

Código: IN-EC-35 · Vigencia: 2025-02-17 · V001



Estándar Clínico Basado en la Evidencia:

diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y
seguimiento de los pacientes adultos con
fibrilación auricular atendidos en el Hospital
Universitario Nacional de Colombia



Miembro corporado:



HOSPITAL
UNIVERSITARIO
NACIONAL
DE COLOMBIA



CENTRO DE
INVESTIGACIÓN E
INNOVACIÓN EN SALUD
NACIONAL DE COLOMBIA



Corporación
SALUD UN



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Estándar clínico basado en la evidencia: diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento del paciente adulto con fibrilación auricular atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia

Hospital Universitario Nacional de Colombia
Universidad Nacional de Colombia

Bogotá, Colombia
2025

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Versión previa a diagramación

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Estándar clínico basado en la evidencia: diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento del paciente adulto con fibrilación auricular atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia

Hospital Universitario Nacional de Colombia

Dirección de Investigación e Innovación
 Proceso de Atención en Medicina Interna
 Proceso de Atención en Cardiología
 Proceso de Atención en Electrofisiología
 Proceso de Atención en Rehabilitación y Desarrollo Humano
 Proceso de Atención en Hospitalización
 Proceso de Atención en Servicio Farmacéutico
 Proceso de Gestión Administrativa
 Proceso de Gestión de Calidad y Seguridad en Gestión del Riesgo en Salud

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina
 Instituto de Investigaciones Clínicas
 Departamento de Medicina Interna

Facultad de Enfermería
 Departamento Salud de Colectivos

Facultad de Ciencias
 Departamento de Farmacia

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

AUTORES

- Líderes de la propuesta

Guillermo Mora Pabón

Médico cirujano, especialista en Medicina Interna, especialista en cardiología y subespecialista en electrofisiología. Profesor titular de la Universidad Nacional de Colombia, director del Servicio de Cardiología del Proceso de Atención Ambulatoria y Proceso de Atención Hospitalaria del Hospital Universitario Nacional de Colombia, director del Servicio de Electrofisiología del Hospital Universitario Clínica San Rafael y coordinador de Electrofisiología del Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá.

Ayda Gabriela Guerrero Montero

Médica, residente de la especialidad en medicina interna de la Universidad Nacional de Colombia

- Participantes consenso

Ruth Katherine Álvarez Leaño

Enfermera, especialista integral de Servicios de Salud. Se desempeña como líder del área de Atención Segura en el proceso de gestión de la calidad y seguridad en gestión del riesgo en salud del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Yina Daniela Benitez Patiño

Médica cirujana, especialista en medicina interna y cuidado crítico. Se desempeña como médica internista e intensivista en el Proceso de Atención en Cuidado Crítico del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Harold Betancourt Pérez

Químico farmacéutico, estudiante de la maestría en farmacoeconomía en la Universidad Internacional de la Rioja de España (UNIR). Se desempeña como Director del Proceso de Atención en Servicio Farmacéutico del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Olga Lucia Chaparro Pinilla

Nutricionista dietista, especialista en nutrición clínica. Se desempeña como nutricionista clínica en el Proceso de Atención en Hospitalización del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Natalia Corredor Parra

Trabajadora social, especialista en alta gerencia. Se desempeña como jefe del área de experiencia al usuario en el Proceso de Experiencia al Usuario del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Luz Myriam Díaz Londoño

Ingeniera biomédica, se desempeña como coordinadora de ingeniería biomédica del Proceso de Gestión Administrativa en el Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Patricia Galindo Varela

Enfermera, especialista en gerencia de la calidad en salud y especialista en epidemiología. Se desempeña como líder del programa de salud cardiovascular en el Proceso de Atención en Programas Especiales del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Johan Manuel Infante González

Fisioterapeuta, especialista en cuidado crítico y magíster en epidemiología. Se desempeña como fisioterapeuta del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Mónica Viviana Martínez Baquero

Profesional en instrumentación quirúrgica, especialista en gerencia y auditoría en salud. Se desempeña como auditora en el Proceso de Gestión Comercial y Mercadeo del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Andrés Parra Charris

Médico, residente de segundo año de la especialidad en medicina del deporte de la Universidad Nacional de Colombia

Sebastián Leonardo Ovalle Gómez

Médico, residente de cuarto año de la especialidad de neurología clínica de la Universidad Nacional de Colombia.

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Silvana Pacheco Navarro

Médica, se desempeña como médica hospitalaria del Proceso de Atención en Hospitalización en Hospital Universitario Nacional de Colombia

Geraldine Tatiana Piraquive Niño

Enfermera, especialista en enfermería en cuidado crítico y magíster en cuidado crítico. Se desempeña como enfermera en el Proceso de Atención en Cuidado Crítico del Hospital Universitario Nacional de Colombia y como profesora ocasional en el Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Sindy Puentes López

Médica, residente de la especialidad en medicina interna de la Universidad Nacional de Colombia

Ángel Yobany Sánchez Merchán

Médico cirujano, especialista en patología anatómica y clínica, y magíster en gestión de organizaciones. Se desempeña como médico patólogo en el Proceso de Atención en Patología y Laboratorio Clínico del Hospital Universitario Nacional de Colombia y como profesor asociado al Departamento de Patología de la Facultad de Medicina en la Universidad Nacional de Colombia.

Shehana Thahir Silva

Médica, residente de la especialidad en geriatría de la Universidad Nacional de Colombia

Daniel Felipe Urrego Villabón

Fisioterapeuta, se desempeña como tal en el Proceso de Rehabilitación y Desarrollo Humano en el Hospital Universitario Nacional de Colombia

Yolid Andrea Zuleta Martínez

Psicóloga, estudiante de la maestría en psicología clínica y de la salud en Unisanitas. Se desempeña como psicóloga del Proceso de Atención en Hospitalización y Atención Ambulatoria del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

- **Coordinación metodológica**

Andrés Felipe Patiño Benavidez

Médico cirujano, magíster en epidemiología clínica. Metodólogo de investigación de la Dirección de Investigación e Innovación del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Giancarlo Buitrago

Médico cirujano, magíster en Economía y en Epidemiología Clínica, y doctor en Economía. Es profesor asociado y Vicedecano de Investigación y Extensión de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, y director de Investigación e Innovación del Hospital Universitario Nacional de Colombia -

- **Seguimiento del proceso**

Comité de estándares clínicos

Hospital Universitario Nacional de Colombia, Universidad Nacional de Colombia.

