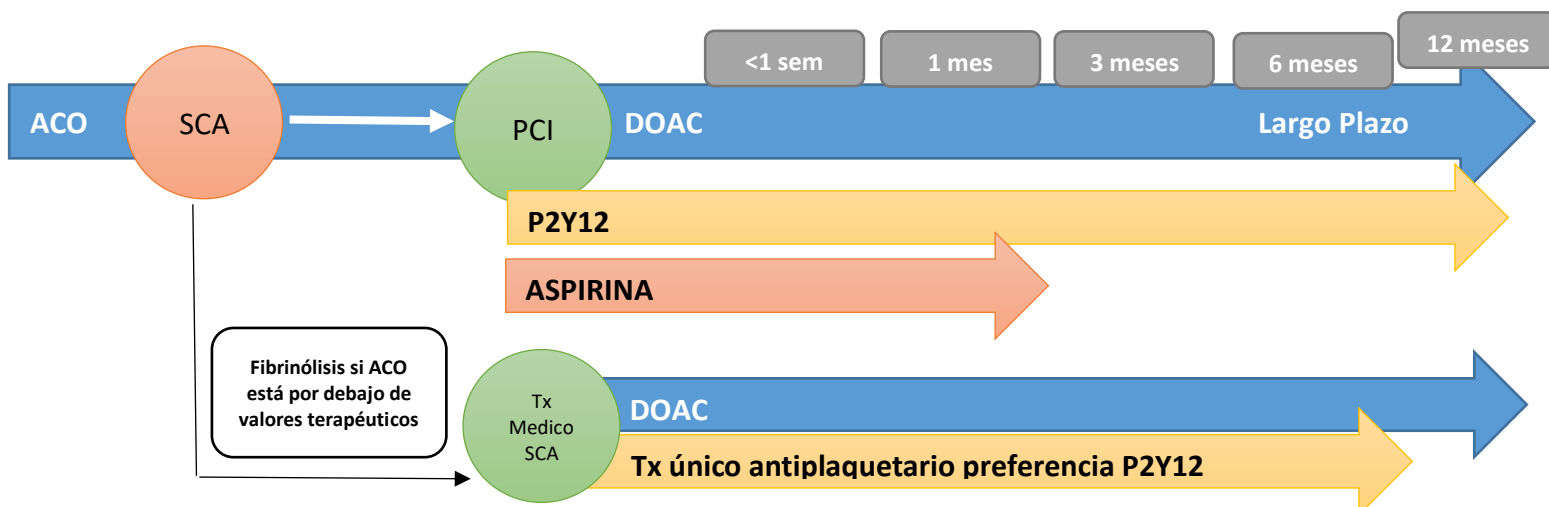
9) El cierre percutáneo de orejuela todavía tiene un papel residual en las guías. - Clase IIb si contraindicación para ACO - Se resumen las pautas posibles de fármacos antitrombóticos en este contexto

| Recomendaciones para la oclusión o exclusión de la orejuela izquierda (LAA)   | Clase | Nivel |
|---|-------|-------|
| La oclusión de LAA puede considerarse para la prevención de accidentes cerebrovasculares en pacientes con FA y contraindicaciones para el tratamiento anticoagulante a largo plazo (por ejemplo, hemorragia intracranial sin causa reversible). | IIb   | B     |
| Se puede considerar la oclusión quirúrgica o la exclusión del LAA para la prevención del accidente cerebrovascular en pacientes con FA sometidos a cirugía cardíaca.  | IIb   | C     |

| Dispositivo/Paciente             | Aspirina                          | DOAC  | Clopidogrel   |
|----------------------------------|-----------------------------------|---|---|
| Watchman/bajo riesgo de sangrado | 75 – 325 mg / día indefinidamente | Inicie warfarina después del procedimiento (objetivo de INR 2 - 3) hasta 45 días o continúe hasta que el Eco transesfágico confirme el sellado adecuado de LAA. DOAC es una posible alternativa | Comenzar con 75 mg / día cuando se detuvo la ACO, continuar hasta 6 meses después del procedimiento |
| Watchman/alto riesgo de sangrado | 75 – 325 mg / día indefinidamente | Ninguno   | 75 mg / día durante 1 a 6 meses mientras se asegura un sellado adecuado de LAA                      |
| Amplatzer/Amulet                 | 75 – 325 mg / día indefinidamente | Ninguno   | 75 mg / día durante 1 a 6 meses mientras se asegura un sellado adecuado de LAA                      |

