



4^o CONGRESO AMAREVA

2025

27 y 28 de febrero

Auditorio Caja de Música
del Palacio de Cibeles



AMAREVA

ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE RIESGO Y ENFERMEDAD VASCULAR

www.congreso2025.amareva.es

MESA 14.

LO NUEVO DE LAS GUIAS EN 10 DIAPOSITIVAS/10 MINUTOS

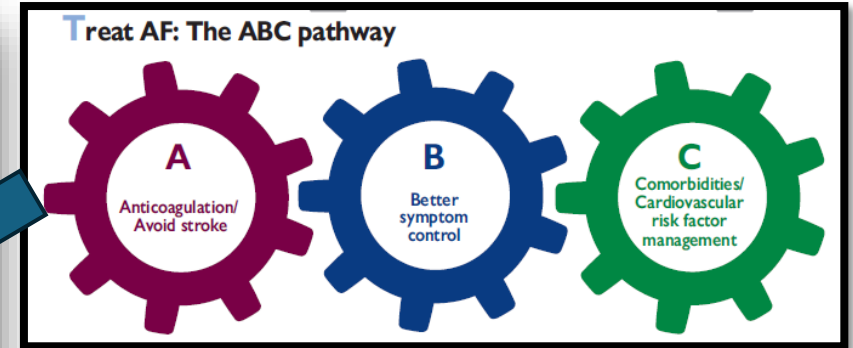
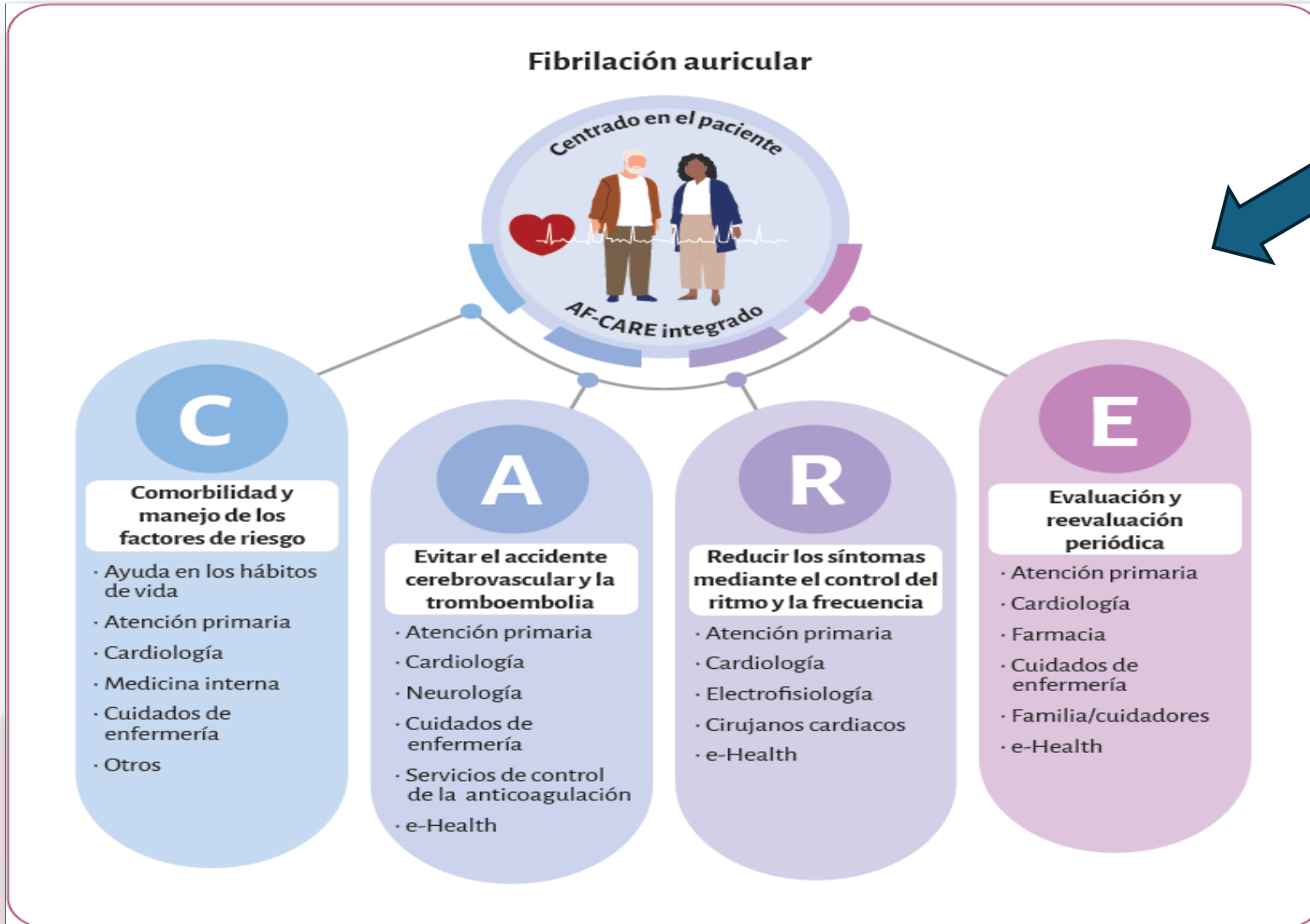
Guía ESC 2024 sobre el manejo de la fibrilación auricular*