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Contribuciones de los autores

- **Coordinación clínica:** Guillermo Mora Pabón – Ayda Gabriela Guerrero Montero
- **Coordinación metodológica:** Andrés Felipe Patiño Benavidez
- **Definición de alcance y objetivos:** Guillermo Mora Pabón – Ayda Gabriela Guerrero Montero - Andrés Felipe Patiño Benavidez
- **Revisión sistemática de guías de práctica clínica:** Guillermo Mora Pabón – Ayda Gabriela Guerrero Montero - Andrés Felipe Patiño Benavidez
- **Algoritmo clínico preliminar:** Guillermo Mora Pabón – Ayda Gabriela Guerrero Montero - Andrés Felipe Patiño Benavidez
- **Acuerdo interdisciplinario:** Guillermo Mora Pabón, Ayda Gabriela Guerrero Montero, Ruth Katherine Álvarez Leaño, Yina Daniela Benitez Patiño, Harold Betancourt Pérez, Olga Lucia Chaparro Pinilla, Natalia Corredor Parra, Luz Myriam Díaz Londoño, Patricia Galindo Varela, Johan Manuel Infante González, Mónica Viviana Martínez Baquero, Andrés Parra Charris, Sebastián Leonardo Ovalle Gómez, Silvana Pacheco Navarro, Geraldine Tatiana Piraquive Niño, Sindy Puentes López, Ángel Yobany Sánchez Merchán, Shehana Thahir Silva, Daniel Felipe Urrego Villabón, Yolid Andrea Zuleta Martínez, Andrés Felipe Patiño Benavidez.
- **Algoritmo clínico final:** Guillermo Mora Pabón, Ayda Gabriela Guerrero Montero, Andrés Felipe Patiño Benavidez
- **Revisión y edición:** Guillermo Mora Pabón, Ayda Gabriela Guerrero Montero - Andrés Felipe Patiño Benavidez, Paula Andrea González
- **Seguimiento del proceso:** Comité de Estándares Clínicos.

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Contenido

Introducción	14
Alcance	16
Objetivos	17
Metodología	18
Diagramas de flujo y puntos de control.....	22
Implementación del estándar clínico basado en la evidencia y evaluación de la adherencia	59
Impacto esperado del ECBE	61
Actualización del ECBE	62
Glosario.....	63
Referencias.....	65
Anexos	69

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Índice de tablas

Tabla 1. Guías de práctica clínica identificadas en la búsqueda de la literatura que cumplieron con los criterios de elegibilidad para el desarrollo del estándar clínico basado en la evidencia.	20
Tabla 2. Escala European Heart Rythm Association (EHRA)	28
Tabla 3. Escala CHADS VA.....	30
Tabla 4. Situaciones en las que la anticoagulación a largo plazo está contraindicada y situaciones en las que sigue siendo razonable.	32
Tabla 5. Interacciones medicamentosas antagonistas de la vitamina K.....	34
Tabla 6. Interacciones medicamentosas DOACS.....	35
Tabla 7. Medicamentos para controlar la frecuencia cardíaca.	39
Tabla 8. Medicamentos para controlar el ritmo.	47
Tabla 9. Indicadores propuestos para los puntos de control.....	58

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Índice de figuras

Figura 1. Metodología del proceso secuencial de desarrollo del estándar clínico basado en la evidencia para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de pacientes adultos con fibrilación auricular en el Hospital Universitario Nacional de Colombia	18
Figura 2. Diagrama de flujo para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento del paciente adulto con fibrilación auricular	22
Figura 3. Sección 1: Diagnóstico	23
Figura 4. Anticoagulación y clasificación de la FA.....	29
Figura 5. Sección 3: tratamiento del paciente con fibrilación auricular estable	38
Figura 6. Sección 4: tratamiento del paciente con fibrilación auricular inestable ...	51
Figura 7. Sección 5: Manejo especializado de la FA	53

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Abreviaturas

ACV	Ataque cerebro vascular
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation
AIT	Ataque isquémico transitorio
AINES	Antiinflamatorios no esteroideos
AV	Auriculoventricular
CYP3A4	Citocromo P450 3A4
DOAC	Anticoagulante oral directo
ECBE	Estándar Clínico Basado en la Evidencia
ECG	Electrocardiograma
EHRA	European Heart Rythm Association
ERC	Enfermedad renal crónica
ES US	Accidente cerebrovascular embólico de origen indeterminado (embolic stroke of unknown source)
ETE	Ecocardiograma transesofágico
ETT	Ecocardiograma transtorácico
FA	Fibrilación auricular
FEVI	Fracción de eyección del ventrículo izquierdo
GBD	Global Burden of Disease
GPC	Guías de Práctica Clínica
HUN	Hospital Universitario de Colombia

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

IC	Insuficiencia cardiaca
ICFEmr	Insuficiencia cardiaca con FEVI moderadamente reducida
ICFEp	Insuficiencia cardiaca con FEVI preservada
ICFEr	Insuficiencia cardiaca con FEVI reducida
IM	Infarto del miocardio
IMC	Índice de masa corporal
INR	Índice internacional normalizado
IV	Intravenoso
J	Joules
NIHSS	National institute of Health Stroke Scale
NYHA	New York Heart Association
P - gp	La glicoproteína-P
PITP	Píldora en el bolsillo
PT	Tiempo de protrombina
PTT	Tiempo de tromboplastina parcial
TFGe	Tasa de filtración glomerular estimada
TSV	Taquicardia supraventricular
UCI	Unidad de Cuidado Intensivo
VI	Ventrículo izquierdo
VO ₂	Consumo de oxígeno

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Introducción

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en adultos y a su vez la más tratada en la práctica clínica. Se asocia con un mayor riesgo de mortalidad, ataque cerebrovascular y embolias periféricas, es una condición compleja y multifacética que va desde un trastorno electrofisiológico aislado o, más comúnmente, una manifestación de otras patologías tanto cardíacas y no cardíacas, resulta de una combinación de actividad ectópica focal y de reentrada donde los focos auriculares ectópicos surgen de perturbaciones que hacen que las células se despolaricen espontáneamente, ya sea como consecuencia del aumento de la automaticidad o, con más frecuencia, de la actividad desencadenada por posdespolarizaciones (1).