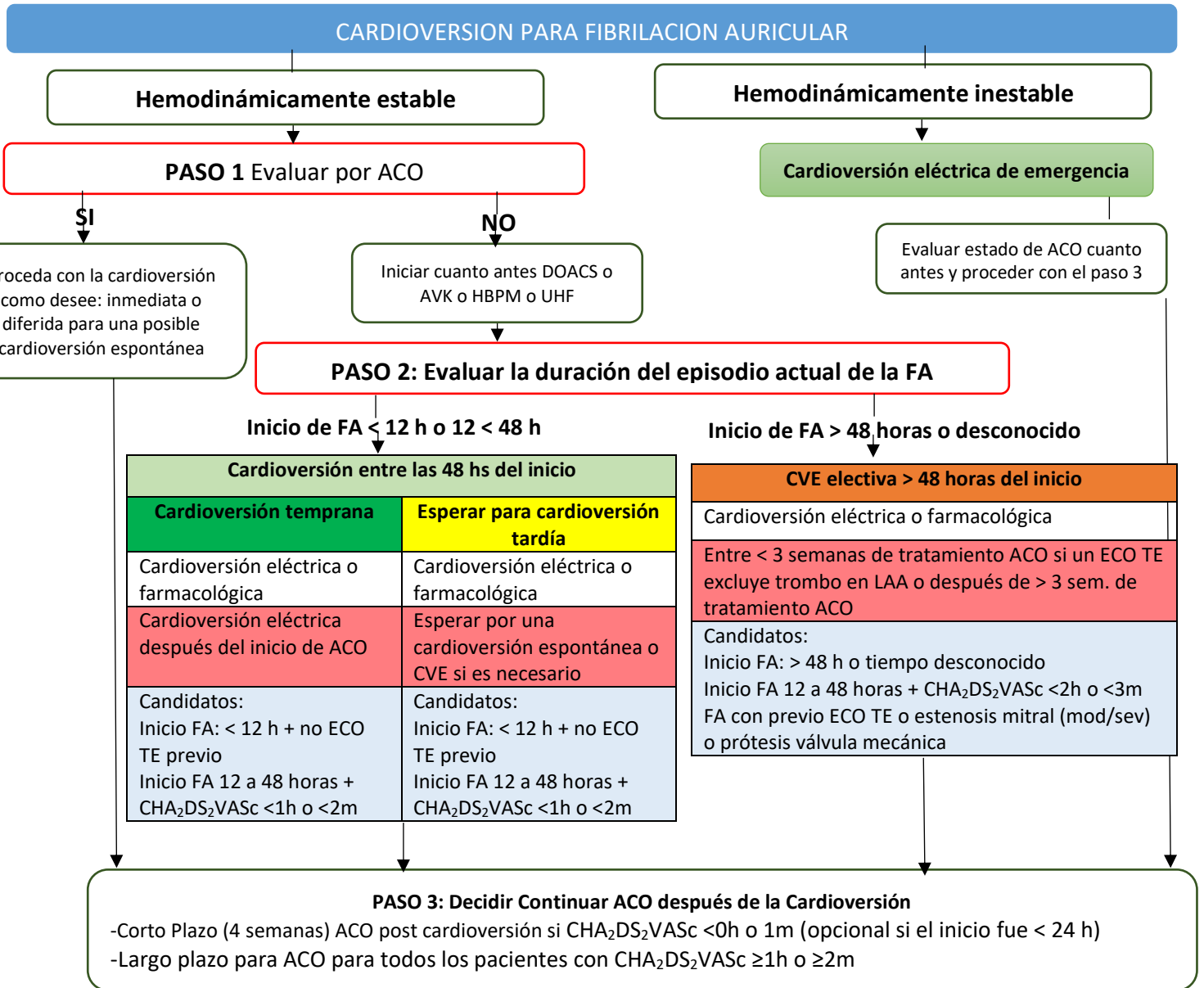
### 10) Simplificación de un complejo escenario: FA + PCI

- DOACS clase I vs AVK si necesidad de antiagregación
- Terapia estándar: 1 semana de triple terapia luego, doble hasta el año, luego sólo ACO
- Si riesgo trombosis stent es muy alto se recomienda triple terapia 1 mes
- Si riesgo de sangrado hay que evaluar el uso de doble terapia reducida



ACO: anticoagulación oral, SCA: síndrome coronario agudo, PCI: Intervencionismo coronario primario, DOACS: anticoagulantes directos

- 11) Necesidad de ACO tras Cardioversión efectiva en efectiva en urgencias. Las guías previas eran ambiguas y ha habido debate. Se recomienda (aunque no es clase I).**
- Si FA > 24 h ACO a todo paciente por 4 semanas, luego en función de CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc (IIaB)
  - Si FA < 24 h y CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc 0 se podría no anticoagular (IIbB)



AVK: antagonistas de vitamina K, DOACS: anticoagulantes orales directos, ACO: anticoagulación, FA: fibrilación auricular, ECOTE: ecocardiograma transesofágico

## 12) Control ritmo o FC.

### La presencia de síntomas es fundamental para buscar estrategia ritmo (clase IA)

Se actualizan indicaciones de ablación de FA:

- Clase IA si hay fallo en el tratamiento farmacológico
- Clase IIA como primera estrategia en paroxística
- Clase IB si sospecha taquicardimiopatía

| <b>Ablación con catéter de FA después del fracaso de la farmacoterapia</b>   | <b>Clase</b> | <b>Nivel</b> |
|--|--------------|--------------|
| La ablación con catéter de FA para venas pulmonares izquierdas se recomienda para el control del ritmo después de tratamiento farmacológico de clase I o III fallida o intolerante, para mejorar los síntomas de las recurrencias de FA en pacientes con | I            |              |
| • FA paroxística, o  |              | A            |
| • FA persistente sin factores de riesgo importantes de recurrencia de FA, o  |              | A            |
| • FA persistente con importantes factores de riesgo de recurrencia de FA.  |              | B            |
| Se recomienda para revertir la disfunción del VI en pacientes con FA cuando la miocardiopatía inducida por taquicardia es muy probable, independientemente del estado de sus síntomas.   | I            | B            |
| Debe considerarse en pacientes seleccionados con FA con insuficiencia cardíaca y FEVI reducida para mejorar la supervivencia y reducir la hospitalización por insuficiencia cardíaca.  | Ila          | B            |

## 13) Indicación de ACO en pacientes post quirúrgicos

- ACO para FA tras cirugía no cardíaca clase IlaB
- ACO para FA tras cirugía cardíaca, recomendación más baja, IIbB

| <b>Recomendaciones para la FA posoperatoria</b>  | <b>Clase</b> | <b>Nivel</b> |
|--|--------------|--------------|
| Se recomienda la terapia perioperatoria con amiodarona o betabloqueantes para la prevención de la FA posoperatoria después de una cirugía cardíaca.  | I            | A            |
| La terapia con ACO a largo plazo para prevenir eventos tromboembólicos debe considerarse en pacientes con riesgo de accidente cerebrovascular con FA posoperatoria después de una cirugía no cardíaca, considerando el beneficio clínico neto anticipado de la terapia con ACO y las preferencias informadas del paciente. | Ila          | B            |
| Se puede considerar la terapia con ACO a largo plazo para prevenir eventos tromboembólicos en pacientes con riesgo de accidente cerebrovascular con FA posoperatoria después de una cirugía cardíaca, considerando el beneficio clínico neto anticipado de la terapia con ACO y las preferencias informadas del paciente.  | IIb          | B            |
| Los betabloqueantes no deben usarse de forma rutinaria para la prevención de la FA posoperatoria en pacientes sometidos a cirugía no cardíaca.   | III          | B            |

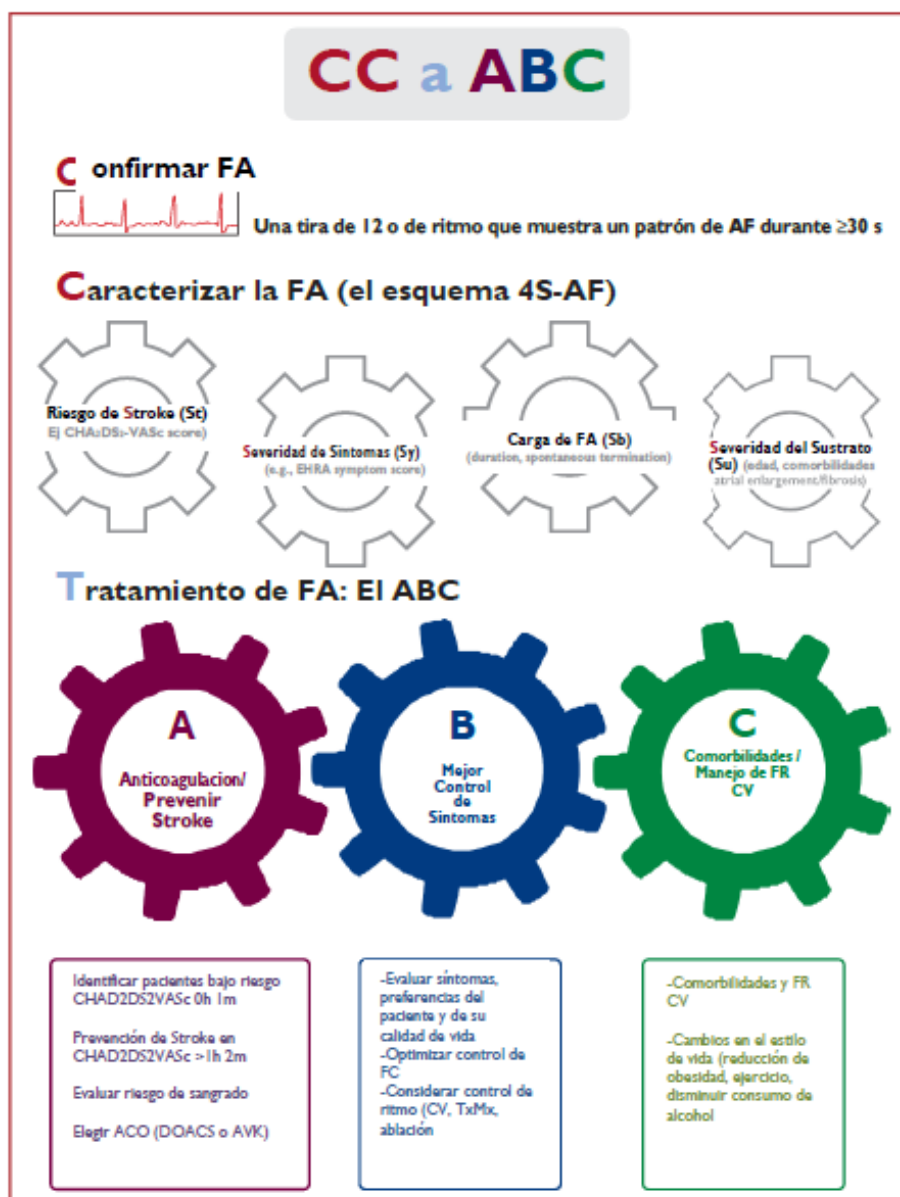
### Comentario y reflexión final:

**Esta guía nos aporta** muchos aspectos para analizar, como los fármacos para control de ritmo o frecuencia, situaciones especiales, AHRE, etc.

La inclusión del paciente en la toma de decisiones, es fundamental. Ya había sido muy remarcado en las Guías de 2018 sobre el manejo del colesterol de la ACC/AHA.

Es de esperar que la opinión y participación del paciente será cada vez más importante en las guías por venir.

Al incluir al paciente en el manejo se integra a un equipo de trabajo que va desde el mismo, hasta la enfermera, médico de atención primaria y especialista, con el objetivo común de beneficiar al paciente. Recordemos que la FA es una entidad holística multifactorial y no sólo debemos enfocarnos en el tratamiento del ritmo, sino que también, por ejemplo, debemos abordar los aspectos personales, sociales, así como las comorbilidades como diabetes o hipertensión. Recordemos que todos los pacientes son diferentes y únicos, y por lo tanto, debemos individualizar el tratamiento en cada uno de ellos, siempre apegándonos a las guías lo más que podamos. El acrónimo ABC propuesto por Lip como esquema general de actuación es de suma importancia A) Evite el accidente cerebrovascular B) Mejor control de los síntomas C) Factor de riesgo CV y comorbilidades. Es algo para recordar siempre





## Autor/es:



### **Dr. Héctor Isaac Alejandro Ortiz López**

MsC. Cardiología - MsC. Medicina Interna

Líder Emergente Sociedad Interamericana de Cardiología (SIAC)

Miembro del consejo de Miocardiopatías de la Sociedad Interamericana de Cardiología (SIAC)

Editor Internacional de la Revista Costarricense de Cardiología

Miembro de la Sociedad de Imágenes Cardiovasculares de la Sociedad Interamericana de

Cardiología (SISIAC)

Catedrático Centro de Simulación Avanzada Universidad Francisco Marroquín (UFM)



### **Dra. Macarena Cousirat Liendro**

Médica Cardióloga, especialista en Insuficiencia Cardíaca Avanzada

Líder Emergente Sociedad Interamericana de Cardiología (SIAC)

Miembro del consejo de cardiopatías en la mujer de la Sociedad Interamericana de Cardiología

(SIAC)

LINK: <https://academic.oup.com/eurheartj/advance-article/doi/10.1093/eurheartj/ehaa612/5899003>

## Referencias:

1. Andersson T, Magnuson A, Bryngelsson I-L, Frøbert O, Henriksson KM, Edvardsson N, et al. All-cause mortality in 272 186 patients hospitalized with incident atrial fibrillation 1995–2008: a Swedish nationwide long-term case–control study. *Eur Heart J* 2013;34 (14):1061–7.
2. Ball J, Carrington MJ, McMurray JJV, Stewart S. Atrial fibrillation: profile and burden of an evolving epidemic in the 21st century. *Int J Cardiol* 2013;167(5):1807–24.
3. Schnabel RB, Yin X, Gona P, Larson MG, Beiser AS, McManus DD, et al. Fifty-year trends in atrial fibrillation: prevalence, incidence, risk factors, and mortality in the community. *Lancet* 2015;386(9989):154–62.
4. Lowres N, Neubeck L, Redfern J, Freedman SB. Screening to identify unknown atrial fibrillation. A systematic review. *Thromb Haemost* 2013;110(2):213–22.
5. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation (European Heart Journal 2020- [doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa612](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa612))