Dra. Isabel Egocheaga. Atención Primaria. Centro De Salud Isla de Oza.

*Van Gelder IC et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). European Heart Journal 2024; 45, 3314–3414.

<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae176>

Enfoque multidisciplinar para el manejo de la FA



European Heart Journal 2020; 42, 373-498.





Comorbilidad y manejo de los factores de riesgo

Hipertensión	Insuficiencia cardiaca	Sobrepeso u obesidad	Síndrome de apnea obstructiva del sueño	Alcohol
Tratamiento antihipertensivo (Clase I)	Diuréticos para la congestión (Clase I)	Pérdida de peso (objetivo de 10%) ^a (Clase I)	Manejo de la apnea obstructiva del sueño ^a (Clase IIb)	Reducir a ≤3 unidades de bebida estándar semanales (Clase I)
Diabetes mellitus	Tratamiento médico adecuado para la ICFe ^r (Clase I)	Cirugía bariátrica si hay control del ritmo ^a (Clase IIb)	Capacidad de esfuerzo/ejercicio	Otros factores de riesgo /comorbilidades
Control glucémico eficaz ^a (Clase I)	Inhibidores SGLT2 (Clase I)		Programa de ejercicios personalizado (Clase I)	Identificar y manejar intensivamente ^a (Clase I)