El estudio Global Burden of Disease (GBD) demostró que más de 59 millones de personas vivían con FA en 2019 (2). La prevalencia se ha mantenido estable, para 2023 se documentó una prevalencia global de fibrilación auricular (FA) de 60 millones de casos (3), con una incidencia de aproximadamente 1 de cada 3 individuos, siendo mayor el riesgo en personas por encima de los 55 años (4). Sin embargo, se considera que la prevalencia real de FA es mayor porque muchas personas presentan esta condición sin diagnosticarse, hasta que desarrollan síntomas o presentan un accidente cerebrovascular isquémico, sumado además a la mayor esperanza de vida promedio a nivel mundial (2). Cabe resaltar que la incidencia de recurrencia posterior a un primer episodio de FA oscila entre el 40 - 50 %, a pesar de los intentos de cardioversión eléctrica y la administración de fármacos antiarrítmicos (5).

Entre 2013 y 2017 en Colombia se identificaron 143.656 casos registrados con diagnóstico principal de FA y la prevalencia nacional pasó de 41 a 87 casos por 100.000 habitantes respectivamente. La mortalidad documentada en Colombia entre el año 2000 y 2009 fue de 46.8 por 100.000 habitantes (6).

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

En este sentido, la FA es una patología prevalente a nivel mundial y nacional, que genera no solo aumento en la morbilidad y mortalidad en los pacientes sino además un gran impacto económico en los sistemas de salud. El costo anual por paciente, se estima que fue de 9.409 € (13 333 dólares estadounidenses), relacionados con la hospitalización, las comorbilidades y complicaciones, como el ictus y la discapacidad que esta patología genera (7). Se considera que la detección temprana de la FA y la implementación del tratamiento adecuado a través de un grupo multidisciplinar, podrían reducir la frecuencia de las complicaciones asociadas con la FA (2).

En el Hospital Universitario Nacional de Colombia (HUN), la FA es un motivo frecuente de consulta; para el año 2022 hubo un total de 208 pacientes que ingresaron por esta condición. La atención integral de estos pacientes desde el diagnóstico hasta el tratamiento y el seguimiento, involucra a diferentes áreas clínicas, porque se presenta en los servicios de hospitalización, en sala general o UCI y es manejada por medicina interna, cardiología, electrofisiología, cuidado crítico, neurología clínica, geriatría, enfermería, farmacia, laboratorio, nutrición, trabajo social, fisioterapia, psicología. También involucra la atención ambulatoria de los pacientes que deben cumplir con un seguimiento estrecho para conseguir un adecuado control, prevenir complicaciones y lograr reducir factores de riesgo modificables, es por esto que es necesario identificar las indicaciones para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de los pacientes adultos con fibrilación auricular atendidos en el HUN, mediante el desarrollo de un ECBE.

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Alcance

Este ECBE busca, con base en la mejor evidencia disponible, elaborar un algoritmo clínico para establecer el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de los pacientes adultos con fibrilación auricular atendidos en el Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Las recomendaciones contenidas aquí están dirigidas a diferentes profesionales de la salud, médicos generales, internistas, cardiólogos (ya sea especializados en cardiología clínica, electrofisiología o cardiología intervencionista), cuidado crítico, enfermería, así como a otros técnicos o auxiliares involucrados en la atención de pacientes adultos con fibrilación auricular. Este ECBE además podrá ser usado tanto por docentes como por estudiantes de ciencias de la salud (pregrado y posgrado) de la Universidad Nacional de Colombia, que se encuentren realizando sus prácticas clínicas en el HUN, así como por personal asistencial y administrativo de la institución responsable de tomar decisiones relativas al abordaje integral de estos pacientes, con el fin de facilitar el proceso de implementación del ECBE en el hospital.

Es importante mencionar que este documento no incluye recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o seguimiento de gestantes.

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Objetivos

Estos se dividen en general y específicos, como se detalla a continuación.

Objetivo general

Identificar las indicaciones para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de los pacientes adultos con fibrilación auricular atendidos en el HUN, mediante el desarrollo de un ECBE.

