



SEC- PRIMARIA

Proceso Fibrilación Auricular

25 de abril de 2017

SEC-PRIMARIA. Proceso Fibrilación Auricular

Copyright @Sociedad Española de Cardiología.

Reservados todos los derechos. El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Índice

1. Proceso SEC-AP Fibrilación Auricular.....	5
2. Introducción	5
3. Ruta asistencial del paciente con FA	7
Entrada al Proceso asistencial inicio en Atención Primaria	7
4. Contenidos mínimos del Informe de Alta de un paciente ingresado por FA.....	8
5. Modelos de comunicación entre atención primaria (AP) y Atención Especializada (AE).....	9
2. Estándares e indicadores	10
6. Formación en fibrilación auricular.....	10
6.1. Contenidos de la formación	11
6.2. Actividades de formación	11
6.3. Indicadores de formación	12
Anexo 1. Principios generales para la elaboración de una ruta asistencial.....	13
Anexo 2. Normas administración de SINTROM® (Acenocumarol). Si recibiese ALDOCUMAR® (Warfarina), estas normas son idénticas	14
Anexo 3. Normas administración de anticoagulantes directos(ACOD) (Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis®, Lixiana®). 15	
Tablas	
Tabla 1. Estándares e indicadores	10
Tabla 2. Estándares e indicadores de Formación.....	12
Figuras	
Figura 1. Problemas clínicos, los objetivos terapéuticos y opciones de manejo en FA.....	6
Figura 2. Ruta asistencial FA	7
Anexo 1. Figura 1. Principios generales para la elaboración de una ruta asistencial.....	13

Comité SEC-AP-Fibrilación Auricular

- **Coordinador SEC- Primaria:** Rafael Hidalgo Urbano. Hospital Virgen de la Macarena. Sevilla
- **Coordinador del Proceso:** Enrique Galve Basilio. Hospital Vall d’Hebron (Barcelona).
- **Miembros del grupo de trabajo:**
 - Vivencio Barrios Alonso. Servicio de Cardiología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.
 - Isabel Egocheaga Cabello. Centro de Salud Isla de Oz. Madrid
 - Alberto Calderón Montero. Centro de Salud Pedro Lain Entralgo. Alcorcón
 - Juan Carlos Obaya Rebollar. Centro de Salud la Chopera. Alcobendas. Madrid. Coordinador Atención Primaria.
- **Presidente de la SEC:** Andrés Íñiguez Romo.

1. Proceso SEC-AP Fibrilación Auricular

El Proceso SEC-AP Fibrilación Auricular (FA), está integrado por tres instrumentos de gestión clínica:

- Contenidos mínimos del Informe de Alta de un paciente ingresado por FA.
- Ruta asistencial del paciente con FA.
- Contenidos formativos del proceso SEC-AP_FA.

2. Introducción

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia clínica más frecuente en el ser humano. Se estima que un 3% de los adultos de más de 20 años desarrollarán esta arritmia, especialmente en edades avanzadas. En la génesis de la FA intervienen otras patologías como la hipertensión arterial, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad coronaria, las valvulopatías, la obesidad, la diabetes o la insuficiencia renal. El incremento en la incidencia actual de la FA se debe tanto a la mejoría en los métodos de detección, como al envejecimiento de la población.

La aparición de FA empeora el pronóstico vital (multiplica la mortalidad total por 2 en las mujeres y por 1,5 en los hombres) pero, especialmente, conlleva morbilidad, descompensa cardiopatías subyacentes y, viceversa, es secundaria a otros procesos agudos como sobreinfecciones respiratorias, neumonías, postoperatorios (especialmente de cirugía cardíaca y torácica) o síndromes coronarios agudos. Como consecuencia de ello, la FA es uno de los motivos de consulta en urgencias más incidente y recurrente, y asimismo obliga a ingresos hospitalarios que consumen recursos.