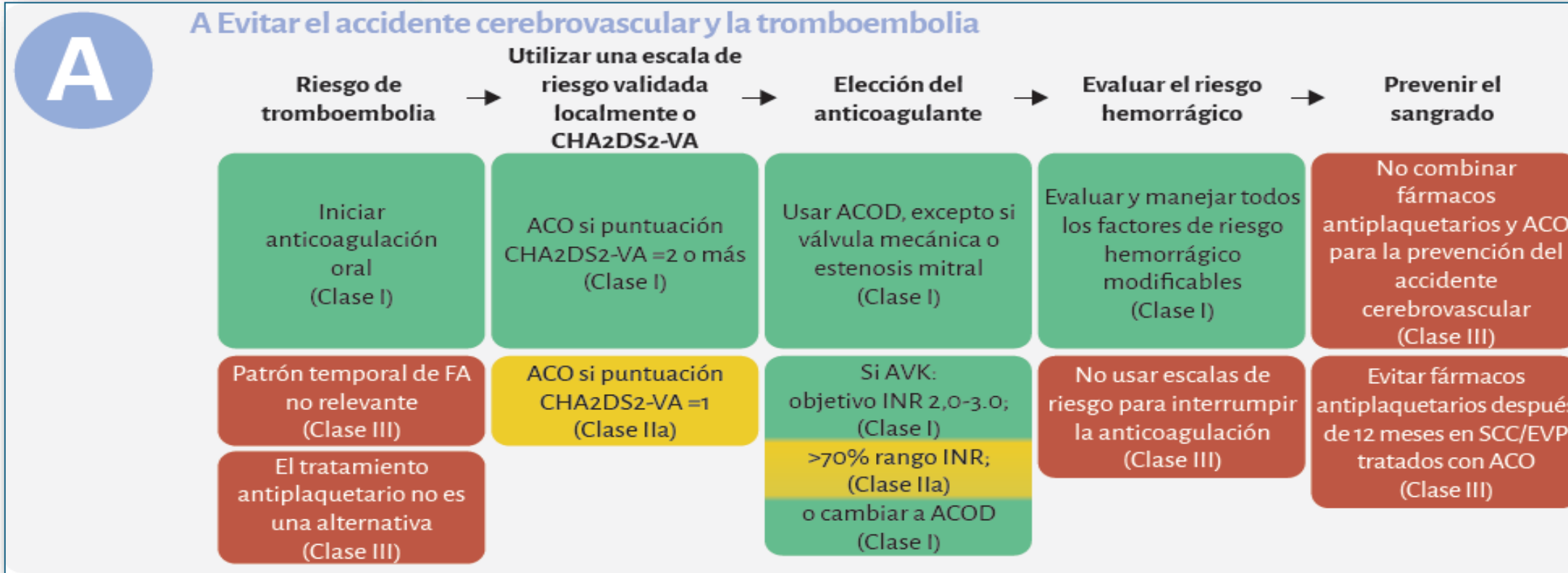


Establecer objetivos individuales para comorbilidades y factores de riesgo

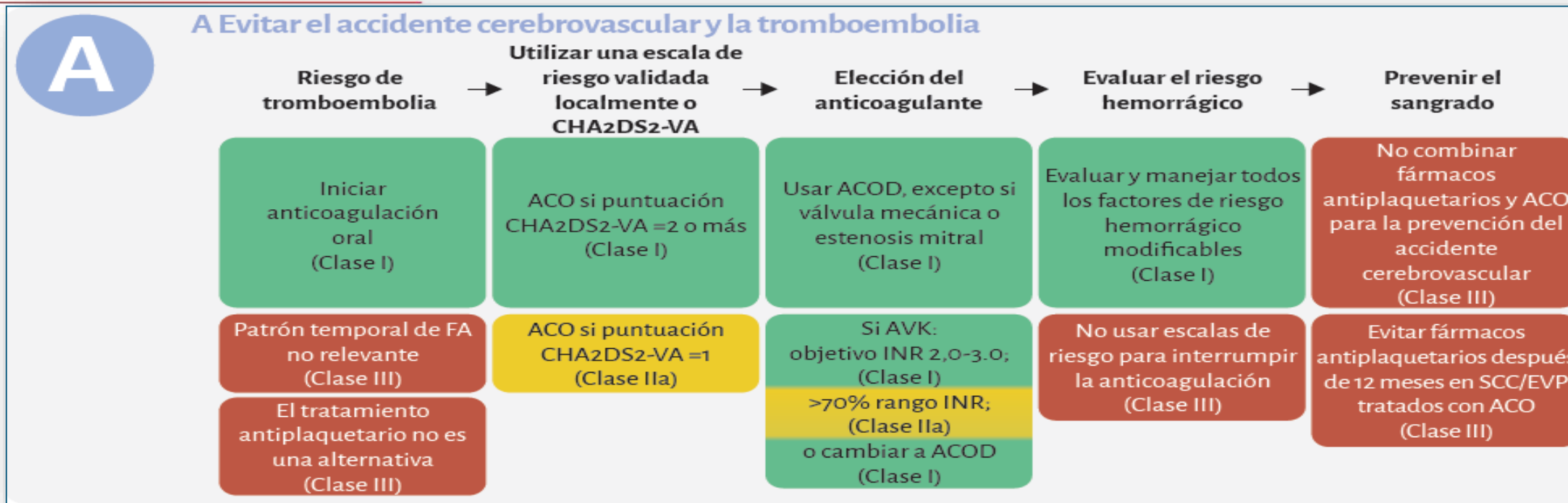
Manejo integral

Identificar y manejar activamente todos los factores de riesgo y comorbilidades (Clase I)