Objetivos específicos

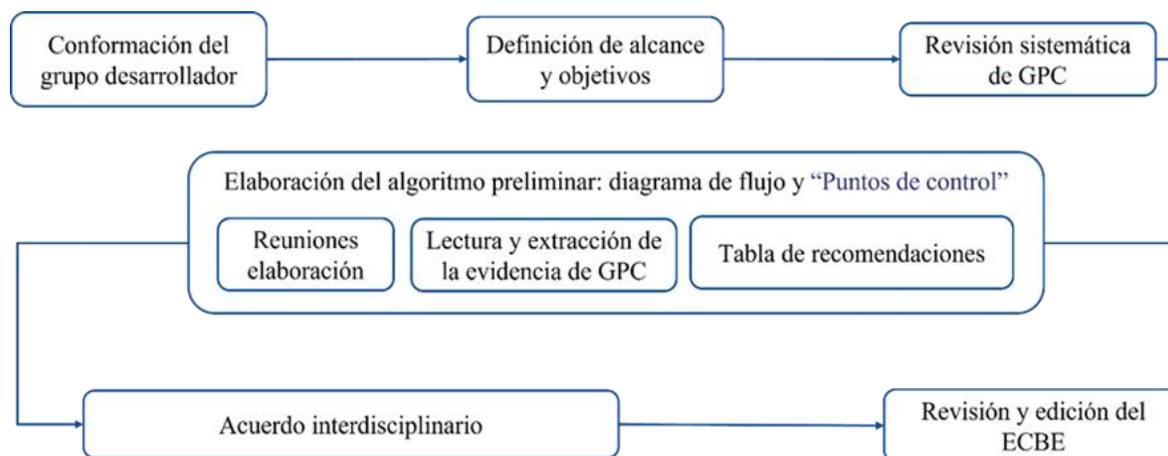
- Identificar las áreas/servicios asistenciales del HUN involucrados en el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de los pacientes adultos con fibrilación auricular.
- Identificar recomendaciones basadas en la evidencia para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de los pacientes adultos con fibrilación auricular.
- Generar un consenso entre las diferentes áreas/servicios asistenciales involucrados con el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de los pacientes adultos con fibrilación auricular atendidos en el HUN.
- Elaborar un algoritmo clínico para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de los pacientes adultos con fibrilación auricular atendidos en UCI y hospitalización del HUN.
- Identificar puntos de control para la implementación y evaluación del ECBE.
- Presentar los lineamientos para la difusión e implementación del ECBE.

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Metodología

El ECBE se desarrolló mediante un proceso secuencial de siete componentes: i) conformación del equipo desarrollador; ii) definición del alcance y los objetivos del ECBE; iii) revisión sistemática de guías de práctica clínica (GPC); iv) elaboración del algoritmo preliminar; v) desarrollo de un acuerdo interdisciplinario; vi) elaboración del algoritmo final, y vii) revisión y edición del ECBE (Figura 1).

Figura 1. Metodología del proceso secuencial de desarrollo del estándar clínico basado en la evidencia para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de pacientes adultos con fibrilación auricular en el Hospital Universitario Nacional de Colombia



Fuente: elaboración propia.

El grupo desarrollador del ECBE estuvo conformado por expertos en medicina interna, cardiología, electrofisiología y en epidemiología clínica. Todos los miembros diligenciaron los formatos de divulgación de conflictos de intereses. Una vez constituido, el grupo interdisciplinario estableció los objetivos y el alcance del ECBE. En la etapa de revisión de la literatura, se realizaron búsquedas sistemáticas en diferentes bases de datos (Medline, Embase y lilacs) y organismos desarrolladores y compiladores de GPC, usando lenguaje controlado para identificar las GPC que respondieran al objetivo y alcance planteados (ver anexo 1 para más información sobre las estrategias de búsqueda).

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

1. Criterios de inclusión

- GPC sobre el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de pacientes adultos con fibrilación auricular.
- GPC publicadas en inglés o español y con acceso a texto completo.
- GPC publicadas en los últimos 10 años (2013 - 2023).

2. Criterios de exclusión

- GPC con evaluación de la calidad global menor a seis según el instrumento AGREE II y con un puntaje menor a 60 % en los dominios de rigor metodológico e independencia editorial.
- GPC sobre el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de pacientes adultos con fibrilación auricular en población infantil.
- GPC sobre diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de pacientes adultos con fibrilación auricular en población de gestantes.

La tamización de la evidencia se realizó mediante la revisión del título, resumen y texto completo de los documentos identificados en las búsquedas sistemáticas. Este proceso se hizo de manera independiente por dos miembros del grupo desarrollador; las discrepancias las resolvió un tercer integrante. La calidad de las GPC seleccionadas la evaluaron de manera independiente dos integrantes del grupo desarrollador (un experto clínico y un experto metodológico), para lo cual se utilizó el instrumento AGREE-II (8).

El proceso de tamización y selección de las GPC se resume en el diagrama PRISMA (anexo 2). Finalmente, después de aplicar los criterios de elegibilidad se incluyeron los documentos presentados en la tabla 1.

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Tabla 1. Guías de práctica clínica identificadas en la búsqueda de la literatura que cumplieron con los criterios de elegibilidad para el desarrollo del estándar clínico basado en la evidencia.

Id	Nombre de la GPC*	Grupo desarrollador	País o continente	Idioma	Año
GPC1	2019 AHA/ACC/HRS Focused Update of the 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation	American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society	EEUU	Inglés	2019
GPC2	The 2020 Canadian Cardiovascular Society/Canadian Heart Rhythm Society Comprehensive Guidelines for the Management of Atrial Fibrillation - Canadian Journal of Cardiology	Canadian Cardiovascular Society/Canadian Heart Rhythm Society	Canadá	Inglés	2020
GPC3	2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery	European Society of Cardiology (ESC), with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. Endorsed by the European Stroke Organisation (ESO)	Europa	Inglés	2024

*GPC: guía de práctica clínica.

Fuente: elaboración propia.

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

En cuanto a la elaboración de la propuesta preliminar del ECBE: en primer lugar, se elaboró una tabla de extracción de información utilizando un sistema de dominios (explicado en el anexo 1); en segundo, se extrajo la evidencia contenida en las 3 GPC seleccionadas, adicionalmente se incluyó una GPC por recomendación de los expertos publicada posterior a la finalización del a búsqueda que cumplió con los criterios de elegibilidad de calidad metodológica. (los niveles de evidencia y grados de recomendación utilizados por cada una de las GPC se encuentran en el anexo 4), y, finalmente, se identificaron las áreas asistenciales del HUN involucradas en el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de los pacientes adultos con fibrilación auricular, para elaborar el algoritmo clínico para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de los pacientes adultos con fibrilación auricular, atendidos en la institución.