El manejo de la FA es multidisciplinario y transversal: intervienen tanto el cardiólogo, el médico de atención primaria y otros profesionales como el médico de urgencias, de las unidades de cuidados intensivos, el internista y el geriatra, y también los de enfermería, de modo no siempre coordinado. Existe dispersión y falta de criterios homogéneos de actuación entre todos ellos.

Por otro lado, el manejo de la FA no es sencillo porque se ha de establecer los objetivos terapéuticos (control del ritmo o de la frecuencia), el manejo conservador o intervencionista (cardioversión, ablación de venas pulmonares, de la unión AV, cierre de la orejuela, entre otros), determinar la necesidad de anticoagulación y la mejor pauta.

La figura 1 resume los problemas clínicos, los objetivos terapéuticos y las opciones de manejo:

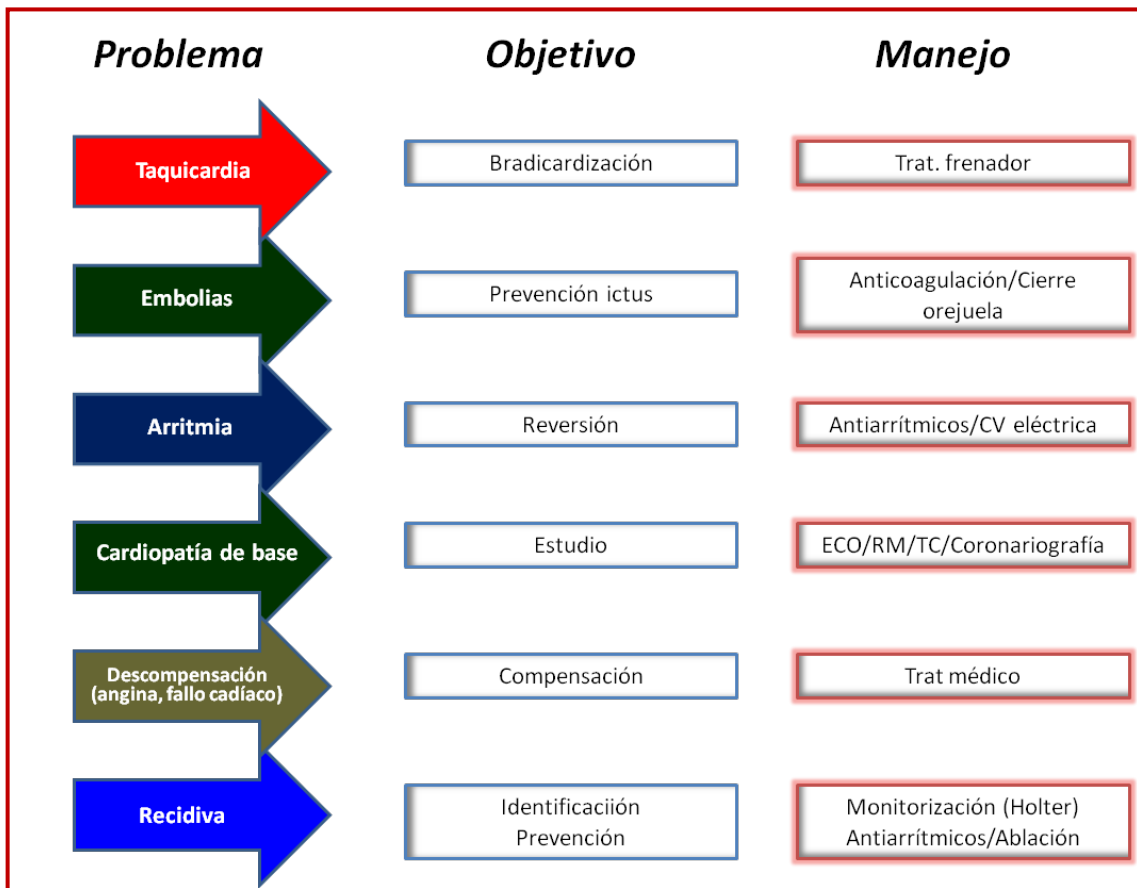


Figura 1. Problemas clínicos, los objetivos terapéuticos y opciones de manejo en FA

Como paradigma de patología que precisa de actuación integral entre AP y atención especializada, una adecuada interrelación entre todos los actores puede mejorar la asistencia, optimizar recursos y simplificar los flujos de tránsito del paciente. Y de una buena administración del proceso se pueden evitar consecuencias de gravedad clínica y secuelas, siendo el ictus la más visible.