Componente inicial y clave del manejo efectivo de la FA



No se recomienda usar una dosis reducida de ACOD, a menos que los pacientes cumplan con los criterios específicos de ACOD ^c , para prevenir la dosificación insuficiente y los episodios tromboembólicos evitables. ³¹⁰⁻³¹²	III	B
No se recomienda el uso de escalas de riesgo hemorrágico para decidir si se inicia o no la ACO en pacientes con FA para evitar el uso insuficiente de la anticoagulación. ^{431,445,446}	III	B



Se recomienda ACO en todos los pacientes con FA y miocardiopatía hipertrófica o amiloidosis cardiaca, independientemente de la puntuación CHA₂DS₂-VA, para prevenir el accidente cerebrovascular isquémico y la tromboembolia.

I

B

Se puede considerar el tratamiento con ACOD en pacientes con FA subclínica asintomática detectada por dispositivo y riesgo tromboembólico elevado para prevenir el accidente cerebrovascular isquémico y la tromboembolia, excluyendo a los pacientes con alto riesgo hemorrágico.

IIb

B

No se recomienda el tratamiento antiplaquetario más allá de 12 meses en pacientes estables con enfermedad coronaria o vascular crónica tratados con ACO, debido a la falta de eficacia y para evitar hemorragias mayores.

III

B

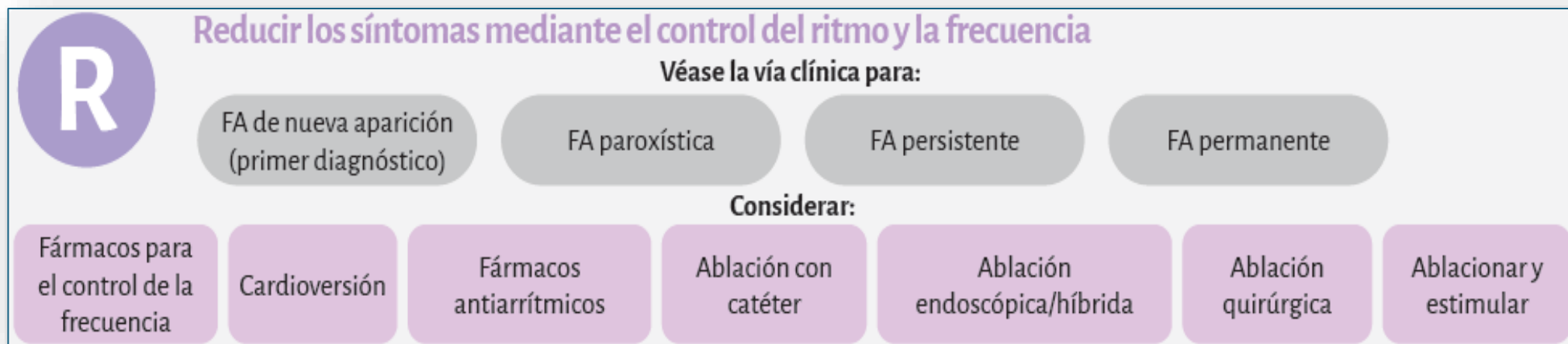
Definiciones actualizadas para la escala CHA2DS2-VA



