

Proceso Asistencial

Atención sanitaria

Fibrilación y *flutter* auricular

Proceso Asistencial

SSPA

PROCESO ASISTENCIAL

CIUDADANÍA

Procesos Asistenciales

Profesionales

Ciudadanía

Fibrilación *y flutter* auricular

Proceso Asistencial

FIBRILACIÓN y flutter auricular [Recurso electrónico] : proceso asistencial / [Autores/as: Pérez Cabeza, Alejandro Isidoro (coordinador científico)... et al.]. -- 1ª ed. -- [Sevilla] : Consejería de Salud y Consumo, 2025.

Texto electrónico (pdf), 66 p.

1. Fibrilación auricular. 2. Aleteo atrial. 3. . Calidad de la atención de salud. 5. Guía de práctica clínica. 6. Andalucía.

I. Pérez Cabeza, Alejandro Isidoro. II. Andalucía. Consejería de Salud y Consumo.

WG 330.5.A5

1ª edición 2025



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

PROCESO ASISTENCIAL FIBRILACIÓN Y FLUTTER AURICULAR

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Consumo, 2025.

Maquetación: Kastaluna.

Consejería de Salud: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo.html>

Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: <https://repositoriosalud.es/>

Autores/as: **Pérez Cabeza, Alejandro Isidoro (Coordinador científico)**

FEA Cardiología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Fernández Gutiérrez, Beatriz (Coordinadora metodológica)

Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Dispositivo Apoyo Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga- Axarquía. Málaga.

Castillo Moraga, María José

Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio La Algaida. Centro de Salud Sanlúcar-Barrio Bajo. Zona básica Sanlúcar de Barrameda. Jerez-Costa Noroeste de Cádiz.

Del Río Lechuga, Ana

FEA Cardiología. Electrofisiología. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Cádiz.

Gil Pérez, Rocío

Enfermera. Centro de Salud Estación de Cártama. Distrito Guadalhorce. Málaga.

Montecatine Alonso, Elena

FEA Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Morano Venegas, Francisco José

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. DCCU Móvil Condado Campiña. Huelva.

Moya Roldán, Susana

FEA Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Pérez Sánchez, Soledad

FEA Neurología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Rodríguez Martorell, Francisco Javier

FEA Hematología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Romero Ruiz, Adolfo

Enfermero. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Autores/as:**Suero Méndez, Coral**

Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias Hospitalario. Hospital Axarquía. Málaga

Forcada Falcón, Mercedes

Médica. Especialista en Medicina de Familia y Medicina Preventiva y Salud Pública. Jefa de Servicio de Calidad y Procesos. Secretaría General de Planificación Asistencial y Consumo. Consejería de Salud y Consumo. Sevilla.

Colaboraciones: Hidalgo Urbano, Rafael

FEA Cardiología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Montaner Villalonga, Joan

FEA Neurología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Torres Llergo, Javier

FEA Cardiología. Hospital Universitario de Jaén. Jaén.

Conflicto de intereses:

Los autores han realizado la declaración de intereses y no existe conflicto que puedan competir con el interés primario y los objetivos de este documento ni influir en su juicio profesional al respecto.

Revisión interna: Consejería de Salud y Consumo.**Servicio Andaluz de Salud.****Revisión externa:** De las sociedades científicas y asociaciones de pacientes consultadas, se han recibido aportaciones de:

- Asociación Andaluza de Hematología y Hemoterapia (AAHH)
- Asociación de Pacientes Anticoagulados y Coronarios de Málaga (APAM)
- Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI)
- Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)
- Sociedad Andaluza de Cardiología (SAC)
- Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES Andalucía)

Presentación

Desde hace más de una década, el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) puso en marcha un plan para la gestión del conjunto de actuaciones que nos permiten desarrollar una asistencia sanitaria de calidad.

El Proceso Asistencial se ha reafirmado como una herramienta de mejora continua, ordenando los diferentes flujos de trabajo, integrando el conocimiento actualizado y mejorando los resultados en salud, todo ello gracias a la implicación de los profesionales y a su capacidad para introducir la idea de mejora continua en la calidad de sus procesos.

En estos años, se ha tratado de depurar la descripción del Proceso Asistencial incorporando en las actividades las características de calidad relacionadas con las estrategias y derechos consolidados en el SSPA, la efectividad clínica, la seguridad del paciente, la información que han de recibir las personas y sus familiares, la toma de decisiones compartida, la mejora en la aplicación del consentimiento informado, la humanización de la atención sanitaria, el uso adecuado de medicamentos y aspectos como la metodología enfermera basada en NOC (*Nursing Outcomes Classification*), intentando disminuir la variabilidad no explicada de las actuaciones en salud y mejorando la coordinación de las mismas.

En los últimos años se ha estado trabajando para que los Procesos Asistenciales que se publiquen, junto a los Documentos de Apoyo que se han elaborado para completarlos, respondan a las necesidades de los profesionales, de los pacientes y de las personas que afrontan la gestión, haciéndolos más prácticos y útiles e incluyendo aspectos que aporten valor, como el uso adecuado de las tecnologías y la participación de las personas afectadas a través de la colaboración con las asociaciones, favoreciendo la incorporación de la humanización y la ética en todas las etapas de los procesos.

Cada una de las publicaciones que se presentan, nuevas o revisadas, surgen de la priorización, en base al análisis de cómo se abordan las distintas patologías, la revisión del conocimiento disponible a partir de una búsqueda estructurada y creando una propuesta razonable y coherente con dicha evidencia y los recursos disponibles en el Servicio Andaluz de Salud, que recoja las recomendaciones clave para mejorar la atención sanitaria y los resultados en salud.

Mi agradecimiento a todos los profesionales que integran el SSPA por su contribución a una atención sanitaria humanizada y de calidad.

Ismael Muñoz Martínez
Secretario General de Planificación Asistencial y Consumo

Recomendaciones clave / 9

Introducción / 11

Definición / 17

Descripción general / 19

Componentes: profesionales, actividades, características de calidad / 21

Indicadores / 55

Anexos / 59

Acrónimos / 63

Bibliografía / 65

Recomendaciones clave

Estas recomendaciones clave responden a las características de calidad que, según el grupo elaborador, aportan más valor al resultado final. Su grado de recomendación responde al asignado por el grupo siguiendo la metodología establecida en el subapartado “Aspectos metodológicos” de la Introducción.

Recomendaciones clave	Grado
Se realizará un electrocardiograma de 12 derivaciones si se detecta pulso irregular en personas, con o sin síntomas, en las que se sospecha FA, para hacer el diagnóstico.	<i>Recomendación NICE¹ Recomendación fuerte. Calidad de evidencia baja²</i>
Se recomienda que la cardioversión eléctrica o la cardioversión farmacológica se utilicen para la restauración del ritmo sinusal en pacientes hemodinámicamente estables con FA de inicio reciente.	<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada³</i>
Para pacientes con fibrilación auricular o <i>flutter</i> auricular de más de 48 horas de duración o duración desconocida que requieren cardioversión inmediata por inestabilidad hemodinámica, la anticoagulación debe iniciarse lo antes posible y continuar durante al menos 4 semanas después de la cardioversión, a menos que esté contraindicado.	<i>Recomendación IC⁴</i>
En los pacientes con FA (excepto en los casos de estenosis mitral moderada-severa o con válvula mecánica), se recomienda la estratificación del riesgo de ictus en los próximos 12 meses mediante la escala CHA2DS2-VASc.	<i>Recomendación IB⁴</i>
Se recomienda el uso de la puntuación HAS-BLED para evaluar el riesgo de padecer una hemorragia importante en un año y abordar los factores de riesgo de sangrado modificables en todos los pacientes con FA.	<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada⁵</i>
Para los pacientes con FA y una escala de riesgo CHA2DS2-VASc de 2 o mayor en hombres y de 3 o mayor en mujeres, los anticoagulantes orales están recomendados.	<i>Recomendación IA⁴</i>
Para pacientes con FA no valvular, cuando se usan AVK, sugerimos que el objetivo sea INR 2.0-3.0, para mantener un tiempo de rango terapéutico (TRT) adecuado (idealmente $\geq 70\%$ según método de Rosendaal).	<i>AG⁵</i>
Se recomienda en la evaluación inicial de un paciente con FA de reciente diagnóstico incluir: historia clínica completa y exploración física, ECG de 12 derivaciones, ecocardiograma transtorácico y una analítica básica.	<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia baja³</i>
Se recomienda la ablación con catéter de la FA en pacientes que continúan sintomáticos después de un adecuado tratamiento antiaritmico y en quienes se desea una estrategia de control del ritmo.	<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia alta³</i>

Recomendaciones de no hacer	Grado
Los calcioantagonistas (verapamilo y diltiazem) deben evitarse en pacientes con disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (fracción de eyección <40%).	<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia baja²</i>
No ofrezca fármacos antiarrítmicos de clase IC, como flecainida o propafenona, a personas con cardiopatía isquémica o estructural conocida.	<i>Recomendación NICE¹</i>
Se recomienda no emplear dronedarona para el control de la frecuencia en pacientes con insuficiencia cardíaca.	<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia alta³</i>
No se recomienda la terapia antiagregante para la prevención del ictus en pacientes con FA no valvular, independientemente del riesgo de ictus.	<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada²</i>
No ofrezca monoterapia únicamente con aspirina para la prevención del ictus a personas con FA.	<i>Recomendación NICE¹ Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada⁵</i>

La fibrilación auricular es la arritmia más frecuente en la práctica clínica y se asocia a una elevada morbilidad⁶. Según el estudio OFRECE la prevalencia de FA en la población española de 40 o más años es del 4,4 %, con un incremento progresivo con la edad hasta alcanzar el 17,7 % en mayores de 80 años⁷. La prevalencia está aumentando debido al envejecimiento de la población, al aumento de los factores de riesgo cardiovascular, a la mejora de la supervivencia a enfermedades cardiovasculares y a la disponibilidad de mejores herramientas diagnósticas para su detección⁶. Se relaciona con un exceso de riesgo de ictus isquémico, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca y muerte. Entre el 20- 30 % de los pacientes que sufren un ictus isquémico tienen fibrilación auricular, diagnosticada o no. Produce además un menoscabo en la calidad de vida y es responsable de un importante coste sanitario. De hecho, se calcula que entre un 10- 40 % de las personas con fibrilación auricular son hospitalizadas cada año debido a la propia arritmia o por alguna de sus complicaciones⁸.

El manejo es complejo e involucra a profesionales sanitarios de distintos niveles asistenciales, pudiendo ser necesarias estrategias diagnósticas y terapéuticas de alta complejidad. Distinguimos cuatro aspectos importantes: la adecuada prevención del tromboembolismo, el control de los síntomas (control de frecuencia versus control del ritmo), el control adecuado de los factores de riesgo cardiovascular y otras comorbilidades y la reevaluación dinámica del proceso. Los cuatro se engloban dentro de la estrategia de manejo AF-CARE⁹.

Por todo ello, es necesario un manejo integral centrado en la persona y liderado por la Atención Primaria, que permita a su vez un adecuado acceso a la Atención Hospitalaria así como a las técnicas diagnósticas y terapéuticas más complejas. Para ello debe favorecerse la adecuada comunicación entre los distintos niveles asistenciales.

Ante la evolución constante de los métodos diagnósticos y el tratamiento; la diferente actitud terapéutica según el nivel asistencial, centro sanitario o profesional; y la inevitable multidisciplinariedad y transversalidad en el manejo de la enfermedad, consideramos necesario establecer unos criterios homogéneos de actuación que, basándose en la evidencia científica, permitan al Sistema Sanitario Público de Andalucía atender con los máximos estándares de calidad a las personas en que se constata esta afección.

Los Procesos Asistenciales son las herramientas que desde la Consejería de Salud y Consumo se ponen a disposición de las personas y profesionales para conseguir disminuir la variabilidad y facilitar la coordinación mediante una serie de recomendaciones que aportan calidad a la asistencia sanitaria. Fibrilación y *flutter* auricular ya fueron incluidos en el Proceso Asistencial Integrado Arritmias en 2003 como un subproceso. Actualmente,

ebido a la evolución de los conocimientos y evidencias surgidas en los últimos años, se ha considerado necesaria la elaboración de un Proceso Asistencial específico.

Agradecemos la participación e implicación de todas las personas profesionales que, de uno u otro modo, han contribuido en la elaboración de este documento.

Aspectos metodológicos

La metodología empleada para la elaboración de este Proceso Asistencial responde a una adaptación de las recomendaciones de las guías de práctica clínica (GPC) basadas en evidencias disponibles en la literatura científica sobre la fibrilación y el *flutter* auricular.

Identificación de guías de práctica clínica

Este documento pretende dar respuesta a la pregunta: ¿Cuáles son las últimas recomendaciones sobre el manejo clínico en pacientes con fibrilación auricular y/o *flutter* auricular?

Para ello, se realizó una búsqueda sistemática no exhaustiva de la literatura utilizando estrategias de búsqueda estructuradas según el formato PICO (Población, Intervención, Comparación y Resultados-*Outcomes*) para identificar estudios recientes y relevantes relacionados con la asistencia y manejo de las personas con fibrilación auricular y/o *flutter* auricular (tabla 1).

Tabla 1: Pregunta de investigación según formato PICO

Población	Personas adultas con diagnóstico de fibrilación y/o <i>flutter</i> auricular
Intervención	Cualquier intervención, tratamiento o prueba diagnóstica
Comparador	No aplicable
Resultados	Cualquier resultado en salud o económico
Diseño	Guías de práctica clínica

La búsqueda inicial se realizó durante septiembre de 2023 y se establecieron como criterios de selección el idioma (español e inglés), el tipo de estudio (GPC) y la fecha de publicación (2018 a 2023). Siguiendo la propuesta de metodología de búsqueda del [Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias \(AETSA\)](#) y teniendo en cuenta los criterios de inclusión, se buscaron GPC que respondieran a la pregunta de investigación. Se excluyeron de la búsqueda los artículos originales, editoriales, resúmenes de congresos y protocolos de investigación y aquellos documentos que no cumplieran los criterios de selección.

En primer lugar, se realizó una consulta en lenguaje natural (fibrilación auricular y/o *flutter* auricular, en español, y *atrial fibrillation and/or atrial flutter*, en inglés) en Tripdatabase

en Tripdatabase (<https://www.tripdatabase.com/>) para orientarnos sobre los países e instituciones que están produciendo guías sobre la fibrilación y el *flutter* auricular. No se establecieron intervenciones, comparadores ni resultados para poder localizar todos los documentos posibles. Posteriormente, se han consultado las siguientes bases de datos desarrollando estrategias de búsqueda específicas para cada una de ellas. Las organizaciones consultadas fueron: GuíaSalud (España), *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN), *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* (CADTH), *Canadian Medical Association* (CMA) *Infobase*, *Australia's Clinical Practice Guidelines Portal*, *Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI), *British Columbia Guidelines*, *Guidelines International Network* (G-I-N). Asimismo, se realizaron búsquedas de documentos de Sociedades Científicas relacionadas con el área a consultar, consideradas de referencia para los profesionales del SSPA: Sociedad Española de Cardiología (SEC), *European Society of Cardiology*, *American Heart Association* (AHA), *American College of Cardiology* (ACC), *Heart Rhythm Society* (HRS), *Canadian Cardiovascular Society*, Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Finalmente, se completó la búsqueda en otros sitios web como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Pubmed y la biblioteca Cochrane.

Durante el proceso de elaboración del documento se monitorizó la publicación de nuevas actualizaciones o publicaciones recientes.