En la fase del acuerdo interdisciplinar, se designaron representantes de las áreas asistenciales involucradas en la atención de estos pacientes, a quienes se les envió la versión preliminar del algoritmo con el fin de que lo evaluaran antes de asistir a la reunión de consenso. En esta reunión, participaron los representantes de los siguientes servicios/áreas asistenciales: enfermería, farmacia, nutrición, trabajo social, fisioterapia, cuidado crítico, cardiología, electrofisiología, neurología clínica, medicina general, medicina interna, patología, geriatría, psicología. Los líderes clínicos del ECBE estuvieron a cargo de la presentación de los algoritmos y la reunión fue moderada por un representante de la Dirección de Investigación e Innovación.

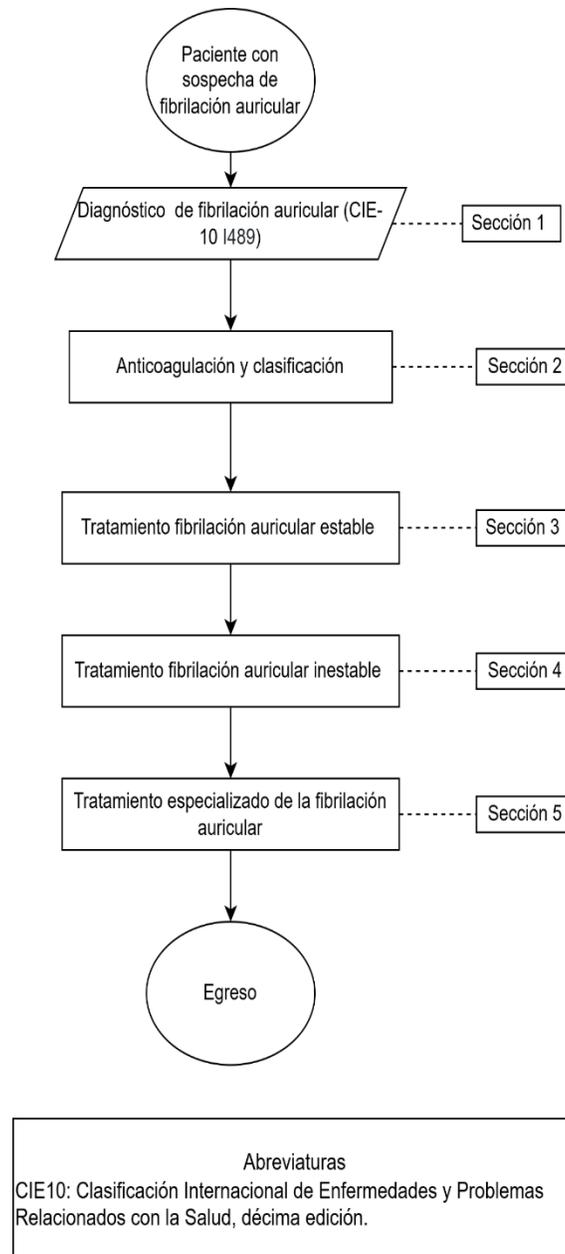
Se presentaron 5 secciones del ECBE, así como una sección adicional sobre los puntos de control, y se realizaron las votaciones correspondientes para cada una. El resultado de las seis votaciones permitió confirmar la existencia de consenso total a favor de usar las recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de los pacientes adultos con fibrilación auricular atendidos en el Hospital Universitario nacional de Colombia, contenidas en los diagramas de flujo presentados (los resultados adicionales de este ejercicio se pueden consultar en el anexo 1).

Luego, el equipo desarrollador unificó las sugerencias realizadas en la reunión de consenso interdisciplinario y, con base en estas, elaboró la versión final del ECBE. Por último, se realizó la revisión de estilo y diagramación del documento y, de esta forma, se obtuvo la versión final.

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Diagramas de flujo y puntos de control

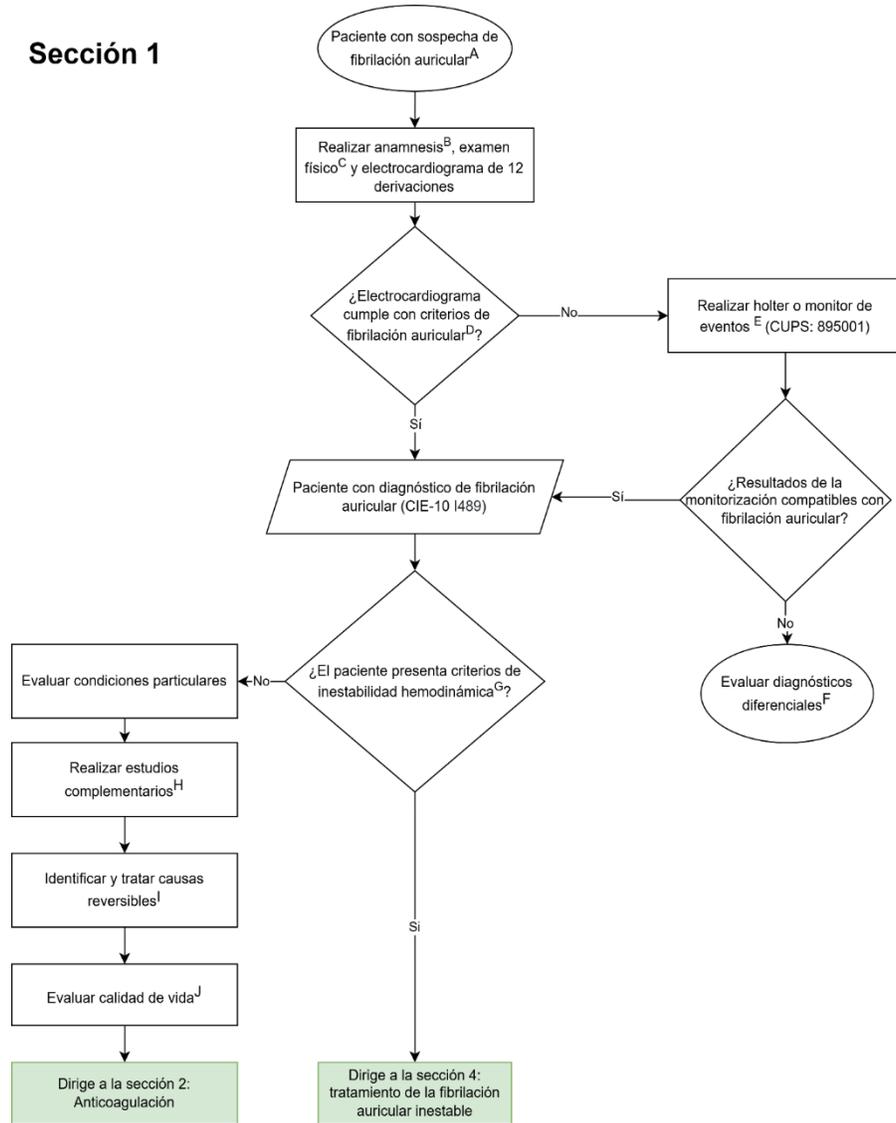
Figura 2. Diagrama de flujo para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento del paciente adulto con fibrilación auricular