La presente documentación sobre el proceso de FA se ha elaborado, tras una revisión de la literatura ad hoc, con la fusión de las ideas y conocimientos de miembros tanto de AP como cardiólogos, que han establecido una ruta asistencial apta para todos los perfiles de pacientes y todos los profesionales implicados, junto con lo que debe ser el esqueleto del informe al alta, así como de las recomendaciones que debe reunir cada caso. Todo ello se complementa con los modelos teóricos de comunicación entre AP y especialistas, los objetivos, contenidos y actividades de formación que se proponen en este ámbito y, finalmente, los indicadores de calidad de proceso.

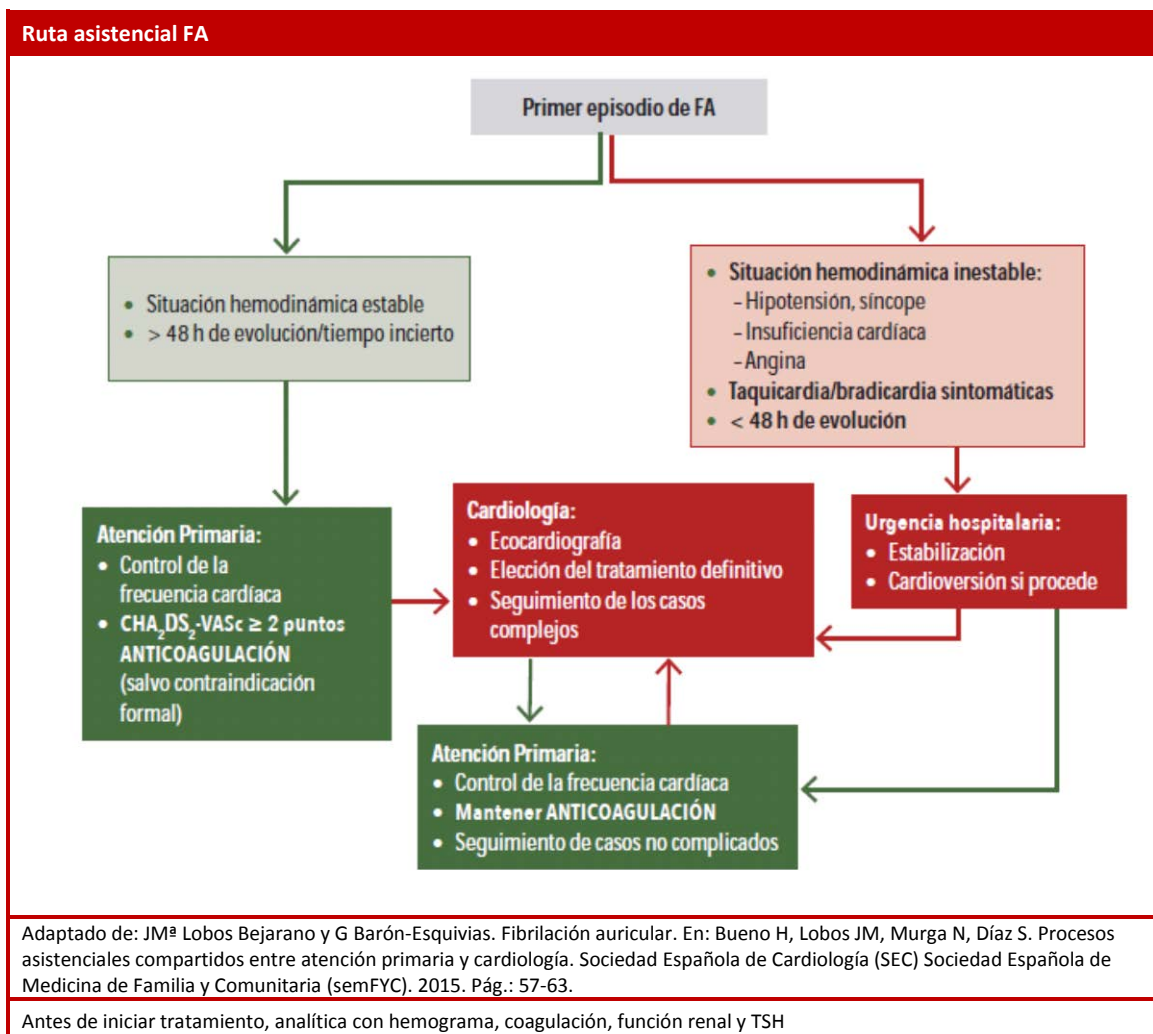
Aunque no se ha pretendido contestar todas las circunstancias clínicas que se puedan presentar, esta guía aspira a establecer unos canales para el manejo inicial, la derivación multidireccional y el acceso si fuese necesario a los procedimientos y tecnologías más complejas, señalando y priorizando vías entre todos los actores implicados en la asistencia multidisciplinar del paciente con FA.