Resultados de la búsqueda

Como resultado de la búsqueda se localizaron, en total, 881 referencias relacionadas con la asistencia y manejo de las personas con fibrilación y/o *flutter* auricular. Se excluyeron los documentos duplicados (134 referencias), aquellos que se referían a aspectos específicos (22 referencias), los publicados fuera del periodo considerado como criterio de inclusión (353 referencias) y aquellos documentos que, por título y abstract, se consideró que no abordaban cuestiones relacionadas con la pregunta de investigación (363).

En conclusión, se obtuvieron nueve documentos para su análisis, todos de ámbito internacional elaboradas por *Canadian Medical Association* (CMA), una GPC; la *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), una GPC; *Guidelines International Network* (G-I-N), una GPC; Sociedades Científicas, cuatro GPC; y dos GPC más localizadas a través de Tripdatabase.

Evaluación de la calidad de las GPC identificadas

Todas las guías seleccionadas fueron evaluadas con el instrumento AGREE II obteniéndose una valoración para cada una de ellas. La descripción detallada de la evaluación facilita la adaptación de las guías, ya que permite identificar las fortalezas y debilidades metodológicas de las guías seleccionadas y los detalles relacionados con el contexto de aplicación.

Una de las GPC localizada en Tripdatabase ([2018 Korean Guideline of Atrial Fibrillation Management - PMC](#)) y otra de las elaboradas por las sociedades científicas ([2021 APHRS Practice Guidance on Atrial Fibrillation Screening](#)) presentaron baja calidad metodológica y se excluyeron como documentos para la actualización del Proceso Asistencial, siendo su puntuación especialmente baja en los aspectos relacionados con el rigor de elaboración, el alcance y objetivos, la implicación de los implicados y la aplicabilidad. Igualmente se excluyeron para la actualización otras dos guías de las Sociedades Científicas ([2021 ESC Guidelines on Cardiac Pacing and Cardiac Resynchronization Therapy](#) y [2020 ESC Guidelines for the Diagnosis and Management of Atrial Fibrillation](#)) por no cumplir con los criterios mínimos en el apartado rigor de elaboración.

En conclusión, las guías seleccionadas para la actualización y valoradas como recomendables fueron cinco: una de NICE ([Atrial fibrillation: diagnosis and management¹](#)), una de CMA ([The 2020 Canadian Cardiovascular Society/Canadian Heart Rhythm Society comprehensive guidelines for the management of atrial fibrillation³](#)), una de la American Heart Association/ American College of Cardiology / Heart Rhythm Society ([2019 AHA/ACC/HRS Focused Update of the 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation⁴](#)), una de GIN ([National Heart Foundation of Australia and the Cardiac Society of Australia and New Zealand: Australian Clinical Guidelines for the Diagnosis and Management of Atrial Fibrillation 2018²](#)) y otra localizada en Tripdatabase ([Antithrombotic Therapy for Atrial Fibrillation: CHEST Guideline and Expert Panel Report⁵](#)). En la [tabla 2](#) se pueden consultar las GPC seleccionadas y su valoración mediante la herramienta AGREE II.

Tabla 2. Guías seleccionadas en la búsqueda

GPC	Alcance y objetivo	Participación de los implicados	Rigor en la elaboración	Claridad y presentación	Aplicabilidad	Independencia editorial
NICE ¹ 2021	94 %	86 %	90 %	86 %	94 %	88 %
CMA ³ 2020	75 %	78 %	69 %	78 %	63 %	54 %
AHA ⁴ 2019	83 %	42 %	80 %	92 %	19 %	75 %
G-I-N ² 2018	86 %	78 %	66 %	89 %	79 %	83 %
CHEST ⁵ 2018	94 %	72 %	79 %	94 %	25 %	88 %

Posteriormente, se incorporaron 2 documentos de apoyo por parte del grupo que se consideraron imprescindibles para el manejo de algunos aspectos específicos del tema:

- [Cardiac arrest in special circumstances \(European Resuscitation Council Guidelines. 2021\)¹⁰](#)
- [Practical Guide on the Use of Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants in Patients with Atrial Fibrillation \(European Heart Rhythm Association. 2021\)¹¹](#).

Durante la elaboración de este Proceso Asistencial se actualizó una de las GPC que se seleccionaron ([ACC/AHA/ACCP/HRS Guideline for the Diagnosis and Management of Atrial Fibrillation](#). 2023¹²) por lo que para la elaboración del documento se tuvieron en cuenta las recomendaciones de su versión anterior y las novedades incluidas en la actualización de 2023. En 2024 se actualizó también la guía europea, [2020 ESC Guidelines for the Diagnosis and Management of Atrial Fibrillation](#), y tras su revisión se actualizaron las referencias que se han incluido en este proceso.

Sistema de gradación de recomendaciones de las GPC seleccionadas.

Para la adopción de las recomendaciones, se ha mantenido el sistema de gradación específico que cada GPC seleccionada emplea ([tabla 3](#)). Todas las guías utilizan la [metodología GRADE](#) para evaluar la calidad de la evidencia y hacer las recomendaciones, salvo la de la sociedad científica de 2019 AHA¹⁰ que utiliza el grado de recomendación junto a la calidad de la evidencia que la sustenta. Las siglas [AG](#) (acuerdo de grupo) corresponden a las recomendaciones propuestas por el grupo elaborador del proceso asistencial en ausencia de recomendaciones graduadas en las guías o ausencia de evidencia.

Tabla 3: Grados de recomendación de las GPC seleccionadas.

GPC	Sistema de recomendaciones	Grados de recomendación			
CMA³ 2020 G-I-N² 2018	GRADE La fuerza de la recomendación es el nivel de confianza que se tiene en que, si se sigue la recomendación, se hará más beneficio que daño	FUERTE A FAVOR (se recomienda): La mayoría de los pacientes se beneficiarán; > 90% lo elegirían si fueran informados. Poca variabilidad esperada en la práctica clínica. DÉBIL A FAVOR (se sugiere): Es necesaria ayuda para tomar la decisión. Probable variabilidad en la práctica clínica. (Una recomendación fuerte o débil en contra de una intervención se interpreta en sentido inverso)			
NICE¹ 2021		La forma de expresión de la recomendación es la que denota la fuerza de la misma. Utilizamos la expresión <i>Recomendación NICE</i> para referirnos a las propuestas de este grupo de trabajo.			
CHEST⁵ 2018		Emplea el sistema GRADE y añade el nivel de evidencia <i>Consenso</i> , definido como el acuerdo entre líderes clínicos, grupos de trabajo y expertos.			
AHA⁴ 2019 AHA¹² 2023*	ACC/AHA Sistema de elaboración de recomendaciones de la institución que elabora de la GPC	Grado recomendación		Calidad de la evidencia	
		I	Fuerte: El beneficio es mucho mayor que el riesgo	A	Alta calidad de la evidencia (Evidencia obtenida de más de un ensayo clínico randomizado o meta-análisis)
		Ila	Moderado: El beneficio es mayor que el riesgo	B-R	Moderada calidad (Evidencia obtenida de un ensayo clínico o meta-análisis de calidad moderada)
		Ilb	Débil: El beneficio es igual o mayor que el riesgo	B-NR	Evidencia de un estudio bien diseñado, no randomizado
		III	No beneficioso: El beneficio es igual al riesgo	C-LD	Evidencia obtenida de estudios observacionales o con limitaciones en el diseño.
		III	Daño: El riesgo es mayor que el beneficio	C-EO	Opinión de expertos, según experiencia clínica

**Emplea el mismo sistema de gradación de recomendaciones pero utiliza números arábigos en lugar de números romanos.

Nota de las personas autoras de este documento^{13, 14}: El fármaco antivitamina-K descrito en las guías incluidas es la Warfarina. Este fármaco es más usado en los países anglosajones. En nuestro medio, es un fármaco usado, aunque con más frecuencia observamos el uso de acenocumarol. Por tanto, se usará a lo largo del texto el término AVK (Antivitamina-K) para referirnos a las recomendaciones descritas para el uso de Warfarina, que se deben adaptar a acenocumarol teniendo en cuenta las diferencias de vida media (la warfarina tiene una vida media más larga -29 a 45 horas- que el acenocumarol -0,5 a 9 horas-), especialmente en el tiempo medio de respuesta, la estabilidad del efecto o en planificación de las “terapias puente” con HBPM.

Todas las recomendaciones que se hacen en este documento pueden ser aplicadas tanto para fibrilación auricular como para *flutter* auricular.

Definición funcional:

Conjunto de actuaciones diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento dirigidas a dar respuesta integral al manejo de personas adultas con diagnóstico de fibrilación auricular y/o *flutter* auricular.

Límite de entrada:

- Persona adulta con pulso irregular, con o sin síntomas, en la que se confirma una fibrilación auricular mediante documentación electrocardiográfica de 12 derivaciones o un trazado de tira de ritmo mayor a 30 segundos que muestre un ritmo cardíaco con ondas P repetidas no discernibles e intervalos RR irregulares (siempre que no haya trastorno de la conducción auriculoventricular).
- Persona adulta con *flutter* auricular confirmado en el electrocardiograma como una taquicardia auricular a partir de 240 lpm en forma de ondulación continua, uniforme y regular.

Límite final:

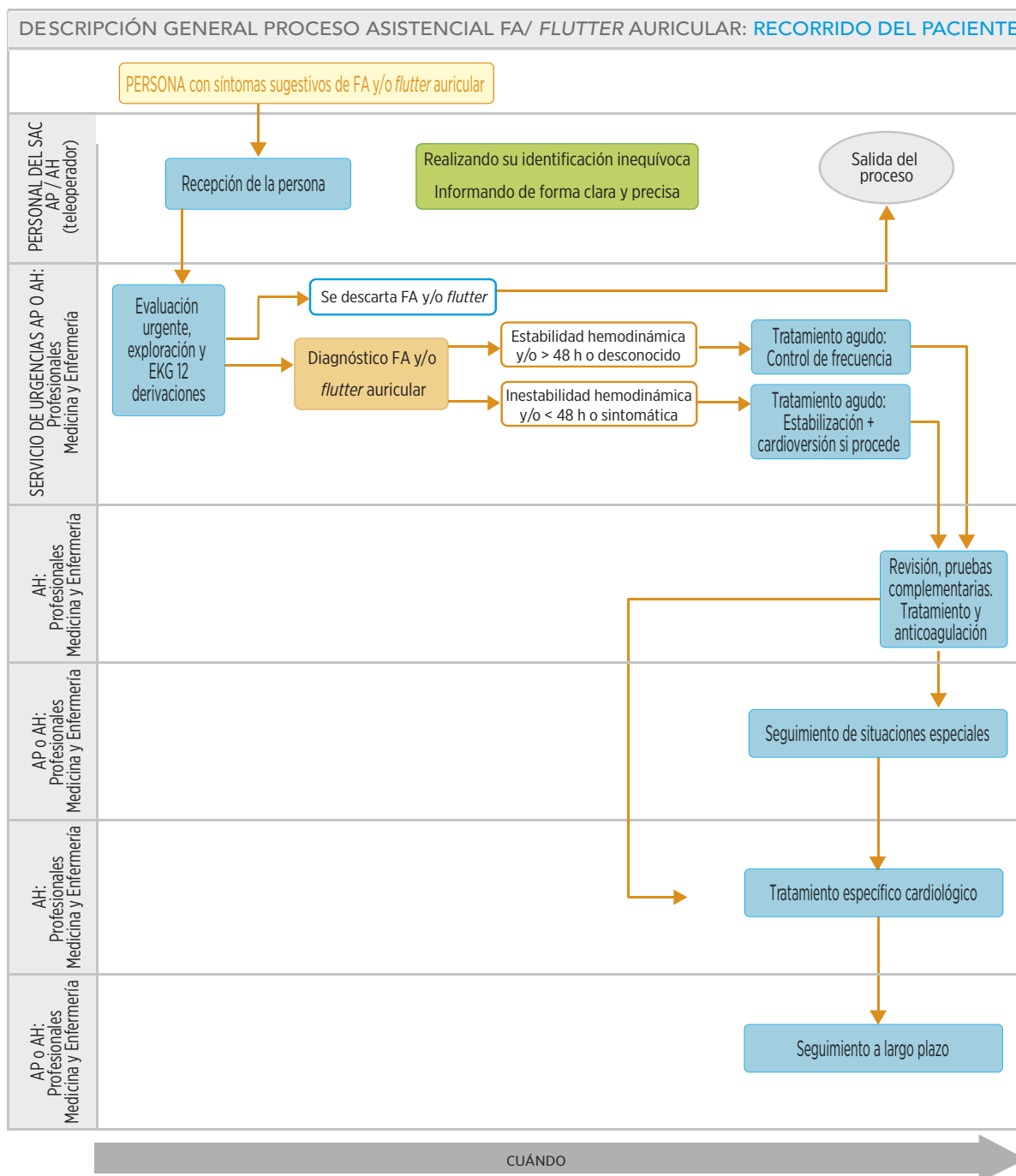
- Persona con fibrilación y/o *flutter* auricular cuya situación clínica es incurable y avanzada.
- Fallecimiento

Límites marginales:

- Fibrilación y/o *flutter* auricular en el curso del infarto agudo de miocardio.
- Fibrilación y/o *flutter* auricular tras cirugía cardíaca (valvular, coronaria, pericardiectomía, etc...) con o sin bomba extracorpórea.
- Fibrilación y/o *flutter* auricular en el seno de pericarditis aguda.
- Fibrilación y/o *flutter* auricular en el seno de tromboembolismo pulmonar.
- Fibrilación y/o *flutter* auricular secundario a causas reversibles.
- Fibrilación y/o *flutter* auricular en el seno del síndrome de Wolf-Parkinson-White.
- Ablación quirúrgica de fibrilación auricular.
- Cierre de orejuela izquierda.
- Fibrilación y/o *flutter* auricular (de novo o previa) en el embarazo y la lactancia.
- Fibrilación auricular que debuta en el seno o curso de una enfermedad incurable avanzada, en la etapa final de su vida.

Descripción general

La descripción general del Proceso Asistencial FA y/o *flutter* auricular se ha realizado siguiendo el recorrido de la persona con diagnóstico de FA y/o *flutter* auricular representando gráficamente: los profesionales que desarrollan la actividad (QUIÉN), el ámbito de actuación (DÓNDE), la actividad o el servicio que se realiza (QUÉ), sus características de calidad (CÓMO) y la secuencia lógica de su realización (CUÁNDO).