Componente CHA ₂ DS ₂ -VA		Definición y comentarios	Puntos otorgados ^a
C	Insuficiencia cardiaca crónica	Síntomas y signos de insuficiencia cardiaca (independientemente de la FEVI, incluyendo ICfEc, ICfElr e ICfEr) o presencia de FEVI asintomática ≤40%. ²⁶¹⁻²⁶³	1
H	Hipertensión	PA en reposo >140/90 mmHg en al menos dos ocasiones, o tratamiento antihipertensivo actual. El objetivo óptimo de PA asociado con el menor riesgo de episodios cardiovasculares importantes es 120-129/70-79 mmHg (o mantenerlo tan bajo como sea razonablemente posible). ^{162,264}	1
A	Edad 75 años o más	La edad es un determinante independiente del riesgo de accidente cerebrovascular isquémico. ²⁶⁵ El riesgo relacionado con la edad es un <i>continuum</i> , pero por razones prácticas se otorgan dos puntos para una edad ≥75 años.	2
D	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus (tipo 1 o tipo 2), según la definición de los criterios actualmente aceptados, ²⁶⁶ o tratamiento hipoglucemiante.	1
S	Accidente cerebrovascular, AIT o tromboembolia arterial previos	La tromboembolia previa se asocia con un riesgo muy elevado de recurrencia y, por lo tanto, tiene una ponderación de 2 puntos.	2
V	Enfermedad vascular	EAC, incluido infarto de miocardio previo, angina, antecedentes de revascularización coronaria (quirúrgica o percutánea), y EAC significativa en la angiografía o las imágenes cardiacas. ²⁶⁷ O EVP, incluyendo: claudicación intermitente, revascularización previa por EVP, intervención percutánea o quirúrgica en la aorta abdominal y placa aórtica compleja en las imágenes (definida por las características de movilidad, ulceración, pedunculación o grosor ≥4 mm). ^{268,269}	1
A	Edad 65-74 años	Se otorga 1 punto por edad entre 65 y 74 años.	1

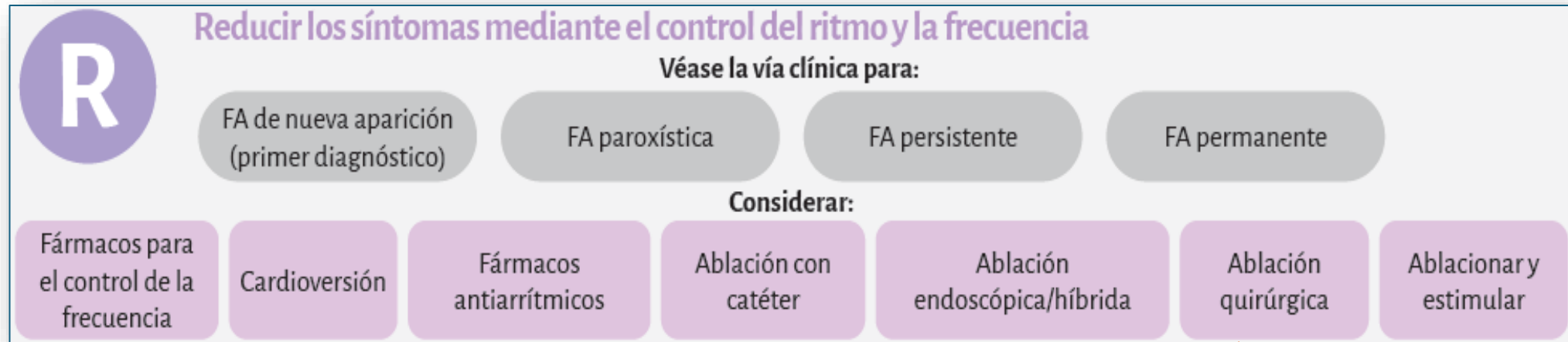
EAC, enfermedad arterial coronaria; EVP, enfermedad vascular periférica; ICfEc, insuficiencia cardiaca con fracción de eyección conservada; ICfElr, insuficiencia cardiaca con fracción de eyección ligeramente reducida; ICfEr, insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida; PA, presión arterial.

a **Además de estos factores, se deben considerar otros marcadores que modifican el riesgo de un individuo de sufrir un accidente cerebrovascular y una tromboembolia, incluidos el cáncer, la enfermedad renal crónica, la etnia (negra, hispana, asiática), los biomarcadores (troponina y BNP) y, en grupos específicos, la dilatación auricular, la hiperlipidemia, el tabaquismo y la obesidad.**