3. Ruta asistencial del paciente con FA

Entrada al Proceso asistencial inicio en Atención Primaria

- Cribado oportunista mediante la palpación del pulso en mayores de 65 años.
- Cribado sistemático mediante ECG para la detección de FA en pacientes mayores de 75 años o con alto riesgo de ictus.
- Detección casual mediante ECG.
- Presencia de síntomas relacionados (palpitaciones, síncope, dolor torácico o disnea).

Figura 2. Ruta asistencial FA



Ruta asistencial FA

Criterios de derivación a Cardiología:

- FA paroxística si:
 - Recurrencias frecuentes pese a tratamiento antiarrítmico
 - Recurrencias sintomáticas con tratamiento adecuado
 - Síndrome de pre-excitación (Wolf-Parkinson-White,..)
 - Valoración de alternativas terapéuticas no farmacológicas (cardioversión, ablación)
- Mal control de frecuencia cardíaca: < 50 lpm o > 110 lpm en reposo
- Dudas terapéuticas (anticoagulación, control de frecuencia o ritmo)
- Valoración de la cardiopatía de base si parece relevante
- Empeoramiento o descompensación de la cardiopatía de base
- Síntomas acompañantes que no requieran atención urgente

Derivación hospitalaria urgente si complicaciones asociadas al tratamiento antiarrítmico: Sospecha de proarritmia: síncope, flutter con respuesta ventricular no controlada, arritmias ventriculares graves

Criterios de Derivación desde Cardiología a Atención Primaria:

- Paciente estable con síntomas controlados y decisión ya establecida sobre manejo crónico.
- Frecuencia cardíaca controlada
- Sin efectos adversos significativos del tratamiento

4. Contenidos mínimos del Informe de Alta de un paciente ingresado por FA

El informe de alta es clave para garantizar una adecuada continuidad asistencial entre el cardiólogo y el médico de Atención Primaria (AP). Esto es todavía más importante, si cabe, tras una descompensación cardíaca aguda, como es el caso de un ingreso por FA.

El informe de alta debe exponer de una manera clara y concisa aquellos aspectos más relevantes que hayan ocurrido durante el ingreso, así como destacar aquellos elementos que ayuden a comprender la gravedad de la enfermedad que padece el paciente y la actitud concreta que se debe tomar con el mismo, tanto desde el punto de vista del cardiólogo como del médico de Atención Primaria.