Profesionales, actividades, características de calidad

El procedimiento seguido para el desarrollo de los componentes del Proceso Asistencial se basa en la identificación para las distintas fases (CUÁNDO), de los profesionales que intervienen (QUIÉN), las actividades que deben realizarse (QUÉ), las principales características de calidad que han de tener estas actividades (CÓMO) y el ámbito DÓNDE se realizan. Se trata de incorporar sólo aquellas características que aportan valor, que son “puntos críticos de buena práctica”, integrando las dimensiones oportunas de la calidad:

- **La efectividad clínica:** Se incorporan las recomendaciones basadas en GPC junto al nivel de evidencia y/ o grado de recomendación referenciado en dichas guías. Las recomendaciones del grupo de trabajo del Proceso Asistencial se identifican mediante las siglas **AG** (acuerdo de grupo), pudiendo ir acompañadas de referencias bibliográficas que las apoyen.
- **La seguridad del paciente:** Se identifica con  las buenas prácticas de la [Estrategia para la Seguridad del Paciente del SSPA](#) que se refieren a identificación inequívoca del paciente, higiene de manos, seguridad en la asistencia y uso seguro de medicamentos, pruebas diagnósticas in vitro y radiaciones ionizantes.
- **La información:** Se identifica con  tanto el momento como el contenido mínimo que debe recibir la persona, familia y/o representante legal según la [normativa](#). También se identificarán con  las buenas prácticas recomendadas en la [Estrategia de Bioética de Andalucía](#), que se refieren al [uso de formularios de consentimiento informado](#) escrito del [Catálogo de Formularios del SSPA](#); el [proceso de planificación anticipada de decisiones](#) (PAD) y la consulta al [Registro de Voluntades Vitales Anticipadas](#) (VVA).
- **El uso adecuado de medicamentos:** Se identifican con los mismos criterios que los especificados para la efectividad clínica. No siempre las GPC que se utilizan como base en la elaboración de los Procesos Asistenciales incluyen un análisis de evaluación económica que compare distintas opciones (coste- efectividad, coste beneficio o coste-utilidad). Por este motivo, es importante tener en cuenta las recomendaciones actualizadas que existan en el SSPA, tales como [Informes de Posicionamiento Terapéutico](#), [Informes de Evaluación](#), [guías farmacoterapéuticas de atención primaria](#) o [de atención hospitalaria](#) y [documentos de uso racional del medicamento del SSPA](#).
- **Uso adecuado de tecnologías:** Se identifican con los mismos criterios que los especi-

ficados para la efectividad clínica y teniendo en cuenta las recomendaciones actualizadas que existan en la [cartera de servicios del SSPA](#).

- **Los cuidados de enfermería** se describen de forma estandarizada mediante la identificación de los resultados a conseguir en cada proceso (NOC: *Nursing Outcomes Classification*) y las principales intervenciones (NIC: *Nursing Interventions Classification*) una vez evaluada la respuesta individual del paciente a la condición médica y realizado el diagnóstico de enfermería (NANDA). No se describen en el proceso estos diagnósticos porque son el reflejo de la situación particular de cada paciente y su familia, aunque deben reflejarse en el plan de cuidados.

Las actividades se representan gráficamente mediante tablas diferenciadas:

- **Tablas de fondo blanco:** actividad desarrollada por el/la profesional sin presencia de la persona que recibe la atención sanitaria.
- **Tablas de fondo gris:** actividad desarrollada con presencia de la persona que recibe la atención sanitaria.

PROFESIONALES DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA DE AP, AH O URGENCIAS

Actividades	Características de calidad
1º RECEPCIÓN DE LA PERSONA	1.1  Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante tres códigos identificativos diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA).

PROFESIONALES DE MEDICINA DE FAMILIA, MEDICINA DE URGENCIAS DE AP, AH y 061, ENFERMERÍA DE FAMILIA, ENFERMERÍA DE URGENCIAS DE AP, AH y 061

Actividades	Características de calidad
2º ATENCIÓN DE URGENCIA	2.1 Se realizará palpación manual del pulso para detectar la presencia de un pulso irregular si hay sospecha de FA en pacientes que presentan la siguiente clínica (<i>Recomendación NICE</i>)¹: • Palpitaciones • Disnea • Síncope o debilidad • Malestar torácico • Ictus o accidente isquémico transitorio (AIT) 2.2 Se realizará un electrocardiograma de 12 derivaciones si se detecta pulso irregular en personas, con o sin síntomas, en las que se sospecha FA, para hacer el diagnóstico (<i>Recomendación NICE</i>)¹ (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia baja</i>)². 2.3 Todos los pacientes con FA recién diagnosticada requieren una historia clínica y una evaluación completa, centrándose en los siguientes ítems (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia baja</i>)²: • Estabilidad hemodinámica o síntomas severos • Presencia de factores desencadenantes (p. ej., sepsis, cirugía reciente, tirotoxicosis, desequilibrio electrolítico) y condiciones cardiovasculares subyacentes • Riesgo de ictus y necesidad de anticoagulación • Frecuencia cardíaca y necesidad de control de la frecuencia • Evaluación de síntomas y decisión para el control del ritmo 2.4 En personas con fibrilación auricular de presentación aguda sin inestabilidad hemodinámica se recomienda (<i>Recomendación NICE</i>)¹: • Ofrecer un control de la frecuencia o del ritmo si el inicio de la arritmia es menor de 48 horas. • Ofrecer un control de la frecuencia si el inicio es de más de 48 horas o es indeterminada.

Actividades	Características de calidad
2º ATENCIÓN DE URGENCIA	2.5 Se recomienda la cardioversión eléctrica inmediata, sin retrasos para alcanzar la anticoagulación, en los pacientes con riesgo vital debido a inestabilidad hemodinámica originada por una FA de reciente comienzo (<i>Recomendación NICE</i>)¹ (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia baja</i>)². 2.5.1   Se informará al paciente y/o a su acompañante y se solicitará el correspondiente consentimiento informado. Se tendrán en cuenta las preferencias del paciente y se revisará si tiene realizada PAD o VVA. 2.5.2 En pacientes con inestabilidad hemodinámica se tendrá en cuenta: 2.5.2.1 Se recomienda la cardioversión eléctrica en los pacientes en quienes la FA de reciente diagnóstico es causa directa de inestabilidad con hipotensión, síndrome coronario agudo (SCA) o edema agudo de pulmón (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia baja</i>)³. 2.5.2.2 En paciente con SCA con FA de reciente comienzo, se recomienda la cardioversión urgente cuando el paciente presente compromiso hemodinámico, isquemia en evolución o un control de frecuencia inadecuado (<i>Recomendación IC</i>)⁴. 2.6 Para pacientes con FA e inestabilidad hemodinámica sometidos a cardioversión urgente (eléctrica o farmacológica), se sugiere que la anticoagulación parenteral a dosis terapéuticas se inicie antes de la cardioversión, si es posible, pero el inicio de la anticoagulación no debe retrasar ninguna intervención de emergencia (<i>Recomendación débil. Calidad de evidencia baja</i>)⁵. 2.7 En los pacientes con FA de reciente comienzo y riesgo tromboembólico moderado, que no han recibido terapia anticoagulante o ésta se encuentra en rango infraterapéutico, se (<i>Recomendación NICE</i>)⁵: • Administrará heparina en ausencia de contraindicaciones. • Continuará con heparina hasta el inicio de una terapia adecuada basada en la estratificación de riesgo. TRATAMIENTO AGUDO: CONTROL DEL RITMO 2.8 Considere el control del ritmo en lugar del control de la frecuencia para los pacientes con fibrilación auricular recién diagnosticada (<i>Recomendación débil. Calidad de evidencia moderada</i>)³ ya que se ha asociado con reducción de la muerte cardiovascular y tasas reducidas de ictus. 2.9 Se recomienda que la cardioversión eléctrica o la cardioversión farmacológica se utilicen para la restauración del ritmo sinusal en pacientes hemodinámicamente estables con FA de inicio reciente (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)³.

Actividades	Características de calidad
2º ATENCIÓN DE URGENCIA	2.10 La cardioversión eléctrica se puede considerar, ya sea como opción de primera línea o cuando falla el control farmacológico del ritmo, en pacientes hemodinámicamente estables, después de considerar el riesgo tromboembólico (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia baja</i>)². 2.11 Para los pacientes a los que se oferta cardioversión cuya clínica es superior a las 48 horas, se recomienda ofrecer cardioversión eléctrica, mejor que farmacológica (<i>Recomendación NICE</i>)¹. 2.12 (I) (B) Antes de proceder a la cardioversión, eléctrica o farmacológica, se informará al paciente y acompañantes del procedimiento a seguir y se recabará el consentimiento informado. Se tendrán en cuenta las preferencias del paciente y se revisará si tiene realizada PAD o VVA. 2.13 Se valorará el riesgo de tromboembolismo mediante la escala CHA₂DS₂-VASc (tabla 4) en los pacientes en los que se detecte una FA o <i>flutter</i> auricular de menos de 48 horas de duración. 2.13.1 En los pacientes con una FA o un <i>flutter</i> auricular de menos de 48 horas de duración y una puntuación CHA₂DS₂-VASc de 0 en los varones o de 1 en las mujeres, puede considerarse la conveniencia o no de administrar heparina, un inhibidor de factor Xa o un inhibidor directo de trombina, antes de la cardioversión, sin necesidad de utilizar una anticoagulación oral después de ella (<i>Recomendación IIbB-NR</i>)⁴. 2.13.2 En los pacientes con una FA o un <i>flutter</i> auricular de menos de 48 horas de duración que tienen una puntuación CHA₂DS₂-VASc de 2 o superior en los varones y de 3 o superior en las mujeres, es razonable la administración de heparina, un inhibidor de factor Xa o un inhibidor directo de trombina, en cuanto sea posible antes de la cardioversión, seguido de un tratamiento de anticoagulación a largo plazo (<i>Recomendación IIaB-NR</i>)⁴.



Actividades	Características de calidad																														
2º ATENCIÓN DE URGENCIA	Tabla 4. Evaluación del riesgo tromboembólico.																														
	<table><tr><th>CHA2DS₂-VASc</th><th>Descripción</th><th>Puntuación</th></tr><tr><td>C</td><td>Insuficiencia cardíaca</td><td>1</td></tr><tr><td>H</td><td>Hipertensión arterial</td><td>1</td></tr><tr><td>A</td><td>Edad ≥ 75 años, puntuación doble</td><td>2</td></tr><tr><td>D</td><td>Historia de diabetes mellitus</td><td>1</td></tr><tr><td>S₂</td><td>Historia de ictus/AIT, puntuación doble</td><td>2</td></tr><tr><td>V</td><td>Enfermedad vascular (EAP, IM)</td><td>1</td></tr><tr><td>A</td><td>Edad 65 – 74 años</td><td>1</td></tr><tr><td>S_c</td><td>Sexo femenino</td><td>1</td></tr><tr><td>Puntuación</td><td>Suma</td><td></td></tr></table>	CHA2DS ₂ -VASc	Descripción	Puntuación	C	Insuficiencia cardíaca	1	H	Hipertensión arterial	1	A	Edad ≥ 75 años, puntuación doble	2	D	Historia de diabetes mellitus	1	S ₂	Historia de ictus/AIT, puntuación doble	2	V	Enfermedad vascular (EAP, IM)	1	A	Edad 65 – 74 años	1	S _c	Sexo femenino	1	Puntuación	Suma	
	CHA2DS ₂ -VASc	Descripción	Puntuación																												
	C	Insuficiencia cardíaca	1																												
	H	Hipertensión arterial	1																												
	A	Edad ≥ 75 años, puntuación doble	2																												
	D	Historia de diabetes mellitus	1																												
	S ₂	Historia de ictus/AIT, puntuación doble	2																												
	V	Enfermedad vascular (EAP, IM)	1																												
	A	Edad 65 – 74 años	1																												
S _c	Sexo femenino	1																													
Puntuación	Suma																														
Interpretación: Riesgo tromboembólico según puntuación CHA2DS ₂ -VASc: Riesgo bajo: 0 en hombres y 1 en mujeres Riesgo intermedio: 1 en hombres y 2 en mujeres Riesgo alto: ≥ 2 en hombres y ≥ 3 en mujeres																															
Tomado de: https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/2024/IPT-230-ACOD-FANV.pdf .																															
2.14 Para pacientes con fibrilación auricular o <i>flutter</i> auricular de más de 48 horas de duración o duración desconocida que requieren cardioversión inmediata por inestabilidad hemodinámica, la anticoagulación debe iniciarse lo antes posible y continuar durante al menos 4 semanas después de la cardioversión, a menos que esté contraindicado (<i>Recomendación IC</i>) ⁴ .																															
2.15 En los pacientes con FA cuya duración sea superior a las 48 horas o de tiempo indeterminado, si se considera la estrategia de control del ritmo, retrasar la cardioversión hasta que el paciente haya permanecido anticoagulado durante 3 semanas. Durante este período de tiempo, se debe ofrecer una estrategia adecuada de control de frecuencia (<i>Recomendación NICE</i>) ¹ (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>) ³ .																															
2.15.1 Se recomienda anticoagulación terapéutica con AVK bien controlado (INR 2-3) o un anticoagulante oral de acción directa (ACOD) durante al menos 3 semanas antes de la cardioversión (<i>Recomendación IB-R</i>) ⁴ .																															
2.15.1.1 Para la prescripción de ACOD se tendrán en cuenta las indicaciones y condiciones de financiación vigentes recogidas en: https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/2024/IPT-230-ACOD-FANV.pdf .																															

Actividades	Características de calidad
2º ATENCIÓN DE URGENCIA	2.15.1 También se puede ofrecer un abordaje guiado por ecocardiografía transesofágica (ETE) (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)⁵ y proceder a realizar la cardioversión si no se identifica ningún trombo, incluida la orejuela izquierda, iniciando anticoagulación antes de la realización del ecocardiograma transesofágico y manteniéndola tras la cardioversión durante al menos 4 semanas (<i>Recomendación IIa-B</i>)⁴. 2.16 Se aconseja la realización de ecocardiograma transesofágico en pacientes con FA (<i>Recomendación NICE</i>)¹: • Cuando el eco transtorácico demuestre alguna anormalidad que precise diagnóstico más preciso a través de esta técnica. • En los que haya que excluir patología cardíaca y la realización de eco transtorácico no sea fiable. • En los que sea necesario para guiar la cardioversión. 2.17 Usar la máxima energía posible en cardioversión eléctrica para pacientes con FA (AG)¹⁰. 2.18 Se sugiere que la administración de un fármaco antiarrítmico puede ser considerada para incrementar la eficacia de la cardioversión y mantener el ritmo sinusal, sobre todo, en aquellos pacientes con FA persistente de larga evolución (<i>Recomendación débil. Calidad de evidencia baja</i>)³. 2.19 Si se ha acordado la cardioversión farmacológica, para la fibrilación auricular de nueva aparición, se recomienda (<i>Recomendación NICE</i>)¹: • Elegir entre flecainida o amiodarona para personas sin evidencia de enfermedad cardíaca estructural o isquémica o • Amiodarona para personas con evidencia de enfermedad cardíaca estructural. 2.20 Se puede considerar la flecainida para la conversión rápida a ritmo sinusal, ya sea por vía intravenosa u oral, en pacientes sin disfunción sistólica del ventrículo izquierdo, hipertrofia ventricular izquierda moderada o enfermedad arterial coronaria, después de considerar el riesgo tromboembólico (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)². 2.21 Se recomienda tratamiento frenador del nodo AV en pacientes tratados con flecainida (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)². 2.22 La amiodarona administrada por vía intravenosa puede considerarse para la conversión retardada a ritmo sinusal en pacientes con cardiopatía estructural, incluidos pacientes con insuficiencia cardíaca y arteriopatía coronaria (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)².