Se recomienda el tratamiento de control de la frecuencia en pacientes con FA, como tratamiento inicial en el contexto agudo, como complemento a los tratamientos de control del ritmo o como estrategia terapéutica única para controlar la frecuencia cardíaca y reducir los síntomas. **I** **B**

Se debe considerar el control laxo de la frecuencia cardíaca (con una frecuencia cardíaca en reposo de < 110 lpm) como un objetivo inicial para los pacientes con FA, y reservar el control más estricto para aquéllos con síntomas persistentes relacionados con la FA.^{459,460,466} **IIa** **B**



Control del ritmo: considerar en todos los pacientes adecuados con FA. Explicar explícitamente con los pacientes los posibles beneficios y riesgos de la cardioversión, los fármacos antiarrítmicos y la ablación quirúrgica o con catéter para reducir los síntomas y la morbilidad.

La segunda línea de tratamiento es la ablación con catéter.

Esencial para mejorar la calidad de vida del paciente.

Éxito o fracaso del control del ritmo: continúa con la **anticoagulación** de acuerdo con el nivel de riesgo de tromboembolia, independientemente del ritmo que presente el paciente (FA o ritmo sinusal (IB)).

Ablación con catéter: considerar como una opción de segunda línea si los fármacos antiarrítmicos no controlan la FA, o una opción de primera línea en pacientes con FA paroxística (IA).



Evaluación y reevaluación periódica

Reevaluar cuando se presenten episodios de FA o ingresos sin FA

Reevaluación regular: 6 meses después del inicio, y anualmente como mínimo o según la necesidad clínica

ECG, pruebas de laboratorio, imagen cardiaca, ECG ambulatorio, otras pruebas de imagen según la necesidad

Evaluar los factores de riesgo previos y nuevos y las comorbilidades (Clase I)

Estratificar el riesgo para accidente cerebrovascular y tromboembolia (Clase I)

Verificar el impacto de los síntomas de FA antes y después del tratamiento (Clase I)

Evaluar y mejorar los factores de riesgo modificables (Clase I)

Continuar con ACO a pesar del control del ritmo si hay riesgo de tromboembolia (Clase I)