Fuente: elaboración propia.

Figura 3. Sección 1: Diagnóstico

Sección 1



Abreviaturas
 CIE10: Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima edición.
 CUPS: Código Único de Procedimientos en Salud.

Fuente: elaboración propia.

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Información adicional

A. Paciente con sospecha de fibrilación auricular: se considera que un paciente tiene una condición clínica sugestiva de fibrilación auricular (FA) al presentar síntomas como palpitaciones, síncope o presíncope, dolor en el pecho, disnea o eventos tromboembólicos. Ante lo cual, se indica de entrada la toma de un electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones (CUPS 895100). Sin embargo, la ausencia de los síntomas descritos, no descarta el diagnóstico ya que la fibrilación auricular puede ser asintomática (consenso de expertos) (1). Por lo anterior se recomienda realizar una búsqueda activa de FA mediante la palpación del pulso en personas mayores de 65 años en el momento de las consultas médicas (Nivel de evidencia [NE]; bajo, Grado de recomendación [GR]: fuerte a favor; GRADE) (1).

B. Anamnesis: en el interrogatorio se debe establecer la fecha del primer ataque sintomático, así como la fecha de la primera vez que se documentó en el ECG el ritmo de FA, y para los pacientes con FA en el momento de la evaluación se debe determinar el inicio del episodio de FA actual y la sintomatología acompañante, como el presíncope o el síncope que sugieren pausas sinusales significativas que limitan el uso de medicamentos que controlan la frecuencia o el ritmo y pueden requerir el uso de marcapasos permanente o una ablación temprana (NE: bajo, GR: fuerte a favor; GRADE) (1).

Se recomienda indagar sobre factores de riesgo cardiovascular modificables y comorbilidades (hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus, obesidad, inactividad física, apnea del sueño y consumo de alcohol) que, si se tratan, podrían reducir o eliminar la recurrencia de la FA, de eventos cardiovasculares mayores y mejorar el resultado general del paciente (NE: alto, GR: fuerte a favor; GRADE) (3). Es importante determinar intervenciones farmacológicas y no farmacológicas previas para la fibrilación auricular, realizar una revisión integral de todos los medicamentos formulados y de venta libre; indagar sobre una historia social centrada en el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias recreativas; antecedentes familiares y personales de arritmia cardíaca o condiciones de riesgo relevantes como la taquicardia supraventricular (TSV) que puede conducir al desarrollo de la FA (NE: bajo, débil a favor; GRADE) (1). Se debe indagar sobre la frecuencia, duración e intensidad de la actividad física, dado que se considera como un factor de riesgo para desencadenar la FA, haber realizado entrenamiento de resistencia ≥ 3 horas al día y de alta intensidad durante años (NE: bajo, GR: débil a favor; GRADE) (1).

En el momento de realizar la anamnesis se deben seguir las directrices institucionales que orienten la atención en salud de forma segura y compasiva, acorde a la normatividad vigente para enfoque diferencial según las características específicas o necesidades particulares de las personas usuarias y su familia. (recomendación de expertos)

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

C. Examen físico: realizar un examen físico completo con la toma de signos vitales, haciendo énfasis en la medición de la tensión arterial y frecuencia cardíaca, medidas antropométricas, circunferencia abdominal, índice de masa corporal y examen cardiopulmonar completo buscando signos que indiquen cardiopatía de base tales como reforzamiento o desdoblamiento de los ruidos cardíacos, soplos, presencia de tercer o cuarto ruido (NE; bajo, fuerte a favor; GRADE) (1).

D. Hallazgos compatibles con fibrilación auricular: las características electrocardiográficas incluyen: intervalos R-R irregulares, ausencia de ondas P, actividad auricular irregular, también conocidas como ondas fibrilatorias (ondas F). Se considera que un paciente presenta FA cuando se documenta en un trazado electrocardiográfico de 12 derivaciones o en otro tipo de registro electrocardiográfico (holter, monitor de eventos u otro) con las anteriores características que dure más de 30 segundos (1).

La fibrilación auricular se puede documentar, mediante ECG de 12 derivaciones o de 1 sola derivación en el visoscopio, dispositivos portátiles o electrogramas intracardiacos; esto implica que siempre se debe corroborar visualmente un trazado electrocardiográfico que confirme el diagnóstico (2). En caso de sospecha de FA paroxística, un ECG en ritmo sinusal es útil para identificar posible sustrato, como hipertrofia de cavidades, pre excitación, trastornos en la conducción o la evidencia de infarto de miocardio, así como anomalías que pueden afectar la toma de decisiones en el tratamiento farmacológico (por ejemplo bradicardia o la duración del intervalo QT).