Actividades	Características de calidad
2º ATENCIÓN DE URGENCIA	2.23 Con la excepción de pacientes con cardiopatía estructural, no se recomienda la amiodarona para el control agudo del ritmo debido a un retraso en la conversión (aproximadamente 8 horas). Las reacciones adversas al medicamento más comunes con administración i.v. son flebitis, hipotensión y bradicardia. Aunque existe la posibilidad de prolongación del intervalo QT, la incidencia de torsades de pointes es rara (AG)³. 2.24 Se recomiendan las intervenciones (NIC) para los resultados deseados (NOC) según los diagnósticos NANDA en el marco de los cuidados de enfermería en la cardioversión (AG)^{15, 16}. Preprocedimiento: • NOC 1402 Autocontrol de ansiedad • NOC 1404 Autocontrol de miedo • NOC 1814 Conocimiento: procedimiento terapéutico Intraprocedimiento: • NOC 0403 Estado respiratorio: ventilación • NOC 0405 Perfusión tisular cardíaca • NOC 0401 Estado circulatorio • NOC 0406 Perfusión tisular cerebral • NOC 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas Postprocedimiento: • NOC 1605 Control del dolor • NOC 1813 Conocimiento del régimen terapéutico TRATAMIENTO AGUDO: CONTROL DE LA FRECUENCIA 2.25 Siguiendo la recomendación 2.4, se ofrecerá un control de la frecuencia en personas con fibrilación auricular de presentación aguda sin inestabilidad hemodinámica si el inicio es de más de 48 horas o es indeterminada (<i>Recomendación NICE</i>)¹. 2.26 Se recomienda que los betabloqueantes (bisoprolol, carvedilol, metoprolol) sean los agentes de primera línea para el control de la frecuencia de la FA hemodinámicamente estable en el entorno de atención aguda en pacientes con disfunción ventricular izquierda significativa (FEVI < del 40 %) al objeto de alcanzar una frecuencia cardíaca (FC) < 100 lpm. (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)³.



Actividades	Características de calidad
2º ATENCIÓN DE URGENCIA	2.27 Sugerimos la amiodarona o la digoxina i.v. para el control agudo de la frecuencia en pacientes con: • disfunción de ventrículo izquierdo significativa (FEVI $\leq$ 40%), insuficiencia cardíaca descompensada o hipotensión, cuando no esté indicada la cardioversión (<i>Recomendación débil. Calidad de evidencia moderada</i>)³. • SCA y FA que asocian disfunción ventricular severa e insuficiencia cardíaca o inestabilidad hemodinámica (<i>Recomendación IIb-C</i>)⁴. 2.28 Los betabloqueantes intravenosos están recomendados para el control de la frecuencia ventricular en pacientes con FA y SCA sin inestabilidad hemodinámica, insuficiencia cardíaca o broncoespasmo (<i>Recomendación IC</i>)⁴. 2.29 En pacientes con FA de presentación aguda con sospecha de fracaso cardíaco asociado, se recomienda el uso de betabloqueantes orales y no el de calcioantagonistas (<i>Recomendación NICE</i>)⁵. 2.30 La administración de calcioantagonistas no dihidropiridínicos (DHP) se debe considerar para enlentecer la frecuencia ventricular en pacientes con FA y SCA solo en ausencia de insuficiencia cardíaca significativa o inestabilidad hemodinámica (<i>Recomendación IIb-C</i>)⁴. 2.31 Los calcioantagonistas deben evitarse en pacientes con disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (fracción de eyección $<40\%$) (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia baja</i>)². 2.32 Se puede considerar la digoxina para ayudar en el control agudo de la frecuencia ventricular, ya sea como terapia adicional a los betabloqueantes o a los calcioantagonistas no DHP, o como terapia independiente si estos agentes y la amiodarona están contraindicados (<i>Recomendación débil. Calidad de evidencia baja</i>)². 2.33 Se recomienda como objetivo en urgencias para el control de la frecuencia en pacientes con diagnóstico de FA, una frecuencia de 100 lpm. (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia baja</i>)³. 2.34 Considere el control del ritmo farmacológico y/o eléctrico para las personas con FA cuyos síntomas continúan después de que se haya controlado la frecuencia cardíaca o para quienes una estrategia de control de la frecuencia no ha tenido éxito (<i>Recomendación NICE</i>)¹.



Actividades	Características de calidad																								
2º ATENCIÓN DE URGENCIA	2.35 Después de una cardioversión exitosa a ritmo sinusal, se sugiere la anticoagulación terapéutica (con AVK o con ACOD) durante al menos 4 semanas, en lugar de no anticoagular, independientemente del riesgo basal de ictus (<i>Recomendación débil. Calidad de evidencia baja</i>)⁵. 2.35.1 Para la prescripción de ACOD se tendrán en cuenta las indicaciones y condiciones de financiación vigentes recogidas en: https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/2024/IPT-230-ACOD-FANV.pdf. 2.36 Tras la cardioversión de FA de cualquier tiempo de duración, la decisión sobre el mantenimiento del tratamiento anticoagulante debe basarse en el perfil de riesgo de tromboembolismo y en el perfil de riesgo hemorrágico (<i>Recomendación IC-EO</i>)⁴. Para valorar el riesgo hemorrágico ver tabla 5. Tabla 5. Valoración del riesgo hemorrágico. <table><tr><th>HAS-BLED</th><th>Descripción</th><th>Puntos</th></tr><tr><td>H</td><td>Hipertensión no controlada con presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg</td><td>1</td></tr><tr><td>A</td><td>Cualquiera de las dos situaciones siguientes: - Insuficiencia renal: Diálisis crónica, trasplante renal o creatinina sérica ≥ 200 μmol/L (≥ 2,3 mg/dl) - Insuficiencia hepática: cirrosis o datos bioquímicos indicativos de deterioro hepático, Bilirrubina > 2 veces el límite superior normal, AST/ALT > 3 veces el límite superior normal, etc. </td><td>1</td></tr><tr><td>S</td><td>Historia previa de ictus</td><td>2</td></tr><tr><td>B</td><td>Historia de sangrado, anemia o predisposición al sangrado (ej. Diátesis hemorrágica)</td><td>1</td></tr><tr><td>L</td><td>INR inestable/alto o pobre (< del 60 % del tiempo dentro del rango terapéutico)</td><td>2</td></tr><tr><td>E</td><td>Edad ≥ 65 años</td><td>1</td></tr><tr><td>D</td><td>Uso concomitante de fármacos (antiagregantes, antiinflamatorios, otros) o abuso de alcohol (1 punto cada uno)</td><td>1</td></tr></table> Interpretación: Una puntuación de 3 o más indica alto riesgo de sangrado	HAS-BLED	Descripción	Puntos	H	Hipertensión no controlada con presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg	1	A	Cualquiera de las dos situaciones siguientes: - Insuficiencia renal: Diálisis crónica, trasplante renal o creatinina sérica ≥ 200 μmol/L (≥ 2,3 mg/dl) - Insuficiencia hepática: cirrosis o datos bioquímicos indicativos de deterioro hepático, Bilirrubina > 2 veces el límite superior normal, AST/ALT > 3 veces el límite superior normal, etc.	1	S	Historia previa de ictus	2	B	Historia de sangrado, anemia o predisposición al sangrado (ej. Diátesis hemorrágica)	1	L	INR inestable/alto o pobre (< del 60 % del tiempo dentro del rango terapéutico)	2	E	Edad ≥ 65 años	1	D	Uso concomitante de fármacos (antiagregantes, antiinflamatorios, otros) o abuso de alcohol (1 punto cada uno)	1
	HAS-BLED	Descripción	Puntos																						
	H	Hipertensión no controlada con presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg	1																						
A	Cualquiera de las dos situaciones siguientes: - Insuficiencia renal: Diálisis crónica, trasplante renal o creatinina sérica ≥ 200 μmol/L (≥ 2,3 mg/dl) - Insuficiencia hepática: cirrosis o datos bioquímicos indicativos de deterioro hepático, Bilirrubina > 2 veces el límite superior normal, AST/ALT > 3 veces el límite superior normal, etc.	1																							
S	Historia previa de ictus	2																							
B	Historia de sangrado, anemia o predisposición al sangrado (ej. Diátesis hemorrágica)	1																							
L	INR inestable/alto o pobre (< del 60 % del tiempo dentro del rango terapéutico)	2																							
E	Edad ≥ 65 años	1																							
D	Uso concomitante de fármacos (antiagregantes, antiinflamatorios, otros) o abuso de alcohol (1 punto cada uno)	1																							
	Tomado de: https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/2024/IPT-230-ACOD-FANV.pdf .																								
																									



Actividades	Características de calidad
2º ATENCIÓN DE URGENCIA	2.37 En pacientes en los que se ha restablecido el ritmo sinusal, sugerimos que la anticoagulación a largo plazo debe basarse en el perfil de riesgo tromboembólico CHA2DS2-VASc del paciente, independientemente de si se ha restablecido el ritmo sinusal mediante ablación, cardioversión (incluso espontánea) u otros medios (<i>Recomendación débil. Calidad de evidencia baja</i>)⁵. 2.38 Según la puntuación CHA2DS2-VASc y la duración de la FA, seguirán las recomendaciones 2.13, 2.13.1, 2.13.2, 2.14, 2.15, 2.15.1 y 2.15.2 tras la cardioversión. 2.39 Se recomiendan las intervenciones (NIC) para los resultados deseados (NOC) según los diagnósticos NANDA en el marco de los cuidados de enfermería en el tratamiento anticoagulante (AG)^{15, 16}. • NOC 1300 Aceptación del estado de salud • NOC 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad • NOC 1808 Conocimiento: medicación • NOC 1813 Conocimiento: régimen terapéutico • NOC 1845 Conocimiento: manejo del tratamiento anticoagulante. • NOC 1932 Control del riesgo: trombos • NOC 0409 Coagulación sanguínea TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE TRAS TRATAMIENTO EN URGENCIAS 2.40 En los pacientes con FA (excepto en los casos de estenosis mitral moderada-severa o con válvula mecánica), se recomienda la estratificación del riesgo de ictus en los próximos 12 meses mediante la escala CHA2DS₂-VASc (<i>Recomendación IB</i>)⁴ (ver tabla 4). 2.40.1. Para los pacientes con <i>flutter</i> auricular se recomienda la terapia anticoagulante de acuerdo con el mismo perfil de riesgo utilizado para la FA (<i>Recomendación IC</i>)⁴. 2.41 Se recomienda el uso de la puntuación HAS-BLED para evaluar el riesgo de padecer una hemorragia importante en un año y abordar los factores de riesgo de sangrado modificables en todos los pacientes con FA (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)⁵ (ver tabla 5).



Actividades	Características de calidad
2º ATENCIÓN DE URGENCIA	2.42 (II) Valorar los resultados del riesgo tromboembólico y hemorrágico con el paciente teniendo en cuenta sus características especiales, comorbilidades y sus preferencias individuales. Debatir con el paciente y su entorno que (<i>Recomendación NICE</i>)¹: • Para la mayoría de las personas, el beneficio de la anticoagulación supera el riesgo de hemorragia. • Para las personas con un mayor riesgo de hemorragia, el beneficio de la anticoagulación no siempre puede compensar el riesgo de sangrado, y una monitorización cuidadosa del riesgo de hemorragia es importante. 2.43 La evaluación del riesgo de sangrado debe realizarse en todos los pacientes con FA en cada contacto y debe centrarse inicialmente en factores de riesgo de sangrado potencialmente modificables (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia baja</i>)⁵. Los factores de riesgo modificables pueden incluir: • tensión arterial mal controlada; • INR lábil (en los pacientes que toman AVK); • uso concomitante de AINE o aspirina en un paciente anticoagulado; • predisposición o tendencia al sangrado. 2.44 La selección de la terapia anticoagulante debe basarse en el riesgo de tromboembolismo independientemente de si el patrón de FA es paroxístico, persistente o permanente (<i>Recomendación IB</i>)⁴. 2.45 No desestimar la anticoagulación sólo en razón de la edad del paciente o el riesgo de caídas (<i>Recomendación NICE</i>)¹. • Se recomienda prescribir ACO a la mayoría de los pacientes ancianos frágiles con FA (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)³. 2.46 (II) Se valorarán los riesgos y beneficios de los diferentes fármacos teniendo en cuenta las contraindicaciones (<i>AG</i>)¹. 2.46.1 Se recomienda que los ACOD no se prescriban de forma rutinaria para pacientes con FA y enfermedad hepática avanzada (grado C de Child-Pugh o enfermedad hepática asociada a coagulopatía significativa) (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia baja</i>)³.



Actividades	Características de calidad
2º ATENCIÓN DE URGENCIA	2.46.2 La AVK debe ser el fármaco de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) severa que requieran tratamiento anticoagulante (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia baja</i>)². Consultar el anexo 2 para ajustar la dosis de ACOD según la función renal. 2.46.3 En los pacientes con una FA y una ERC terminal o en tratamiento de diálisis, no se recomienda el empleo del inhibidor directo de trombina dabigatrán, ni de los inhibidores de factor Xa rivaroxabán o edoxabán, debido a la falta de evidencias de que el beneficio supere al riesgo basadas en ensayos clínicos (<i>Recomendación III C-EO</i>)⁴. 2.47 En los pacientes con FA de reciente comienzo, si no existe certeza adecuada sobre el tiempo de evolución, ofrecer anticoagulación oral como si se tratara de una FA persistente (<i>Recomendación NICE</i>)¹. 2.48 En los pacientes con diagnóstico de FA de reciente comienzo confirmado (de menos de 48 horas de evolución), ofrecer anticoagulación oral si (<i>Recomendación NICE</i>)¹: • no se consigue que el paciente recupere el ritmo sinusal dentro del período de las 48 horas de inicio de la FA; • existen factores que indican un alto riesgo de recurrencia de la FA, incluyendo historial de cardioversión fallida, enfermedad estructural cardíaca, FA persistente (más de 12 meses) o recurrencias previas; • está recomendado por la valoración en el riesgo de ictus y sangrado. 2.49 En los pacientes con FA de reciente comienzo y riesgo tromboembólico moderado, que no han recibido terapia anticoagulante o ésta se encuentra en rango infraterapéutico, se (<i>Recomendación NICE</i>)¹: • Administrará heparina en ausencia de contraindicaciones • Continuará con heparina hasta el inicio de una terapia adecuada basada en la estratificación de riesgo 2.50 En los pacientes con FA (excepto los que presentan estenosis mitral de moderada a grave o son portadores de una válvula cardíaca mecánica) y una puntuación CHA2DS²-VASc de 0 en los varones o de 1 en las mujeres, es razonable omitir el tratamiento anticoagulante (<i>Recomendación IIa B</i>)⁴ (<i>Recomendación NICE</i>)¹. 2.51 En pacientes con FA (excepto los que presentan estenosis mitral moderada-severa o válvula mecánica) y una puntuación CHA2DS²-VASc de 1 en hombres y de 2 en mujeres, se sugiere prescribir un anticoagulante oral para prevenir el riesgo de tromboembolismo (<i>Recomendación IIb C-LD</i>)⁴.



Actividades	Características de calidad
2º ATENCIÓN DE URGENCIA	2.52 Para los pacientes con FA y una escala de riesgo CHA2DS2-VASc de 2 o mayor en hombres y de 3 o mayor en mujeres, los anticoagulantes orales están recomendados (<i>Recomendación IA</i>)⁴. 2.53 Se recomienda que la mayoría de los pacientes reciban ACOD (dabigatrán, rivaroxabán, apixabán y edoxabán) en lugar de AVK cuando la terapia anticoagulante esté indicada en pacientes con FA no valvular (<i>Recomendación IA</i>)⁴ (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia alta</i>)³. 2.53.1 Las opciones de tratamiento anticoagulante incluyen : • AVK (<i>evidencia IA</i>)⁴ • Dabigatran (<i>evidencia IB</i>)⁴ • Rivaroxaban (<i>evidencia IB</i>)⁴ • Apixaban (<i>evidencia IB</i>)⁴ • Edoxaban (<i>evidencia IB-R</i>)⁴ 2.53.2 Para la prescripción de ACOD se recomienda tener en cuenta los criterios de financiación vigentes que se encuentran recogidos en el documento disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluz-desalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2024/Criterio_Financiacion_ACODS_29072024.pdf. 2.54 Se recomienda AVK y no se deben usar ACOD en pacientes con FA valvular (válvulas cardíacas mecánicas o estenosis mitral de moderada a grave) (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)² (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)³. 2.55 Se establecerán las intervenciones (NIC) para los resultados deseados (NOC) según los diagnósticos NANDA en el marco de los cuidados de enfermería^{15, 16}: • NOC 1300 Aceptación del estado de salud • NOC 1613 Autogestión de los cuidados • NOC 1802 Conocimiento: dieta prescrita • NOC 1806 Conocimiento: recursos sanitarios • NOC 1808 Conocimiento: medicación 2.56 (i) Se gestionará una cita de forma preferente para consultas externas de cardiología y se informará de ello al paciente.