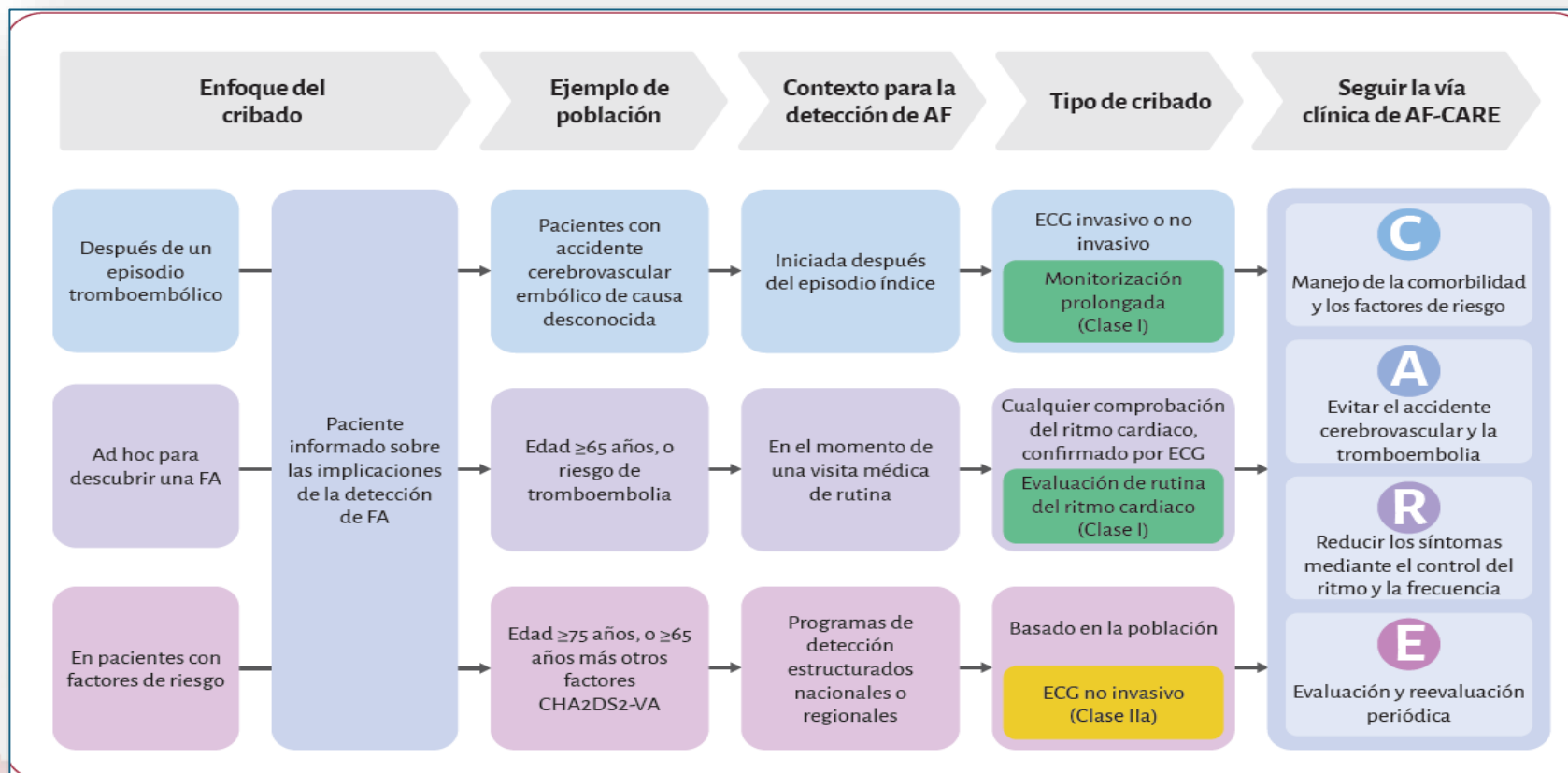
Proactividad de los profesionales sanitarios

Específico para cada paciente

Reevaluar periódicamente el riesgo de embolia y prestar atención a nuevos factores de riesgo modificables.

Esencial para mejorar el seguimiento a largo plazo.

Estrategias de cribado de la FA



Se debe considerar la detección poblacional de FA mediante un enfoque basado en ECG no invasivo prolongado en personas ≥75 años, o ≥65 años con factores de riesgo CHA₂DS₂-VA adicionales, para asegurar una detección más precoz de la FA.

IIa

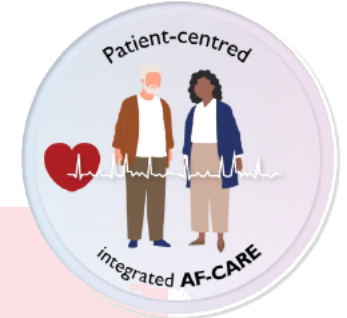
B

Se recomienda la evaluación rutinaria del ritmo cardíaco durante las visitas médicas en todas las personas ≥65 años para la detección precoz de la FA.

I

C

25 key messages of the 2024 ESC AF guidelines



1. Apply *AF-CARE* to all
2. Shared care for better outcomes
3. Equal care
4. Education for patients
5. ECG for diagnosis
6. Thorough initial assessment
7. Evaluate & manage risk
8. Focus on comorbidities
9. CHA₂DS₂-VA score
10. Anticoagulate if indicated
11. DOAC preferred for most
12. Full dose DOAC / VKA in range
13. Consider VKA switch to DOAC



14. Manage modifiable bleeding risk
 - Antiplatelets
 - Control in all
 - Manageable
 - Control for symptoms
 - Independent of heart rhythm
 - After ablation
23. Indications for endoscopic ablation
24. Ablation during cardiac surgery
25. Dynamic and periodic re-evaluation