La disponibilidad de informes de alta prediseñados para los procesos más frecuentes, como el FA, permite elaborar un check-list de los aspectos que necesariamente deben ser contemplados⁽¹⁾. **Aspectos que deben ser recogidos en el Informe de Alta de un paciente**

dado de alta por FA:

- Si es la 1ª vez que se documenta FA, debe aparecer la puntuación de riesgo trombótico (CHA2DS2VASc) y la de alguna de las escalas de riesgo hemorrágico (habitualmente HAS-BLED)
- Clasificar la FA como paroxística, persistente o permanente.
- Identificar la FA como “no valvular” o “valvular” (secundaria a estenosis mitral reumática o prótesis mecánica)
- Clasificación funcional de la EHRA
- Informe completo del ECG de entrada y al alta.
- Hallazgos principales del Eco, imprescindiblemente: FEVI, presencia de valvulopatías
- Indicación tratamiento de FA:
 - Tratamiento antitrombótico.

⁽¹⁾ Se elaborará un Informe de Alta estándar para pacientes con FA.

- ✓ Anti-Vitamina K. Objetivo INR
 - ✓ Anticoagulantes directos. Dosis
 - Tratamiento de la arritmia
 - ✓ Control Ritmo: fármaco(s) y establecer, si es posible, si se renuncia a los intentos de reversión a ritmo sinusal.
 - ✓ Control Frecuencia. Objetivo control frecuencia.
 - Control Factores de Riesgo cardiovascular: IMC (Índice masa corporal). Actividad física. PA. C-LDL. HbA1c. Suprimir consumo de tabaco y alcohol.
 - **Recomendaciones al alta:**
 - Recomendaciones de cambio de estilo de vida.
 - Recomendaciones específicas para paciente anticoagulado:
 - ✓ Recomendaciones para pacientes tratados con Sintrom (Anexo 2).
 - ✓ Recomendaciones para pacientes tratados con ACOD (Anexo 3).
 - Plan de Seguimiento periódico programado:
 - ✓ Por Atención Primaria de forma exclusiva.
 - ✓ Seguimiento compartido entre Atención Primaria y Cardiología: periodicidad revisiones en Cardiología
 - Cuando debo contactar
 - ✓ Con el médico de AP.
 - ✓ O debo acudir directamente a Urgencias.
 - Finalmente, se indicarán en el informe diferentes páginas web donde el paciente pueda obtener más información si lo considera oportuno (por ejemplo: www.mimocardio.org o <http://www.fundaciondelcorazon.com>).
- 5. Modelos de comunicación entre atención primaria (AP) y Atención Especializada (AE)**
- Historia clínica electrónica compartida
 - Portal de acceso desde AP a la Historia clínica hospitalaria y a las pruebas complementarias.
 - Interconsulta o consulta on line (e-consulta). Facilita el seguimiento compartido. Evita desplazamientos al paciente a consultas externas. Válido para paciente nuevo que permita resolver el caso en el ámbito de AP. Permite aportar información desde AP a AE durante el ingreso hospitalario del paciente
 - Cardiólogo de enlace: especialista hospitalario de referencia para la gestión de casos. Contacto vía teléfono o correo electrónico.
 - Comunicación automatizada en la Agenda de Atención Primaria de ingresos, altas y asistencia en urgencias.
 - Informe de alta hospitalaria/Informe de consulta: debe reunir los puntos clave para que AP conozca los procedimientos realizados, los diagnósticos y la pauta de tratamiento.

- Informe de alta de enfermería: soporte documental para la continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria.
- Sesiones mediante webinar en los centros de salud (sesiones de casos clínicos, sesiones formativas).

2. Estándares e indicadores

Los indicadores que se proponen se cuantificarán inicialmente en centros de AP piloto que tengan disponibilidad para su implementación.