Actividades	Características de calidad
3º REVISIÓN	3.1  Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante tres códigos identificativos diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA). 3.2 Se recomienda en la evaluación inicial de un paciente con FA de reciente diagnóstico incluir: historia clínica completa y exploración física, ECG de 12 derivaciones, ecocardiograma transtorácico y una analítica básica (<i>Grado de recomendación fuerte. Calidad de la evidencia baja</i>)³ (Ver Anexo 1). 3.3 Se recomienda que deberían ser identificadas y tratadas las causas reversibles y secundarias de la FA (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)³ como patología cardíaca primaria, infección, cirugía o enfermedad tiroidea³. 3.4 Se debe realizar un análisis de hormonas tiroideas (TSH) en los pacientes con FA de reciente diagnóstico, pero se puede retrasar en los pacientes en situación aguda (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)². 3.5 (i) Se debe seleccionar una estrategia de control de frecuencia o de control del ritmo, que estará documentada y será comunicada a todos los pacientes con FA, y que debe ser revisada regularmente (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia baja</i>)². CONTROL CRÓNICO DE LA FRECUENCIA: 3.6 Se recomienda ofrecer una estrategia de control de frecuencia como primera línea de tratamiento excepto en pacientes con (<i>Recomendación NICE</i>)¹: • FA de causa reversible. • Insuficiencia cardíaca causada por la FA. • FA de reciente comienzo. • <i>Flutter</i> auricular, condición que se considera adecuada para una estrategia de ablación que permita restaurar el ritmo sinusal. • Aquellos pacientes en quienes una estrategia de control del ritmo se considera más adecuada en base al juicio clínico. 3.7 Se recomienda titular los fármacos controladores de la frecuencia cardíaca (FC) hasta alcanzar una frecuencia de 100 lpm (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)³. 3.8 Sólo se monitorizará la FC durante el ejercicio en pacientes con FA y síntomas relacionados con el ejercicio, o en personas con alto nivel de actividad física (<i>Recomendación débil. Calidad de evidencia baja</i>)³.

Actividades	Características de calidad
3^o REVISIÓN	3.9 Se ofrecerá un betabloqueante (cualquiera, a excepción de sotalol) o un calcioantagonista (diltiazem o verapamilo) como estrategia inicial en monoterapia para los pacientes con FA, una vez valorados los síntomas, frecuencia cardíaca, comorbilidades y preferencias de la persona (<i>Recomendación NICE</i>)¹. 3.9.1 Los betabloqueantes o calcioantagonistas no DHP deben ser los fármacos de primera línea para el control a largo plazo de la frecuencia ventricular (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)². 3.9.2 Los calcio-antagonistas (verapamilo y diltiazem) deben evitarse en pacientes con disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (fracción de eyección <40%) (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia baja</i>)². 3.9.3 En pacientes con FA y fracción de eyección <40%, los calcioantagonistas no DHP no deben ser administrados debido a su potencial para exacerbar la insuficiencia cardíaca (<i>Recomendación C-LD</i>)¹². 3.9.4 (ii) Se informará al paciente y su acompañante sobre el tratamiento, efectos indeseables y secundarios y la actitud a seguir en caso necesario. 3.10 Considerar la digoxina en monoterapia para el control de frecuencia en FA no paroxística si (<i>Recomendación NICE</i>)¹: • El paciente realiza poco ejercicio físico. • Existen limitaciones para el uso de otros fármacos a causa de las comorbilidades o preferencias del paciente. 3.10.1 Cuando se usa digoxina, se debe monitorizar la concentración sérica con el objetivo de mantener niveles de <1.2 ng/mL (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)². 3.11 Si la monoterapia no controla los síntomas del paciente y éstos continúan, habrá que pensar que se trata de un mal control de la frecuencia ventricular y se recomienda considerar la combinación de tratamiento con dos de los siguientes fármacos (<i>Recomendación NICE</i>)¹: • Betabloqueante o Diltiazem (<i>AG</i>) • Digoxina 3.12 La amiodarona no debe administrarse como agente de primera línea para el control crónico de la frecuencia, dado su perfil de toxicidad (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia baja</i>)² (<i>Recomendación NICE</i>)¹. 3.12.1 Recomendamos que la amiodarona se use para el control de la frecuencia en FA sólo en pacientes muy seleccionados (como los que están gravemente enfermos o aquellos con efectos secundarios significativos o contraindicaciones para los agentes de primera línea) después de considerar cuidadosamente los agentes alternativos y los riesgos/beneficios de la terapia con amiodarona (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia baja</i>)³.

Actividades	Características de calidad
3º REVISIÓN	3.13 Los agentes antiarrítmicos activos en la membrana (p. ej., sotalol o flecainida) no deben usarse en pacientes tratados con una estrategia de control de la frecuencia (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia baja</i>)². CONTROL CRÓNICO DEL RITMO: 3.14 Se recomienda ofrecer una estrategia de control de ritmo como primera línea de tratamiento en pacientes con (AG)¹: • FA de causa reversible. • Insuficiencia cardíaca causada por la FA. • FA de reciente comienzo. • <i>Flutter</i> auricular, condición que se considera adecuada para una estrategia de ablación que permita restaurar el ritmo sinusal. • Aquellos pacientes en quienes una estrategia de control del ritmo se considera más adecuada en base al juicio clínico. 3.15 Se valorará la necesidad de tratamiento farmacológico para el control del ritmo a largo plazo teniendo en cuenta las preferencias de la persona, las comorbilidades asociadas, los riesgos del tratamiento y la probabilidad de recurrencia de la fibrilación auricular (<i>Recomendación NICE</i>)¹. 3.16 Se recomienda una estrategia de control del ritmo en los pacientes con FA establecida que permanecen sintomáticos a pesar de una estrategia de tratamiento para control de la frecuencia, o en quienes es improbable el control de los síntomas con la terapia de control de frecuencia (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)³. 3.17 Se recomienda que se evite el control farmacológico del ritmo en pacientes con fibrilación auricular y enfermedad del seno o enfermedad del nódulo AV avanzadas, a menos que el paciente tenga un marcapasos o un desfibrilador implantable (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia baja</i>)³. 3.18 Se recomienda que la elección del fármaco antiarrítmico utilizado para el control farmacológico del ritmo a largo plazo se defina de acuerdo con las características del paciente (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia baja</i>)³. 3.19 Se recomienda que el objetivo de la terapia de control del ritmo sea una mejora en los resultados cardiovasculares, los síntomas del paciente y la utilización de la atención médica, y no necesariamente la eliminación de todos los episodios de FA (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia baja</i>)³. 3.20 Se pueden considerar los betabloqueantes para el mantenimiento del ritmo sinusal (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)².

Actividades	Características de calidad
3^o REVISIÓN	3.20.1 Si se necesita un tratamiento farmacológico para el control del ritmo a largo plazo, considere un betabloqueante estándar (es decir, un betabloqueante que no sea sotalol) como tratamiento de primera línea a menos que existan contraindicaciones (<i>Recomendación NICE</i>)¹. 3.20.2 Si los betabloqueantes están contraindicados o no tienen éxito, evaluar la idoneidad de fármacos alternativos para el control del ritmo, teniendo en cuenta las comorbilidades (<i>Recomendación NICE</i>)¹. 3.20.3 (i) Se informará al paciente y su acompañante sobre el tratamiento, efectos indeseables y secundarios y la actitud a seguir en caso necesario. 3.21 El uso de propafenona o flecainida (“píldora en el bolsillo”) combinados con betabloqueantes o calcioantagonista no DHP es razonable para interrumpir la FA fuera del hospital una vez que se haya observado que este tratamiento es seguro para pacientes seleccionados en un medio controlado (<i>Recomendación IIa- B</i>). 3.22 En personas con fibrilación auricular paroxística, se debe considerar una estrategia de “píldora en el bolsillo” en aquellos que (<i>Recomendación NICE</i>)¹: • No tienen antecedentes de disfunción ventricular izquierda, o enfermedad valvular o isquémica del corazón y • Tienen antecedentes de episodios sintomáticos poco frecuentes de fibrilación auricular paroxística y • Tiene una tensión arterial sistólica superior a 100 mmHg y una frecuencia cardíaca en reposo superior a 70 lpm y • Son capaces de entender cómo y cuándo tomar el medicamento. 3.23 No ofrezca fármacos antiarrítmicos de clase IC, como flecainida o propafenona, a personas con cardiopatía isquémica o estructural conocida (<i>Recomendación NICE</i>)¹. 3.24 La amiodarona se puede considerar para el mantenimiento del ritmo sinusal como agente de segunda línea o como agente de primera línea en pacientes con disfunción sistólica del ventrículo izquierdo, hipertrofia ventricular izquierda moderada o enfermedad arterial coronaria (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia alta</i>)². 3.24.1 Se recomienda el uso de amiodarona para el tratamiento farmacológico del control del ritmo sólo cuando se considera el potencial de toxicidad del fármaco y cuando otras opciones están contraindicadas o han fallado (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia baja</i>)³. 3.24.2 Considerar el tratamiento con amiodarona para el mantenimiento de ritmo sinusal, con inicio 4 semanas antes de la cardioversión y continuación durante 12 meses, y discutir con el paciente los riesgos-beneficios del fármaco (<i>Recomendación NICE</i>)¹.

Actividades	Características de calidad
3º REVISIÓN	3.25 Se puede considerar el sotalol para el mantenimiento del ritmo sinusal, pero requiere una estrecha vigilancia del intervalo QT (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia alta</i>)². 3.26 Considere la dronedarona como opción de tratamiento de segunda línea para el control del ritmo a largo plazo después de una cardioversión exitosa (<i>Recomendación NICE</i>)¹. 3.26.1 Es razonable usar dronedarona para el control del ritmo a largo plazo en pacientes con FA sin insuficiencia cardíaca descompensada o disfunción sistólica severa del ventrículo izquierdo (<i>Recomendación 2a A</i>)¹². 3.26.2 Se recomienda no emplear dronedarona para: • el control de la frecuencia en pacientes con insuficiencia cardíaca (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia alta</i>)³. • el tratamiento de la FA en pacientes con insuficiencia cardíaca de clase III y IV de la <i>New York Heart Association</i> (NYHA) o en pacientes que hayan tenido un episodio de insuficiencia cardíaca descompensada en las últimas 4 semanas (<i>Recomendación III B</i>)⁴. • el control de la frecuencia a largo plazo en pacientes con FA permanente que tienen riesgos de eventos cardiovasculares (<i>Recomendación 3 B- R</i>)¹². TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE 3.28 En los pacientes con FA (excepto en los casos de estenosis mitral moderada-severa o con válvula mecánica), se recomienda la estratificación del riesgo de ictus en los próximos 12 meses mediante la escala CHA2DS2-VASc (<i>Recomendación IB</i>)⁴ (ver tabla 4). 3.28.1. Para los pacientes con <i>flutter</i> auricular se recomienda la terapia anticoagulante de acuerdo con el mismo perfil de riesgo utilizado para la FA (<i>Recomendación IC</i>)⁴. 3.29 Recomendamos el uso de la puntuación HAS-BLED para evaluar el riesgo de padecer una hemorragia importante en un año y abordar los factores de riesgo de sangrado modificables en todos los pacientes con FA (ver tabla 5). • En aquellos que presentan potencialmente alto riesgo (puntuación HAS-BLED > 3) se recomiendan revisiones o seguimiento más frecuentes y regulares (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)⁵. 3.30 (I) Valorar los resultados del riesgo tromboembólico y hemorrágico con el paciente teniendo en cuenta sus características especiales como comorbilidades y sus preferencias individuales. Debatir con el paciente que (<i>Recomendación NICE</i>)¹:

Actividades	Características de calidad
3º REVISIÓN	• Para la mayoría de las personas, el beneficio de la anticoagulación supera el riesgo de hemorragia. • Para las personas con un mayor riesgo de hemorragia, el beneficio de la anticoagulación no siempre puede compensar el riesgo de sangrado, y una monitorización cuidadosa del riesgo de hemorragia es importante. 3.31 La evaluación del riesgo de sangrado debe realizarse en todos los pacientes con FA en cada contacto y debe centrarse inicialmente en factores de riesgo de sangrado potencialmente modificables (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia baja</i>)⁵. Los factores de riesgo modificables pueden incluir: • tensión arterial mal controlada; • INR lábil (en los pacientes que toman AVK); • uso concomitante de AINE o aspirina en un paciente anticoagulado; • predisposición o tendencia al sangrado. 3.32 La selección de la terapia anticoagulante debe basarse en el riesgo de tromboembólico independientemente de si el patrón de FA es paroxístico, persistente o permanente (<i>Recomendación IB</i>)⁴. 3.33 No se desestimarán la anticoagulación sólo en razón de la edad del paciente o el riesgo de caídas (<i>Recomendación NICE</i>)¹. • Se recomienda prescribir ACO a la mayoría de los pacientes ancianos frágiles con FA (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)³. 3.34 (I) Se valorarán los riesgos y beneficios de los diferentes fármacos teniendo en cuenta las contraindicaciones (<i>AG</i>)¹. 3.35 La función renal y hepática debe evaluarse antes de iniciar un ACOD y debe reevaluarse al menos una vez al año (<i>Recomendación IB-NR</i>)⁴ para detectar enfermedad renal latente, determinar la elegibilidad del ACOD y respaldar la dosificación del fármaco (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)³. 3.35.1 Se recomienda que los ACOD no se prescriban de forma rutinaria para pacientes con FA y enfermedad hepática avanzada (grado C de Child-Pugh o enfermedad hepática asociada a coagulopatía significativa) (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia baja</i>)³. 3.35.2 La AVK debe ser el fármaco de los pacientes con ERC severa que requieran tratamiento anticoagulante (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia baja</i>)². Consultar el anexo 2 para ajustar la dosis de ACOD según la función renal.