E. Realizar holter o monitor de eventos: en el paciente que presenta ataque cerebrovascular embólico de origen indeterminado no lacunar (ESUS), AIT (ataque cerebro vascular) o evento tromboembólico sistémico, está indicado realizar al menos 24 horas de monitorización ECG ambulatoria para identificar la FA, cuando la arritmia no se documenta en el ECG de 12 derivaciones (NE: bajo, GR: fuerte a favor; GRADE)(3) y se sospecha FA paroxística, ante hallazgos como hipertrofia de cavidades o valvulopatías mitrales se recomienda el uso de dispositivos de monitorización cardíaca implantables los cuales también son útiles para evaluar el control de la frecuencia ventricular y correlacionar los síntomas del paciente con el ritmo o la frecuencia cardíaca (recomendación de expertos) (1).

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

F. Diagnósticos diferenciales: si se descartan arritmias en el ECG de 12 derivaciones, se debe hacer uso de la monitorización ambulatoria del ECG para documentar la FA e identificar otras arritmias, como por ejemplo (Recomendación de expertos) (9):

- Taquicardia auricular unifocal con bloqueo AV variable
- Taquicardia auricular multifocal
- Flutter auricular con bloqueo AV variable
- Extrasístoles frecuentes

G. Criterios de inestabilidad hemodinámica: si el paciente presenta los siguientes signos o síntomas, se considera que cursa con inestabilidad hemodinámica: (NE; bajo, GR: fuerte a favor; GRADE) (1).

- Hipotensión
- Alteración aguda del estado mental
- Signos de choque
- Dolor torácico
- Signos de falla cardíaca aguda
- Edema pulmonar
- Síndrome coronario agudo

H. Estudios complementarios: se indica en el momento de la evaluación inicial de la FA, realizar un hemograma completo (CUPS: 902210) y estudios de coagulación (PTT (CUPS:902049), PT e INR (CUPS:902045)) los cuales aportan información para la toma de decisiones sobre el uso de medicamentos antitrombóticos; medir los electrolitos séricos (sodio, potasio, magnesio y calcio) (NE; bajo, fuerte a favor; GRADE) (1) creatinina sérica y determinar la función renal con aclaramiento de creatinina (CrCl) para guiar la dosificación del anticoagulante (NE: moderada, GR: fuerte a favor; GRADE) (1) (NE: B-NR, GR: I; AHA) (10). Evaluar la función hepática mediante las transaminasas y bilirrubinas, antes de prescribir medicamentos potencialmente hepatotóxicos, como la amiodarona (NE: B-NR, GR: I; AHA) (10) realizar perfil lipídico, hemoglobina glicosilada y glucemia en ayunas como parte de una evaluación integral del riesgo cardiovascular, función tiroidea considerando el hipertiroidismo como una causa tratable importante de FA y el péptido natriurético pro-tipo B N-terminal (NT pro-BNP) en contexto de falla cardíaca aguda (NE: bajo, GR: fuerte a favor; GRADE) (1), (Recomendación de expertos) (9).

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Realizar un ecocardiograma transtorácico (ETT) (CUPS: 881202) a todos los pacientes para identificar hipertrofia de las cavidades cardiacas o disfunción sistólica, cardiopatías congénitas, enfermedad valvular significativa y trombos intracardiacos. La ecocardiografía transesofágica (ETE) está indicada para una evaluación más detallada de la cardiopatía valvular (válvula mitral) o para la exclusión de un trombo en la auriculilla izquierda (NE: bajo, GR: fuerte a favor; GRADE) (1).

Por otro lado, se recomienda realizar un estudio electrofisiológico para excluir la taquicardia reentrante como causa de FA en pacientes jóvenes sin comorbilidades médicas o en aquellos con antecedentes sugestivos de TSV concomitante (palpitaciones regulares). (NE; bajo, GR: débil a favor; GRADE) (1).

I. Causas secundarias y reversibles: se recomienda que se identifiquen y traten las causas reversibles y secundarias de FA (NE: moderada, GR: fuerte a favor; GRADE) (1), estas incluyen:

- Cirugía cardiaca y no cardiaca
- Patología cardiaca aguda
- Patología pulmonar aguda
- Infección aguda
- Tirotoxicosis
- Intoxicación por alcohol
- Agentes farmacológicos (Ibrutinib)
- Taquicardia supraventricular
- Estimulantes (cannabis, cocaína, metanfetamina u opiáceos)

J. Evaluación de la calidad de vida: se recomienda evaluar los síntomas relacionados con la FA informados por los pacientes mediante la aplicación de la escala EHRA descrita en la tabla 2, para la evaluación de la calidad de vida (Consenso de expertos) (9) (Consenso de expertos) (11), como parte del tratamiento longitudinal de los pacientes con FA.