Tabla 1. Estándares e indicadores

Estándares e Indicadores	
Estándares	
Ruta asistencial de FA. Documento escrito, revisable periódicamente (al menos, una vez al año).	
Debe existir un programa de formación continuada, para todo el equipo multidisciplinar, que preste atención principalmente a los profesionales de los centros de salud, servicios de urgencias, con elevado recambio y alternancia (turnos) del personal	
Indicadores	
De la ruta asistencial	
	% de pacientes menores de 75 años en los que conste en la historia clínica de AP el tipo y frecuencia del ritmo cardiaco/ total de pacientes < 75 años
	% de pacientes mayores de 75 años en los que conste en la historia clínica de AP un ECG con ritmo y frecuencia/ total de pacientes > 75 años
	% de pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular, y con criterios de derivación a Cardiología, derivados a cardiología/ total de pacientes con fibrilación auricular con criterios de derivación por médico de AP
	% de pacientes diagnosticados de fibrilación auricular con la frecuencia cardiaca controlada (50-110)/ total de pacientes con diagnóstico de FA por médico de AP
	% de pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular con criterios de derivación a Urgencias, efectivamente derivados a urgencias hospitalarias / total de pacientes con fibrilación auricular con criterios de derivación por médico de AP
Del informe de alta	
	% de informes en los que consta el riesgo trombótico (CHA2DS2VASc) y hemorrágico (HAS-BLED u otros) / total de informes
	% de informes en los que consta el tipo de fibrilación auricular / total de informes
	% de informes en los que consta la realización de un ecocardiograma) / total de informes
	% de informes en los que consta el tipo de tratamiento anticoagulante en dosis, régimen de administración y objetivo terapéutico / total de informes
	% de informes en los que consta las recomendaciones del tratamiento con Sintrom en los pacientes con AVK / total de informes
	% de informes en los que consta las recomendaciones para los anticoagulantes directos en los pacientes bajo ese tratamiento / total de informes
	% de informes en los que consta el tratamiento y objetivo de frecuencia cardiaca / total de informes
	% de informes en los que consta el tratamiento y objetivo de control del ritmo / total de informes

6. Formación en fibrilación auricular

El objetivo de la formación debe ser mejorar la calidad asistencial del paciente con fibrilación auricular desde una triple perspectiva:

- Mejorar la cualificación de los profesionales implicados en el proceso de atención de la FA
- Potenciar el conocimiento mutuo de las actividades y recursos existentes entre los distintos niveles de atención
- Establecer las vías de comunicación adecuadas a la población general y colectivos específicos

Las actividades a realizar para desarrollar la formación pueden resumirse en:

- Difusión
- Actividades presenciales
- Actividades on line
- Evaluación

6.1. Contenidos de la formación

Los aspectos relevantes mínimos que debe abordar la formación en fibrilación auricular deben ser:

- Aspectos epidemiológicos y fisiopatológicos de la FA.
- Prevención de la FA y control de los factores de riesgo cardiovascular.
- Formas clínicas de presentación y repercusión clínica y pronóstica.
- Estrategias terapéutica compartidas entre AP y cardiología: anticoagulación, control del ritmo, control de la frecuencia.
- Otras estrategias terapéuticas.
- Manejo compartido entre cardiología y AP de la FA. Rutas asistenciales.
- Actualización del conocimiento y difusión de las guías de buena práctica clínica.

6.2. Actividades de formación

- **Difusión.** Se desarrollaran las actividades pertinentes para la difusión de los contenidos de este documento, SEC-Excelente y aquellos otros documentos relacionados elaborados por las sociedades de AP y cardiología de forma conjunta. Para ello se podrán utilizar diferentes estrategias:
 - Correo electrónico a los socios.
 - Ediciones impresas completas del documento.
 - Ediciones impresas en forma de dípticos de fácil manejo en consulta.
 - App para dispositivos móviles.
 - Videos y materiales formativos en power point y similares
- **Actividades presenciales.** El desarrollo de actividades presenciales tiene el objetivo de aproximar las diferentes realidades de los distintos niveles asistenciales, fomentar el debate y la discusión, y mejorar el manejo compartido entre cardiología y Atención Primaria. Se puede desarrollar por medio de:
 - Talleres prácticos sobre manejo y tratamiento de la FA
 - Cursos específicos o integrados en las diferentes reuniones y congresos
 - Sesiones de formación específicas conjuntas en los centros de salud
- **Actividades no presenciales.** La sobrecarga laboral y asistencial hace de las actividades on line un medio necesario para la formación en el manejo del paciente con FA. Aumenta la accesibilidad a los contenidos y permite la selección de los mismos de una manera eficaz y a demanda. Esta dirigida por tanto a todos los profesionales para mejorar y potenciar las actividades presenciales, así como para aquellos profesionales que tengan una menor accesibilidad a las mismas. Entre las actividades a realizar pueden ser:

- Casos clínicos interactivos on line.
 - Cursos on line.
 - Webinar con la participación de cardiólogos y médicos de AP.
 - Vídeos formativos.
 - Unidades cardiológicas específicas de acceso on line para diagnóstico y decisiones terapéuticas en función de la disponibilidad de recursos.
 - Link interactivos entre las diferentes páginas web de las sociedades implicadas.
- **Evaluación.** El objetivo de la evaluación es medir y cuantificar el efecto de la formación en el proceso asistencial de la fibrilación auricular. Para ello se diseñarán una serie de estándares e indicadores para evaluar las diferentes actividades de formación.

6.3. Indicadores de formación

El objetivo de establecer indicadores de las actividades de formación es cuantificar el desarrollo de las mismas, así como evaluar en el tiempo su impacto sobre el proceso asistencial de la fibrilación auricular.

Tabla 2. Estándares e indicadores de Formación

<i>Indicadores de las actividades formativas</i>
Número de documentos completos impresos
Número de dípticos o documentos breves impresos
Número de sesiones presenciales conjuntas desarrolladas en los centros de salud en un área determinada (Estándar: al menos una anual por centro de salud asociado a la actividad)
Número de webinar sobre fibrilación auricular con participación conjunta de cardiólogos y médicos de AP
Número de cursos on line sobre FA elaborados conjuntamente por la SEC y las sociedades de Atención Primaria
Número de inscritos en los cursos on line elaborados por la SEC y las sociedades de AP/numero total de cursos
Número medio de asistentes a los diferentes talleres y cursos presenciales elaborados conjuntamente por la SEC y las sociedades de AP

Anexo 1. Principios generales para la elaboración de una ruta asistencial

Anexo 1. Figura 1. Principios generales para la elaboración de una ruta asistencial

RUTA ASISTENCIAL	
PRINCIPIOS	CARACTERÍSTICAS
1.- Centrado en el paciente 2.- Implicación de Cardiología y AP (todos) 3.- Sustentada en la mejor práctica clínica 4.- Garantizar la continuidad de la atención	1.- Sencilla 2.- Flexible y modificable 3.- Adaptada a las condiciones locales 4.- Debe definir claramente las condiciones de derivación (bidireccional) 5.- Debe establecer responsables

Proceso de elaboración de la ruta asistencial

- 1.- Partiendo de la ruta elaborada en el proyecto SEC-AP, elaboración de la ruta asistencial adaptada a cada hospital/área de salud, con la participación de todos los agentes implicados.
- 2.- Nombrar a un responsable de gestión de la ruta asistencial y un grupo de trabajo responsable de su actualización, en el que estén representados los agentes más relevantes implicados.
- 3.- Utilizar los indicadores de evaluación de la ruta y, en su caso, añadir los que se consideren relevantes en el ámbito local (se recomienda la utilización de un conjunto reducido de indicadores, lo más próximos posibles a indicadores de resultados).
- 4.- Adaptar el sistema de información local para hacer posible la elaboración y seguimiento de los indicadores de desempeño.
- 5.- Difusión de la ruta entre todos los cardiólogos y médicos de AP y el resto agentes implicados.
- 6.- Evaluación, seguimiento y actualizaciones de la ruta. Se debe establecer un plazo para su revisión periódica (una vez al año, como mínimo, y siempre que exista una modificación relevante en el manejo de la condición -guías de práctica clínica de la ESC/SEC-).
- 7.- Formación específica a todos los agentes implicados.