Actividades	Características de calidad
3º REVISIÓN	3.36 En los pacientes con FA (excepto los que presentan estenosis mitral de moderada a grave o son portadores de una válvula cardíaca mecánica) y una puntuación CHA2DS2-VASc de 0 en los varones o de 1 en las mujeres, es razonable omitir el tratamiento anticoagulante (<i>Recomendación IIa B</i>)⁴ (<i>Recomendación NICE</i>)¹. 3.37 En pacientes con FA (excepto los que presentan estenosis mitral moderada-severa o válvula mecánica) y una puntuación CHA2DS2-VASc de 1 en hombres y de 2 en mujeres, se recomienda prescribir un anticoagulante oral para prevenir el riesgo de tromboembolismo (<i>Recomendación IIb C-LD</i>)⁴. 3.38 Para los pacientes con FA y una escala de riesgo CHA2DS2-VASc de 2 o mayor en hombres y de 3 o mayor en mujeres, los anticoagulantes orales están recomendados (<i>Recomendación IA</i>)⁴. 3.39 En los pacientes con FA (excepto los que presentan una estenosis mitral de moderada a grave o son portadores de una válvula cardíaca mecánica) que no pueden mantener una INR en un nivel terapéutico estable con AVK, se recomienda el empleo de un ACOD (<i>Recomendación IC-EO</i>)⁴ (Ver recomendación 3.40.2). 3.40 Se recomienda que la mayoría de los pacientes reciban ACOD (dabigatrán, rivaroxabán, apixabán y edoxabán) en lugar de AVK cuando la terapia anticoagulante esté indicada en pacientes con FA no valvular (<i>Recomendación IA</i>)⁴ (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia alta</i>)³. 3.40.1 Las opciones de tratamiento anticoagulante incluyen : • AVK (<i>evidencia IA</i>)⁴. • Dabigatran (<i>evidencia IB</i>)⁴. • Rivaroxaban (<i>evidencia IB</i>)⁴. • Apixaban (<i>evidencia IB</i>)⁴. • Edoxaban (<i>evidencia IB-R</i>)⁴. 3.40.2 Para la prescripción de ACOD se recomienda tener en cuenta los criterios de financiación vigentes que se encuentran recogidos en el documento disponible en: https://web.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2024/Criterio_Financiacion_ACODS_29072024.pdf. 3.41 Se recomienda AVK y no se deben usar ACOD en pacientes con FA valvular (válvulas cardíacas mecánicas o estenosis mitral de moderada a grave) (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)² (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)³.

Actividades	Características de calidad
3º REVISIÓN	3.42 Se recomienda que los pacientes con FA y enfermedad coronaria o arterial (enfermedad vascular periférica o placa aórtica) reciban un régimen de tratamiento anticoagulante basado en la evaluación equilibrada de su riesgo de ictus relacionado con la FA, evento coronario isquémico y riesgo de hemorragia clínicamente relevante asociada al uso de antitrombóticos (Recomendación fuerte. Calidad de evidencia alta)³. 3.43 Se recomienda un ACOD en lugar de un AVK cuando esté indicada la anticoagulación en pacientes con FA y enfermedad vascular coronaria o arterial (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia alta</i>)³. (Ver recomendación 3.40.2). 3.44 Se recomienda prescribir anticoagulación oral a los pacientes con FA y miocardiopatía hipertrófica (MCH), salvo contraindicación (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)³. Asimismo, se recomienda prescribir anticoagulación oral a los pacientes con FA y amiloidosis cardiaca, independientemente de la puntuación de la escala CHA2DS2-VASc (<i>AG</i>)⁹. 3.45 Si la anticoagulación con ACOD está contraindicada, no se tolera o no es adecuada en personas con FA, se le ofrecerá un AVK (<i>Recomendación NICE</i>)¹. 3.46 No se ofrecerá monoterapia únicamente con aspirina para la prevención del ictus a personas con FA (<i>Recomendación NICE</i>)¹ (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)⁵. 3.46.1 No se recomienda la terapia antiagregante para la prevención del ictus en pacientes con FANV, independientemente del riesgo de ictus (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)². 3.47 En los pacientes con diagnóstico de FA, no suspender la anticoagulación de forma aislada basándose en el criterio de que no aparezcan nuevos episodios de FA (<i>Recomendación NICE</i>)¹. 3.48 Para los pacientes con FA que ya se encuentran en tratamiento con AVK y se encuentran estables, continuar con la misma medicación y valorar la opción de cambio de tratamiento en las visitas de control, teniendo en cuenta el tiempo en rango terapéutico del paciente (<i>Recomendación NICE</i>)¹. 3.49 En los pacientes tratados con AVK, debe determinarse la ratio normalizada internacional (INR), como mínimo, una vez por semana durante el inicio del tratamiento anticoagulante y, como mínimo, una vez al mes cuando la anticoagulación es estable (INR dentro del intervalo pretendido) (<i>Recomendación IA</i>)⁴. 3.49.1 Para pacientes con FA no valvular, cuando se usan AVK, sugerimos que el objetivo sea INR 2.0-3.0, para mantener un tiempo de rango terapéutico (TRT) adecuado (idealmente ≥ 70% según método de Rosendaal) (<i>AG</i>)⁵. 3.49.2 En pacientes con AVK con un tiempo consistentemente bajo en el rango terapéutico de INR (por ejemplo, TRT < 65% según método de Rosendaal),

Actividades	Características de calidad
3º REVISIÓN	se recomienda considerar intervenciones para mejorar TRT o cambiar a ACOD (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)⁵. 3.50 Se recomienda administrar idarucizumab para la reversión del efecto anticoagulante de dabigatrán en pacientes con sangrado potencialmente mortal o en un procedimiento de urgencia (<i>Recomendación IB-NR</i>)⁴ y/o cirugía urgente para la cual es necesaria una hemostasia normal (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)³. 3.51 La administración de concentrado de complejo protrombínico debe considerarse en los pacientes en tratamiento con AVK o inhibidores del factor Xa con sangrado amenazante para la vida o que van a ser sometidos a cirugía urgente (<i>Recomendación débil. Calidad de evidencia baja</i>)². 3.52 Se recomienda reiniciar la terapia anticoagulante en los pacientes con alto riesgo tromboembólico tan pronto como sea posible tras haber identificado y tratado la causa del sangrado (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)³ y cuando se crea que el riesgo de ictus excede el riesgo de sangrado adicional (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia baja</i>)². 3.53 Se sugiere que las decisiones de tratamiento con anticoagulación oral se individualicen para pacientes con FA y neoplasia activa, teniendo en cuenta en los objetivos de la atención, el riesgo de ictus/embolia sistémica, el riesgo de hemorragia y el tratamiento antineoplásico concomitante (<i>Recomendación débil. Calidad de evidencia baja</i>)³. 3.54 Cuando está indicado un ACO en presencia de una neoplasia activa, sugerimos un ACOD en lugar de un AVK (<i>Recomendación débil. Calidad de evidencia baja</i>)³. 3.55 Se recomiendan las intervenciones (NIC)¹⁶ para los resultados deseados (NOC)¹⁷ según los diagnósticos NANDA en el marco de los cuidados de enfermería: • NOC 1300 Aceptación del estado de salud • NOC 1613 Autogestión de los cuidados • NOC 1808 Conocimiento: medicación • NOC 1813 Conocimiento: régimen terapéutico • NOC 1845 Conocimiento: manejo del tratamiento anticoagulante. • NOC 1932 Control del riesgo: trombos • NOC 1622 Conducta de cumplimiento: dieta prescrita • NOC 1623 Conducta de cumplimiento: medicación prescrita • NOC 3101 Autocontrol: Tratamiento anticoagulante



Actividades	Características de calidad
3º REVISIÓN	3.56  Se informará al paciente y se dejará constancia en la historia clínica de las decisiones y actuaciones a seguir para facilitar la coordinación entre profesionales y niveles asistenciales. 3.57 Se gestionarán las citas con Atención Primaria (AP) o Atención Hospitalaria (AH) para conseguir un seguimiento adecuado según las necesidades del paciente. Asimismo, se facilitará información de contacto sobre las asociaciones de pacientes locales.

MÉDICO Y ENFERMERA DE FAMILIA, CARDIOLOGÍA Y ENFERMERA HOSPITALARIA

Actividades	Características de calidad
4º SEGUIMIENTO SITUACIONES ESPECIALES	4.1  Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante tres códigos identificativos diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA). 4.2 Cuando se toma la decisión de interrumpir el ACOD para un procedimiento invasivo en un paciente con FA, sugerimos que la duración de la interrupción se base en el riesgo de hemorragia (tabla 5) asociado con el procedimiento y la función renal del paciente (anexo 2) (<i>Recomendación débil. Calidad de evidencia baja</i>)³. 4.3 Para los pacientes con FA sin válvulas cardíacas mecánicas que requieren la interrupción de la AVK para los procedimientos, las decisiones sobre la terapia puente (heparina no fraccionada o heparina de bajo peso molecular) deben sopesar los riesgos de ictus y hemorragia y la duración del tiempo en que el paciente no recibirá anticoagulación (<i>Recomendación IB-R</i>)⁴. 4.4 Se recomienda la terapia puente con heparina no fraccionada o heparina de bajo peso molecular para pacientes con FA y una válvula cardíaca mecánica que se someten a procedimientos que requieren la interrupción de la AVK. Las decisiones sobre la terapia puente deben equilibrar los riesgos de ictus y hemorragia (<i>Recomendación IC</i>)⁴. (Ver tablas 4 y 5). 4.5 Se recomienda que los procedimientos de ablación con catéter para la FA se realicen sin interrumpir la anticoagulación oral (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia alta</i>)³ (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)². 4.6 En pacientes con FA en los que se planifique el implante de dispositivos cardíacos electrónicos, se sugiere realizar el procedimiento con AVK ininterrumpidos (dentro del rango terapéutico de INR), dabigatrán o rivaroxabán (<i>Recomendación débil. Calidad de evidencia baja</i>)⁵. En la práctica habitual no hay un consenso sobre la interrupción de ACOD en el implante de dispositivos. Se sugiere tomar las medidas pertinentes para evitar el hematoma de bolsillo a criterio del operador (<i>AG</i>)¹⁷.

Actividades	Características de calidad
4º SEGUIMIENTO SITUACIONES ESPECIALES	• Para la prescripción de ACOD se tendrán en cuenta las indicaciones y condiciones de financiación vigentes recogidas en: https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/2024/IPT-230-ACOD-FANV.pdf. 4.7 Se manejará la FA postoperatoria después de una cirugía no cardiorácica de la misma manera que para la fibrilación auricular de nueva aparición con cualquier otra causa (<i>Recomendación NICE</i>)¹. 4.8 En la profilaxis y el manejo de la fibrilación auricular postoperatoria, use la terapia anticoagulante adecuada y corrija las causas identificables (como el desequilibrio electrolítico o la hipoxia) (<i>Recomendación NICE</i>)¹. 4.9 En los pacientes con SCA y FA con riesgo elevado de tromboembolismo sistémico (basado en el riesgo tromboembólico CHA2DS2-VASc), se recomienda la anticoagulación a menos que el riesgo de sangrado sea superior al beneficio esperado (<i>Recomendación IIa B-R</i>)⁴. 4.10 Cuando se requiere doble terapia antiagregante en combinación con anticoagulantes orales, se recomiendan dosis bajas de aspirina (100 mg) y clopidogrel (75 mg). Ticagrelor y prasugrel no se recomiendan en esta situación (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia baja</i>)². 4.10.1 Se recomienda clopidogrel 75 mg diarios como el inhibidor de P2Y12 preferido cuando se utiliza doble o triple terapia (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)³. 4.11 Si se prescribe triple terapia (anticoagulante oral, aspirina e inhibidor de P2Y12) para pacientes con FA con mayor riesgo de ictus (basado en una puntuación de riesgo de CHA2DS2-VASc de 2 o más) que se han sometido a una intervención coronaria percutánea (ICP) con colocación de stent, es razonable elegir clopidogrel con preferencia a prasugrel (<i>Recomendación IIa B-NR</i>)⁴. 4.12 La duración de la terapia triple (aspirina, inhibidor de P2Y12 y ACO) debe ser lo más breve posible para minimizar las hemorragias, al tiempo que se garantiza la cobertura del periodo inicial de alto riesgo de trombosis del stent y/o isquemia coronaria recurrente (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)². 4.12.1 Se considera adecuado realizar una transición a la doble terapia a las 4 semanas como máximo (<i>AG</i>)⁴. 4.13 En pacientes con FA que requieren ACO sometidos a ICP con colocación de stent electivo, donde el riesgo de sangrado prevalece sobre el riesgo trombótico, se aconseja reducir la duración de la doble terapia a 3 meses (<i>AG</i>)¹¹.



Actividades	Características de calidad
4º SEGUIMIENTO SITUACIONES ESPECIALES	4.14 En pacientes con FA con mayor riesgo de ictus (basado en una puntuación de riesgo de CHA2DS2-VASc de 2 o más) que se han sometido a una ICP con colocación de stent por SCA, se considerará la doble terapia con un inhibidor de P2Y12 (clopidogrel) y ACOD a las dosis aconsejadas según ficha técnica, en función de las características del paciente, para la reducción del riesgo de sangrado en comparación con la triple terapia (AG)⁴. - Para la prescripción de ACOD se tendrán en cuenta las indicaciones y condiciones de financiación vigentes recogidas en: https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/2024/IPT-230-ACOD-FANV.pdf 4.15 Si se prescribe triple terapia (anticoagulante oral, aspirina e inhibidor de P2Y12) para pacientes con FA que tienen un mayor riesgo de ictus (basado en una puntuación de riesgo de CHA2DS2-VASc de 2 o más) y que se han sometido a ICP con colocación de stent (liberación de fármacos o bare metal) para el SCA, se considerará como anticoagulante el uso de ACOD a las dosis aconsejadas según ficha técnica (AG)⁴. - Para la prescripción de ACOD se tendrán en cuenta las indicaciones y condiciones de financiación vigentes recogidas en: https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/2024/IPT-230-ACOD-FANV.pdf 4.16 En pacientes con FA en los que se usa aspirina concomitantemente con ACO, se sugiere una dosis de 75-100 mg con el uso concomitante de IBP para minimizar el sangrado gastrointestinal (<i>Recomendación débil. Calidad de evidencia baja</i>)⁵. 4.17 Para los pacientes con FA y enfermedad coronaria estable (p. ej., sin síndrome coronario agudo en el año anterior) y que eligen la anticoagulación oral, se sugiere ACO con un ACOD o una dosis ajustada de tratamiento con AVK solo (rango objetivo de índice internacional normalizado [INR], 2,0 -3,0) en lugar de la combinación de ACO y aspirina (<i>Recomendación débil. Calidad de evidencia baja</i>)⁵. 4.18 Para la dosificación de ACOD en pacientes con FA se seguirán las indicaciones recogidas en los Documentos vigentes disponibles en: https://web.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2024/Criterio_Financiacion_ACODS_29072024.pdf https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/2024/IPT-230-ACOD-FANV.pdf 4.19 Se recomiendan las intervenciones (NIC)¹⁵ para los resultados deseados (NOC)¹⁶ según los diagnósticos NANDA en el marco de los cuidados de enfermería:



Actividades	Características de calidad
4º SEGUIMIENTO SITUACIONES ESPECIALES	• NOC 0409 Coagulación sanguínea • NOC 1806 Conocimiento: recursos sanitarios • NOC 1845 Conocimiento: manejo del tratamiento anticoagulante 4.20   Se informará al paciente y se dejará constancia en la historia clínica de las decisiones y actuaciones a seguir para facilitar la coordinación entre profesionales y niveles asistenciales. 4.21 Se gestionarán las citas con Atención Primaria (AP) o Atención Hospitalaria (AH) para conseguir un seguimiento adecuado según las necesidades del paciente. Asimismo, se facilitará información de contacto sobre las asociaciones de pacientes locales.

FEA CARDIOLOGÍA, FEA ELECTROFISIOLOGÍA, ENFERMERÍA DE AH

Actividades	Características de calidad
5º TRATAMIENTO ESPECÍFICO CARDIOLÓGICO	5.1  Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante tres códigos identificativos diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA). 5.2 En pacientes con sospecha de FA paroxística no detectada mediante ECG de 12 derivaciones (<i>Recomendación NICE</i>)¹ se recomienda: • Utilizar monitorización ECG ambulatoria durante 24 horas si se sospecha la existencia de episodios asintomáticos o sintomáticos de menos de 24 horas de duración. • Utilizar la monitorización ECG ambulatoria, el registrador de eventos o bien otra tecnología ECG, durante un período adecuado para detectar FA si los episodios sintomáticos son de más de 24 horas. 5.3 Se recomienda la ablación con catéter de la FA en pacientes que continúan sintomáticos después de un adecuado tratamiento antiarrítmico y en quienes se desea una estrategia de control del ritmo (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia alta</i>)³. 5.4 Se puede considerar la ablación con catéter para la FA paroxística o persistente sintomática antes de iniciar la terapia antiarrítmica (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)². 5.5 La ablación con catéter se puede considerar para la FA paroxística o persistente sintomática en pacientes seleccionados con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)² para reducir potencialmente la tasa de mortalidad y la hospitalización por insuficiencia cardíaca (<i>Recomendación IIb B-R</i>)⁴.

Actividades	Características de calidad
5º TRATAMIENTO ESPECÍFICO CARDIOLÓGICO	5.6 (II) Al considerar la ablación de la aurícula izquierda, discuta los riesgos y beneficios y tenga en cuenta las preferencias de la persona. En particular, explique que el procedimiento no siempre es efectivo y que la resolución de los síntomas puede no ser duradera (<i>Recomendación NICE</i>)¹. 5.7 Se puede considerar la ablación quirúrgica independiente o híbrida de la FA para pacientes con FA sintomática paroxística, persistente o persistente de larga duración que es refractaria o intolerante a, al menos, un medicamento antiarrítmico de Clase I o III, o cuando ha fallado la ablación percutánea, o cuando la probabilidad de éxito de la ablación percutánea se considere baja (<i>Recomendación débil. Calidad de evidencia baja</i>)^{2,3}. 5.8 Considerar la ablación quirúrgica de la aurícula izquierda al mismo tiempo que otra cirugía cardiotorácica para personas con FA sintomática (<i>Recomendación NICE</i>)¹. 5.9 (II) Considere el tratamiento con medicamentos antiarrítmicos durante 3 meses después de la ablación de la aurícula izquierda para prevenir la recurrencia de la FA, teniendo en cuenta las preferencias de la persona y los riesgos y beneficios potenciales. Reevaluar la necesidad de tratamiento farmacológico antiarrítmico a los 3 meses de la ablación auricular izquierda (<i>Recomendación NICE</i>)¹. 5.10 Sugerimos la ablación del NAV en pacientes con insuficiencia cardíaca y FA que no son respondedores a la terapia de resincronización cardíaca (TRC), con estimulación biventricular < 95%, a pesar de las dosis máximas toleradas con fármacos para el control de frecuencia (<i>Recomendación débil. Calidad de evidencia moderada</i>)³. 5.11 Al considerar la estimulación y la ablación del NAV, vuelva a evaluar los síntomas y la consiguiente necesidad de ablación después de que se haya llevado a cabo la estimulación y se haya optimizado aún más el tratamiento farmacológico (<i>Recomendación NICE</i>)¹. 5.12 Considere la ablación con catéter auricular izquierdo antes de la estimulación y la ablación del NAV para personas con FA paroxística o insuficiencia cardíaca causada por FA no permanente (paroxística o persistente) (<i>Recomendación NICE</i>)¹. 5.13 Recomendamos el implante de un marcapasos definitivo con ablación de NAV en pacientes no candidatos para control de ritmo que presenten FA con RVR de difícil control a pesar de la combinación farmacológica máxima tolerada (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)³ (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)². 5.14 No se recomienda el implante de marcapasos con ablación del NAV en aquellos pacientes con una FA con RVR de difícil control en los que no se haya intentado control de la misma con tratamiento farmacológico (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)³.

Actividades	Características de calidad
5º TRATAMIENTO ESPECÍFICO CARDIOLÓGICO	5.15 En los pacientes con dispositivos electrónicos implantables (marcapasos o desfibriladores automáticos implantables), la presencia de episodios de alta frecuencia de fibrilación debería continuar con una evaluación posterior para documentar clínicamente la FA y guiar las decisiones con respecto al tratamiento (<i>Recomendación IB-NR</i>)⁴. 5.16 La oclusión de la orejuela izquierda se debe considerar en la prevención del ictus en pacientes con FA no valvular con un riesgo moderado a severo de ictus con contraindicaciones para la terapia anticoagulante a largo plazo (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia baja</i>)² (<i>Recomendación IIb B-NR</i>)⁴. 5.17 La oclusión o exclusión quirúrgica de la orejuela izquierda se debe considerar en la prevención del ictus en los pacientes con FA que van a ser sometidos a cirugía cardíaca (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)² (<i>Recomendación IIb B-NR</i>)⁴. 5.18 No ofrecer el cierre de orejuela como alternativa a la anticoagulación a menos que la anticoagulación esté contraindicada o no se tolere (<i>Recomendación NICE</i>)¹. 5.19 Se recomiendan las intervenciones (NIC)¹⁵ para los resultados deseados (NOC)¹⁶ según los diagnósticos NANDA en el marco de los cuidados de enfermería. Intraprocedimiento: • NOC 0702 Estado inmune • NOC 1918 Prevención de la aspiración • NOC 6410 Manejo de la alergia • NOC 0418 Severidad del shock cardiogénico • NOC 1101 Integridad tisular: piel, mucosas y membranas Postprocedimiento: • NOC 0413 Severidad de la pérdida de sangre • NOC 2101 Dolor: Efectos nocivos • NOC 1811 Conocimiento de la actividad prescrita • NOC 1823 Conocimiento: fomento de salud 5.20  (I) Se informará al paciente y se dejará constancia en la historia clínica de las decisiones y actuaciones a seguir para facilitar la coordinación entre profesionales y niveles asistenciales. 5.21 Se gestionarán las citas con Atención Primaria (AP) o Atención Hospitalaria (AH) para conseguir un seguimiento adecuado según las necesidades del paciente.

Actividades	Características de calidad
6º SEGUIMIENTO	6.1  Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante tres códigos identificativos diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA). 6.2 Los factores de riesgo intercurrentes y las comorbilidades –incluidos hipertensión, diabetes, insuficiencia cardíaca, enfermedad valvular cardíaca y alcoholismo– deben ser identificados y su tratamiento considerado como una parte importante del tratamiento en los pacientes con FA (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia baja</i>)² para reducir eventos cardiovasculares mayores (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia alta</i>)³ y para prevenir recurrencias de arritmias y/o disminuir la sintomatología (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia baja</i>)³. 6.3 Otros aspectos que requieren monitorización son los factores de riesgo modificables que incluyen (<i>Recomendación NICE</i>)¹: • Hipertensión no controlada • Mal control del INR en pacientes anticoagulados con AVK • Medicación concomitante, incluidos antiplaquetarios, inhibidores de la recaptación de serotonina y AINE • Consumo excesivo de alcohol • Causas reversibles de anemia 6.4 En personas con sobrepeso u obesidad y FA se aconseja una pérdida de al menos el 10% de peso o alcanzar un IMC<27 así como el control de los factores de riesgo cardiovascular hasta alcanzar los objetivos (<i>Grado de recomendación fuerte. Calidad de la evidencia moderada</i>)². 6.5 Se recomienda la realización de ejercicio aeróbico en personas con FA sintomática para reducir la sintomatología (<i>Grado de recomendación fuerte. Calidad de la evidencia moderada</i>)². 6.6 Se recomienda que los síntomas relacionados con la FA comentados por el paciente así como la calidad de vida sean valorados con escalas validadas como parte de un manejo integral. Se recomienda que se investigue y se tenga en cuenta en el manejo la presencia de comorbilidades, fragilidad, el estado cognitivo, la demencia y la depresión (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia baja</i>)³. 6.7 Remitir al nivel de atención especializada cuando se produce un fracaso en el tratamiento de control de los síntomas de la fibrilación auricular y se requiera, por tanto, un tratamiento más especializado. El paciente debería ser evaluado antes de las 4

Actividades	Características de calidad
6º SEGUIMIENTO	semanas tras el fracaso del tratamiento o tras recurrencia de la FA posterior a la cardioversión (<i>Recomendación NICE</i>)¹. 6.8 Se recomienda el cribado mediante polisomnografía del síndrome de apnea-hipopnea del sueño en pacientes con episodios recurrentes de FA sintomática (<i>Grado de recomendación fuerte. Calidad de la evidencia moderada</i>)². 6.9 Se recomienda realizar reevaluación de la necesidad de tratamiento anticoagulante de forma periódica para recalcular los riesgos de tromboembolismo y hemorrágicos (<i>Recomendación IC</i>)⁴. (Ver tablas 4 y 5). 6.9.1 Se recomienda que todos los pacientes con FA tengan una evaluación anual de su riesgo de ictus/embolia sistémica, independientemente de su patrón clínico de FA (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia alta</i>)³. 6.10 Para los pacientes que no están en tratamiento con anticoagulante, revisar el riesgo tromboembólico cuando alcanzan los 65 años y si en el seguimiento, a cualquier edad, desarrollan (<i>Recomendación NICE</i>)¹: • Diabetes • Insuficiencia cardíaca • Enfermedad arterial periférica • Enfermedad coronaria • Ictus, AIT o tromboembolismo sistémico 6.11 Para los pacientes que no estén anticoagulados como consecuencia del riesgo de sangrado u otros factores, se recomienda revisar anualmente los riesgos de sangrado y asegurarse que todas las decisiones y revisiones están documentadas (<i>Recomendación NICE</i>)¹. 6.12 Se recomienda seguimiento de los pacientes en quienes se inicia la anticoagulación con valoración del riesgo de sangrado, posibles interacciones así como la adherencia y adecuación de la farmacoterapia (<i>Recomendación fuerte. Calidad de evidencia moderada</i>)³. 6.13 Para las personas que están tomando un anticoagulante, revise la necesidad y la calidad de la anticoagulación teniendo en cuenta el riesgo de hemorragia y la necesidad de controlar la función renal en pacientes con insuficiencia renal al menos una vez al año, o con mayor frecuencia si se producen eventos clínicamente relevantes afectando la anticoagulación o el riesgo de sangrado (<i>Recomendación NICE</i>)¹ o si la función renal está alterada (<i>AG</i>). 6.14 Se calculará el tiempo en rango terapéutico (TRT) en cada visita. Al calcular el TRT (<i>Recomendación NICE</i>)¹:



Actividades	Características de calidad
6º SEGUIMIENTO	• Emplear un método de medición validado (como el método de Rosendaal) • Excluir las mediciones realizadas en las primeras 6 semanas de tratamiento. • Calcular el TRT durante un período de al menos 6 meses. 6.15 Se recomienda revisar la anticoagulación con AVK de los pacientes cuando se presente alguna de las siguientes circunstancias de mal control (<i>Recomendación NICE</i>)¹: • 2 valores de INR > 5 o un INR > 8 en los últimos 6 meses • 2 valores de INR < 1.5 en los últimos 6 meses • Un TRT inferior al 65% 6.16 Se recomienda en la revisión de la anticoagulación tener en cuenta los siguientes factores que pueden contribuir a una anticoagulación inestable (<i>Recomendación NICE</i>)¹: • Deterioro cognitivo. • Adherencia a la medicación prescrita. • Enfermedad concomitante. • Interacciones farmacológicas. • Estilos de vida, incluyendo la dieta y el consumo de alcohol. 6.17 (II) Si no resulta posible mejorar una mala anticoagulación, habrá que evaluar los riesgos y beneficios de las estrategias alternativas de prevención del ictus y discutir las con la persona (<i>Recomendación NICE</i>)¹. 6.18 Se debe realizar un cribado oportunista de FA en todas las personas a partir de los 65 años (<i>Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia moderada</i>)² en cualquiera de sus citas médicas (<i>Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia baja</i>)³. La detección se puede realizar de manera eficiente y rentable mediante controles de pulso oportunistas durante encuentros médicos de rutina³. 6.19 Se debería buscar regularmente en pacientes portadores de marcapasos o desfibriladores automáticos la presencia de episodios de frecuencias auriculares rápidas y confirmar mediante monitorización electrocardiográfica si se trata de FA (<i>Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia moderada</i>)² (<i>Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia baja</i>)³.



Actividades	Características de calidad
6º SEGUIMIENTO	6.20 Se recomiendan las intervenciones (NIC)¹⁵ para los resultados deseados (NOC)¹⁶ según los diagnósticos NANDA en el marco de los cuidados de enfermería: • NOC 1623 Conducta de cumplimiento: medicación prescrita

DENOMINACIÓN	REALIZACIÓN DE ECG DIAGNÓSTICO DE 12 DERIVACIONES
FÓRMULA	Nº de personas con fibrilación o <i>flutter</i> auricular con ECG de 12 derivaciones, registrado en su historia clínica electrónica/ Nº total de personas con diagnóstico de fibrilación o <i>flutter</i> auricular durante el periodo de evaluación.
DEFINICIÓN	Realización y registro de ECG de 12 derivaciones anual en la historia clínica electrónica para realizar un correcto diagnóstico.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/JUSTIFICACIÓN	Para realizar un diagnóstico y determinar la causa (primaria o secundaria) en la fibrilación y <i>flutter</i> auricular es preciso realizar ECG. El diagnóstico de la fibrilación o <i>flutter</i> auricular se documenta mediante el electrocardiograma, que debe tener 12 derivaciones.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con diagnóstico de fibrilación o <i>flutter</i> auricular que son atendidos en el SSPA.
FUENTE DE DATOS	Auditoría de Historia de Salud (HS).
PERIODICIDAD	Anual.

DENOMINACIÓN	REALIZACIÓN DE ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO
FÓRMULA	Nº de personas diagnóstico reciente (en el último año) de fibrilación o <i>flutter</i> auricular con ecocardiograma transtorácico registrado en su historia clínica electrónica/ Nº total de personas con fibrilación o <i>flutter</i> auricular.
DEFINICIÓN	Realización y registro de ecocardiograma transtorácico en el último año en la historia clínica electrónica para realizar un correcto diagnóstico y etiología.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/JUSTIFICACIÓN	Para determinar la causa (primaria o secundaria) en la fibrilación y <i>flutter</i> auricular es preciso realizar ecocardiograma transtorácico.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con diagnóstico de fibrilación o <i>flutter</i> auricular que son atendidos en el SSPA.
FUENTE DE DATOS	Auditoría de Historia de Salud (HS).
PERIODICIDAD	Anual.

DENOMINACIÓN	VALORACIÓN DEL RIESGO DE TROMBOEMBOLISMO
FÓRMULA	Nº de personas con fibrilación o <i>flutter</i> auricular que tienen registrada la escala CHA2DS2-VASc / Nº total de personas con diagnóstico de fibrilación o <i>flutter</i> auricular.
DEFINICIÓN	La escala CHA2DS2-VASc sirve para determinar el riesgo de tromboembolismo en aquellas personas con diagnóstico de fibrilación o <i>flutter</i> auricular.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/JUSTIFICACIÓN	Existe riesgo de isquemia en aquellas personas con fibrilación o <i>flutter</i> auricular que tienen indicación de anticoagulación, según su puntuación en la escala CHA2DS2-VASc, pero no tienen tratamiento. Siempre se debe valorar de forma conjunta con el riesgo de sangrado.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con diagnóstico de fibrilación o <i>flutter</i> auricular con registro de escala CHA2DS2-VASc que son atendidos en el SSPA.
FUENTE DE DATOS	Auditoría de Historia de Salud (HS).
PERIODICIDAD	Anual.