Anexo 2. Normas administración de SINTROM® (Acenocumarol). Si recibiese ALDOCUMAR® (Warfarina), estas normas son idénticas

1. El Sintrom® es un medicamento anticoagulante. Se emplea con el fin de disminuir el riesgo de embolias o trombosis en la circulación. Por tanto, es muy importante que Ud reciba la dosis adecuada, pues un exceso de medicación puede dar lugar a hemorragias, mientras que un tratamiento insuficiente conlleva el riesgo de formación de coágulos en el torrente sanguíneo.
2. La administración de Sintrom® siempre requiere unos cuidados especiales. Entre ellos, no puede transcurrir un tiempo excesivo (por lo general, un mes, a menos que se indique lo contrario) sin que se mida el efecto anticoagulante mediante un análisis de sangre.
3. Es fundamental que sea muy riguroso con la dosis que se le haya recomendado. No debe cometer olvidos. Tome el Sintrom® (salvo que se le indique lo contrario), una hora (aproximadamente) antes de comer o de cenar.
4. A menos que se le indique, no puede tomar aspirina o derivados que puedan contenerla. Tampoco es recomendable tomar antiinflamatorios (como ibuprofeno). Por lo general, no debe tomar ningún tipo de medicación sin consultar previamente. Si tiene dolor de cabeza o fiebre, puede tomar paracetamol.
5. Si advierte síntomas de sangrado por la nariz, encías, orina, o si efectúa deposiciones con sangre o de color negro, debe consultar.
6. Evitar inyecciones intramusculares, son preferibles las subcutáneas.
7. Si acude al dentista, adviértale siempre de que recibe Sintrom®. Ciertas manipulaciones, especialmente las extracciones dentarias, le obligan a tomar precauciones, muchas veces sin llegar a interrumpir el Sintrom®.
8. En general, advierta a cualquier médico que le trate que recibe Sintrom®, pero muy especialmente si hubiesen de intervenirle quirúrgicamente.
9. Si observa todas estas precauciones, las posibilidades de efectos indeseables del tratamiento con Sintrom® se reducen al mínimo.

Anexo 3. Normas administración de anticoagulantes directos(ACOD) (Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis®, Lixiana®)

1. La mediación que le han prescrito es un medicamento anticoagulante. Se emplea con el fin de disminuir el riesgo de embolias o trombosis en la circulación. Por tanto, es muy importante que Ud reciba la dosis adecuada, pues un exceso de medicación puede dar lugar a hemorragias, mientras que un tratamiento insuficiente conlleva el riesgo de formación de coágulos en el torrente sanguíneo.
2. Es fundamental que sea muy riguroso con la dosis que se le haya recomendado. No debe cometer olvidos ni tomar mas pastillas de las que su médico le ha prescrito (dependiendo de la medicación prescrita, puede ser una pastilla diaria o dos pastillas diarias, en este último caso, una cada 12 horas).
3. A menos que se le indique, no puede tomar aspirina o derivados que puedan contenerla. Tampoco es recomendable tomar antiinflamatorios (como ibuprofeno). Por lo general, no debe tomar ningún tipo de medicación sin consultar previamente. Si tiene dolor de cabeza o fiebre, puede tomar paracetamol.
4. Si advierte síntomas de sangrado por la nariz, encías, orina, o si efectúa deposiciones con sangre o de color negro, debe consultar.
5. Si acude al dentista, adviértale siempre de que recibe un anticoagulante directo (Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis® o Lixiana®). Ciertas manipulaciones, especialmente las extracciones dentarias, le obligan a tomar precauciones, muchas veces sin llegar a interrumpir la medicación.
6. En general, advierta a cualquier médico que le trate que recibe medicación anticoagulante (Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis® o Lixiana®), pero muy especialmente si hubiesen de intervenirle quirúrgicamente.
7. Si observa todas estas precauciones, las posibilidades de efectos indeseables del tratamiento anticoagulante se reducen al mínimo.