DENOMINACIÓN	PRESCRIPCIÓN ADECUADA DE ANTICOAGULACIÓN EN PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE FA
FÓRMULA	Nº de personas con diagnóstico de fibrilación o <i>flutter</i> auricular que tienen prescrito un anticoagulante y una puntuación en la escala CHA2DS2-VASc de 2 o más en hombres y de 3 o más en mujeres / Nº total de personas con diagnóstico de fibrilación o <i>flutter</i> auricular que tienen prescrito algún anticoagulante.
DEFINICIÓN	La escala CHA2DS2-VASc sirve para determinar el riesgo isquémico en aquellas personas con fibrilación o <i>flutter</i> auricular. La indicación de anticoagulación viene indicada por la puntuación de 2 o más en hombres y de 3 o más en mujeres.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/JUSTIFICACIÓN	El riesgo de tromboembolismo en personas con fibrilación o <i>flutter</i> auricular se valora mediante la escala CHA2DS2-VASc. La indicación de anticoagulación viene dada por la puntuación de 2 o más en hombres y de 3 o más en mujeres. Siempre se debe valorar de forma conjunta con el riesgo de sangrado. En el caso de personas con puntuación inferior, CHA2DS2-VASc 0 en hombres y CHA2DS2-VASc 1 en mujeres, sin indicación para la anticoagulación y que tengan tratamiento anticoagulante, se debe valorar la retirada del tratamiento.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con diagnóstico de fibrilación o <i>flutter</i> auricular en tratamiento anticoagulante que son atendidos en el SSPA.
FUENTE DE DATOS	Auditoría de Historia de Salud (HS).
PERIODICIDAD	Anual.

DENOMINACIÓN	VALORACIÓN DEL RIESGO DE SANGRADO EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE FA
FÓRMULA	Nº de personas con fibrilación o <i>flutter</i> auricular que tienen registrada la puntuación HAS-BLED en su historia clínica electrónica / Nº total de personas con fibrilación o <i>flutter</i> auricular.
DEFINICIÓN	Realización de puntuación HAS-BLED y registro en historia clínica electrónica para abordar los factores de riesgo de sangrado modificables en todas las personas con fibrilación o <i>flutter</i> auricular.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/JUSTIFICACIÓN	El riesgo de hemorragia en pacientes con fibrilación o <i>flutter</i> auricular anticoagulados puede provocar la muerte o complicaciones y secuelas por shock hemorrágico si no se controla el riesgo.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con fibrilación o <i>flutter</i> auricular que son atendidos en el SSPA.
FUENTE DE DATOS	Auditoría de Historia de Salud (HS).
PERIODICIDAD	Anual.

DENOMINACIÓN	SEGUIMIENTO DE LA FUNCIÓN RENAL PARA AJUSTE DE TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL DIRECTO
FÓRMULA	Nº de personas con fibrilación o <i>flutter</i> auricular en tratamiento con anticoagulantes orales directos que tienen registrado la determinación de aclaramiento de creatinina estimado / Nº total de personas con fibrilación o <i>flutter</i> auricular en tratamiento con anticoagulantes orales directos.
DEFINICIÓN	Seguimiento de la función renal para la correcta administración de dosis anticoagulante.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/JUSTIFICACIÓN	La falta de ajuste de dosis del tratamiento anticoagulante según la función renal modificaría la efectividad del tratamiento con el consecuente riesgo de isquemia o sangrado en estas personas.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Personas con fibrilación o <i>flutter</i> auricular en tratamiento con anticoagulantes orales directos que tienen registrado el aclaramiento de creatinina estimado según la ecuación de Cockcroft-Gault y ajustada la dosis anticoagulante y que son atendidos en el SSPA.
FUENTE DE DATOS	Auditoría de Historia de Salud (HS).
PERIODICIDAD	Anual.

DENOMINACIÓN	CALIDAD DE LA ANTICOAGULACIÓN CON AVK
FÓRMULA	$\frac{\text{Nº de personas atendidos en el SSPA con fibrilación o flutter auricular en tratamiento con AVK durante más de 6 meses que tienen un TRT} < 70 \%}{\text{Nº total de personas atendidos en el SSPA con fibrilación o flutter auricular en tratamiento con AVK durante más de 6 meses.}}$
DEFINICIÓN	Porcentaje de personas atendidas en el SSPA con fibrilación o <i>flutter</i> auricular que presentan un buen control de anticoagulación con AVK, considerada como la presencia de un TRT >70 % medido por el método de Rosendaal.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/JUSTIFICACIÓN	Los pacientes con FA anticoagulados con AVK deben tener el INR en rango terapéutico adecuado. La calidad de la anticoagulación medida por el TRT por el método Rosendaal debe ser >70 % para evitar eventos tromboembólicos y mejorar la supervivencia. Cifras de TRT <65% se asocian a mal pronóstico con aumento de eventos trombóticos y hemorrágicos y de mortalidad.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Todos los pacientes con fibrilación auricular o <i>flutter</i> auricular tratados con AVK durante > 6 meses y que son atendidos en el SSPA.
FUENTE DE DATOS	Auditoría de Historia de Salud (HS).
PERIODICIDAD	Anual.

DENOMINACIÓN	PLAN DE CUIDADOS
FÓRMULA	$\frac{\text{Nº de Personas con fibrilación o flutter auricular con plan de cuidados}}{\text{Nº total de personas con diagnóstico de fibrilación o flutter auricular durante el periodo de evaluación.}}$
DEFINICIÓN	Porcentaje de personas atendidas en el SSPA con fibrilación o <i>flutter</i> auricular que tienen elaborado un plan de cuidados personalizado.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/JUSTIFICACIÓN	Los pacientes con FA precisan de un plan de cuidados personalizado que aborde el conocimiento sobre su enfermedad, régimen terapéutico, auto-gestión de los cuidados, hábitos de vida, etc.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con diagnóstico de fibrilación o <i>flutter</i> auricular que son atendidos en el SSPA.
FUENTE DE DATOS	Auditoría de Historia de Salud (HS).
PERIODICIDAD	Anual.

Anexo 1. Evaluación de un paciente con FA

Fuente: Traducción adaptada de *Canadian Heart Rhythm Society comprehensive guidelines for the management of atrial fibrillation* (Figura 4)³.

HISTORIA
Establecer: • Fecha de inicio de los síntomas y fecha de confirmación • Duración y frecuencia de los episodios. • Antecedentes familiares • Síntomas relacionados con FA • Severidad de los síntomas (incluido el impacto en la calidad de vida)
Identificar: 1. Factores de riesgo. Comorbilidad: A. Establecidos: Edad avanzada, varones, hipertensión, insuficiencia cardíaca con baja fracción de eyección, enfermedad valvular, enfermedad tiroidea sintomática, SAHS, obesidad, ingesta excesiva de alcohol, enfermedad cardíaca congénita. B. Emergentes: TA límite, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada, hipertiroidismo subclínico, enfermedad arterial coronaria, macrosomía. C. Potenciales: Factores genéticos o familiares, tabaquismo, dilatación de la aurícula izquierda, hipertrofia de ventrículo izquierdo, inflamación, diabetes, grasa pericárdica, arteriosclerosis subclínica, enfermedad renal crónica, ejercicio de gran resistencia, cambios electrocardiográficos (retraso en la conducción atrial, intervalo PR prolongado). 2. Factores desencadenantes: Estimulantes, alcohol, privación de sueño, estrés emocional, esfuerzo físico, sueño/nocturno, digestivos. 3. Causas reversibles/FA secundaria: Cirugía cardíaca u otra, patología cardíaca o pulmonar aguda, infección aguda, tirotoxicosis, alcohol, medicación, taquicardia supraventricular, estimulación ventricular.
Revisar: • Historia familiar para identificar posibles causas hereditarias de FA • Intervenciones sobre FA farmacológicas y no farmacológicas, considerando la eficacia, tolerancia y efectos secundarios • Cuidados médicos relacionados con la FA (consultas, ingresos, cardioversiones, etc.).
EXAMEN FÍSICO
• Medición de TA y FC • Altura, peso, perímetro abdominal, índice de masa corporal • Exploración cardiopulmonar centrado en las causas de FA
PRUEBAS DE RUTINA
1. Electrocardiograma de 12 derivaciones: • Documentar FA • Documentar PR, QRS e intervalos QT • Identificar causas potenciales de FA (por ej. estructurales como infarto de miocardio, hipertrofia ventricular, dilatación auricular, enfermedad cardíaca congénita) • Identificar factores que incrementan el riesgo de posibles tratamientos (por ej. alteraciones en la conducción, enfermedad del seno, alteraciones en la repolarización) • Identificar situaciones de alto riesgo (por ej. sdme. de pre-excitación manifiesto)

2. Ecocardiograma:

- Tamaño ventricular, espesor del tabique y función
- Tamaño y volumen de la aurícula izda.
- Descartar una enfermedad valvular o congénita significativa (por ej. defectos septales auriculares).

3. Análisis clínicos:

- Hemograma
- Coagulación
- Electrolitos incluidos calcio y magnesio
- Función renal
- Función hepática
- Función tiroidea
- Perfil lipídico
- Glucemia y hemoglobina glicosilada

Anexo 2. Recomendaciones para las dosis de ACOD según la función renal

Fuente: Tomado de 2021 *European Heart Rhythm Association Practical Guide on the Use of Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants in Patients with Atrial Fibrillation* (Figura 7)¹¹.

Aclaramiento de Creatinina	DABIGRATRAN	RIVAROXABAN	EDOXYBAN	APIXABAN
90ml/min		20mg	60mg _b	
50ml/min	150mg _a			5mg _c
40ml/min		15mg	30mg	
30ml/min		15mg	30mg	2,5mg
15ml/min	-Contraindicados según las fichas técnicas. -Datos disponibles muy limitados de resultados de ensayos clínicos controlados aleatorizados publicados para AVK o ACOD -Enfoque individualizado y multidisciplinario. -Participación del paciente, toma de decisiones compartida, incluida información sobre situaciones no autorizadas (fuera de ficha técnica)			
Diálisis				

a: 110 mg, dos veces al día, en pacientes con alto riesgo de sangrado según las indicaciones del producto.

b: Se pueden aplicar otros criterios de reducción de la dosis (peso menor o igual a 60 kg, terapia concomitante con inhibidor potente de la Gp-P). De acuerdo con la EMA (*European Medicines Agency*), Edoxaban debería ser usado en aclaramiento renal elevado solo tras una evaluación cuidadosa del riesgo individual tromboembólico y de sangrado.

c: 2x 2.5 mg si se cumplen dos de los siguientes criterios:

- Edad mayor o igual a 80 años,
- peso menor o igual a 60kg, y
- creatinina mayor o igual a 1.5 mg/dL (133 mmol/L).

Las flechas naranjas indican uso del medicamento con cautela.

En diálisis, estarían contraindicados según las características del producto.

Los resultados publicados sobre ensayos clínicos randomizados de AVK y ACOD son muy limitados.

Se debe tener una visión individualizada y multidisciplinar y fomentar la participación del paciente en la toma de decisiones compartidas, incluyendo información sobre el uso fuera de ficha técnica.

ACOD	Anticoagulantes orales directos
ACV	Accidente cerebrovascular
AVK	Antagonistas de la vitamina K
COI	Cierre de la orejuela de la aurícula izquierda
DHP	Dihidropiridina
ECG	Electrocardiograma
ETT	Ecocardiografía Transtorácica
ETE	Ecocardiografía Transesofágica
FA	Fibrilación auricular
FANV	Fibrilación auricular no valvular
FC	Frecuencia cardíaca
FEVI	Fracción de eyección del ventrículo izquierdo
HBPM	Heparina de bajo peso molecular
HNF	Heparina no fraccionada
IC	Insuficiencia cardíaca
ICP	Intervencionismo coronario percutáneo
INR	<i>International Normalized Ratio</i>
lpm	latidos por minuto
NAV	Nódulo auriculo-ventricular
NYHA	<i>New York Heart Association</i>
PAD	Planificación Anticipada de Decisiones
RVR	Respuesta ventricular rápida
SCA	Síndrome coronario agudo
SUAP	Servicio de Urgencias de Atención Primaria
SUH	Servicio de Urgencias Hospitalaria
TRC	Terapia de resincronización cardíaca
TRT	Tiempo en rango terapéutico (Método de Rosendaal)
VVA	Voluntades Vitales Anticipadas

1. NICE Guideline NG196. Atrial fibrillation: diagnosis and management. 27 April 2021 (Last updated 30 June 2021). [Internet]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng196/evidence>.
2. National Heart Foundation of Australia and the Cardiac Society of Australia and New Zealand: Australian Clinical Guidelines for the Diagnosis and Management of Atrial Fibrillation. 2018; 27 (10): 1209-1266. [Internet]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2018.06.1043>.
3. Canadian Cardiovascular Society/Canadian Heart Rhythm Society comprehensive guidelines for the management of atrial fibrillation. Canadian Journal of Cardiology. 2020; 36 (12): 1847-1948. [Internet]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33191198/>.
4. 2019 AHA/ACC/HRS Focused Update of the 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation. Journal of the American Heart Association. 2019; 140(2):125-151. [Internet]. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIR.0000000000000665>.
5. Antithrombotic Therapy for Atrial Fibrillation: CHEST Guideline and Expert Panel Report. Chest Journal. 2018; 154 (5): 1121-1201. [Internet]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30144419/>.
6. Gómez Doblas JJ, López Garrido A, Esteve-Ruiz I, et al. Epidemiología de la fibrilación auricular. Rev Esp Cardiol, 2016;16(A): 2-7. [Internet]. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-epidemiologia-fibrilacion-auricular-articulo-S1131358716300073>
7. Gómez Doblas JJ, Muñoz J, Alonso Martín JJ al. Prevalencia de fibrilación auricular en España. Resultados del estudio OFRECE. Rev. esp. Cardiología. 2014; 67: 4. 259-269.[Internet]. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-prevalencia-fibrilacion-auricular-espana-resultados-articulo-S0300893213004053>.
8. Steinberg BA, Kim S, Fonarow GC, et al. Drivers of hospitalization for patients with atrial fibrillation: Results from the Out-comes Registry for Better Informed Treatment of atrial fibrillation (ORBIT-AF). Am Heart J, 2014; 167 (5): 735-742. [Internet]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24766985/>.
9. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and 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. Eur Heart J. 2021; 42(5):373-498. [Internet]. Disponible en: <https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Documents/ehaa612.pdf>.
10. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Cardiac arrest in special circumstances. J. Resuscitation. 2021 Apr; 161:152-219 [Internet]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33773826/>.
11. 2021 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the Use of Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants in Patients with Atrial Fibrillation. Europace. 2021 Oct 9;23(10):1612-1676. [Internet]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/europace/euab065>.
12. 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS Guideline for the Diagnosis and Management of Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2024;149:e1-e156 [Internet]. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001193>.
13. Carrasco Expósito M. Tratamiento con anticoagulantes orales: inicio, ajuste y precauciones en su utilización. Av Diabetol. 2010;26:17-20. [Internet]. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-avances-diabetologia-326-articulo-tratamiento-con-anticoagulantes-orales-inicio-S1134323010610046>.

14. Ufer M. Comparative pharmacokinetics of vitamin K antagonists: warfarin, phenprocoumon and acenocumarol. Clin Pharmacokinet. 2005; 44:1227-46. [Internet]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16372822/>
15. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 7ª edición [Internet]. España: Elsevier; 2018.
16. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E (editoras). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). [Internet]. 6ª ed. España: Elsevier; 2018.
17. 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy: Developed by the Task Force on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA). European Heart Journal. 2021; 42 (35): 3427–3520. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab364>