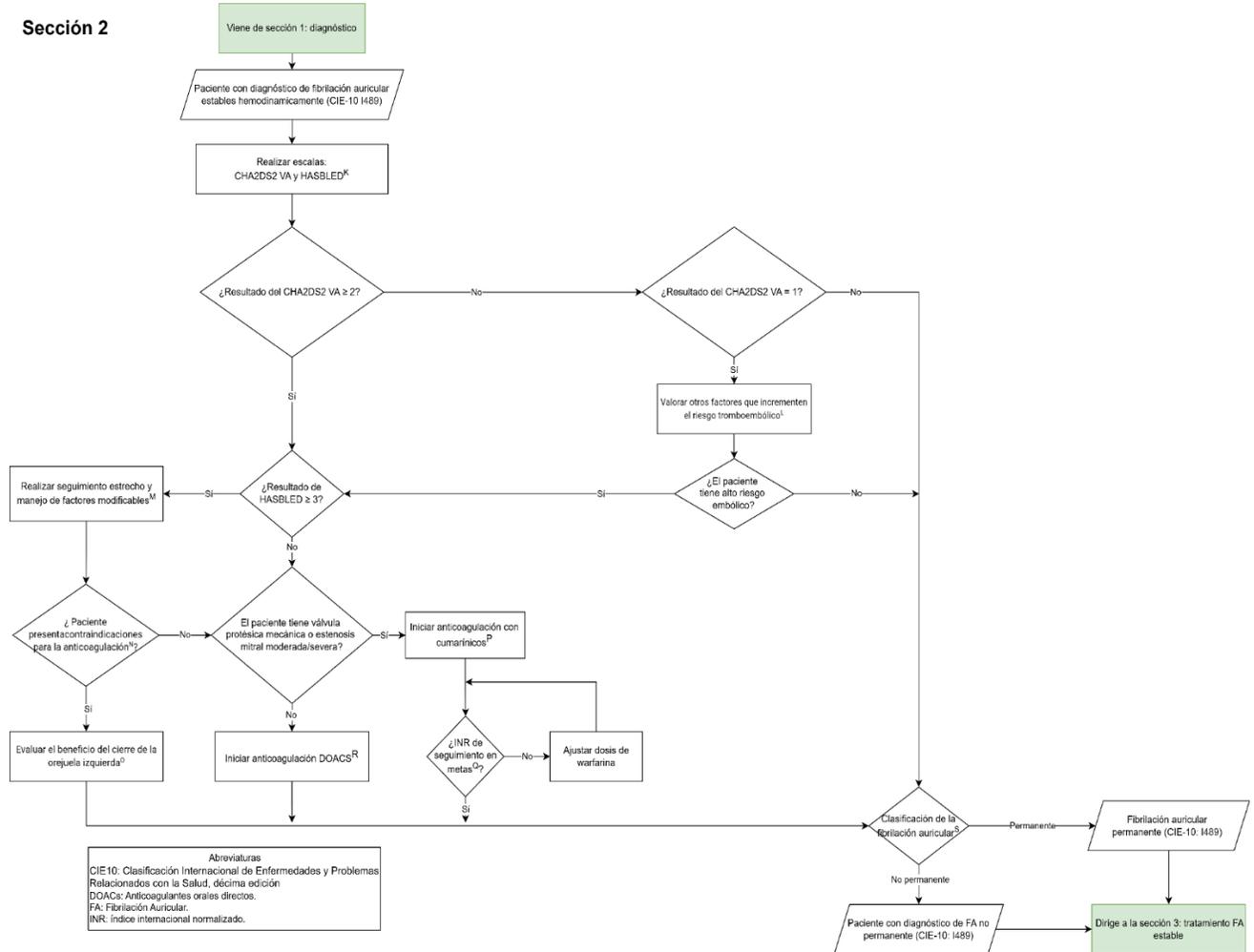
 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Tabla 2. Escala European Heart Rythm Association (EHRA)

Puntaje	Síntomas	Descripción
1	Ninguno	Asintomática, sin limitaciones.
2a	Leve	La actividad diaria normal no se ve afectada por los síntomas relacionados con la FA
2b	Moderado	La actividad diaria normal no se ve afectada por los síntomas relacionados con la FA, pero el paciente está preocupado por los síntomas
3	Severo	Actividad diaria normal afectada por síntomas relacionados con la FA
4	Incapacitante	Se interrumpe la actividad diaria normal por la FA, síntomas incapacitantes.

Fuente: adaptado de European Heart Journal (2020) 00, 1125.

Figura 4. Anticoagulación y clasificación de la FA



Fuente: elaboración propia.

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Información adicional

K. Estimar el riesgo de tromboembolismo mediante las escalas CHA2DS2 VA:

se debe realizar a todos los pacientes con FA, una evaluación anual de su riesgo de accidente cerebrovascular/embolia sistémica, independientemente de su patrón clínico de FA (NE; alta, fuerte a favor; GRADE)(1), mediante la escala CHA2DS2-VA (NE:C, GR:I; ESC)(29), descrita en la tabla 3.

Tabla 3. Escala CHADS VA

Criterios		Puntos	Definición
Insuficiencia cardíaca crónica		+1	Síntomas y signos de insuficiencia cardíaca (independientemente de la FEVI, por lo que incluye ICFEp, ICFEr e ICFEr) o la presencia de FEVI asintomática $\leq 40\%$.
Hipertensión		+1	Hipertensión arterial en reposo $>140/90$ mmHg en al menos dos ocasiones, o tratamiento antihipertensivo actual. El objetivo óptimo de presión arterial asociado con el menor riesgo de eventos cardiovasculares importantes es $120-129/70-79$ mmHg (o mantenerlo tan bajo como sea razonablemente posible).
Edad	<65 años	0	La edad es un determinante independiente del riesgo de accidente cerebrovascular isquémico. El riesgo relacionado con la edad es un continuo, pero por razones prácticas, se dan dos puntos para la edad ≥ 75 años.
	65-74 años	+1	
	≥ 75 años	+2	Se otorga 1 punto por edad entre 65 y 74 años.
Diabetes mellitus.		+1	Diabetes mellitus (tipo 1 o tipo 2), según la definición de los criterios actualmente aceptados, 266 o tratamiento con terapia reductora de glucosa.
Antecedentes de accidente cerebrovascular/AIT/tromboembolismo		+2	El tromboembolismo previo se asocia con un riesgo muy elevado de recurrencia y, por lo tanto, tiene una ponderación de 2 puntos.
Antecedentes de enfermedad vascular (infarto de miocardio previo, enfermedad arterial periférica o placa aórtica)		+1	Enfermedad vascular Enfermedad de la arteria coronaria, incluyendo: infarto de miocardio previo, angina, antecedentes de revascularización coronaria (quirúrgica o percutánea) y CAD significativa en angiografía o imágenes cardíacas o enfermedad vascular periférica, incluyendo: claudicación intermitente, revascularización previa por EVP, intervención percutánea o quirúrgica en la aorta abdominal y placa aórtica compleja en imágenes (definida como características de movilidad, ulceración, pedunculación o grosor ≥ 4 mm).

Fuente: adaptado de European Heart Journal (2024), 3314–3414.

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Interpretación:

- CHA2DS2 -VA ≥ 2 puntos, se recomienda iniciar anticoagulación.
- CHA2DS2 -VA = 1 punto, considerar anticoagulación, especialmente si existen factores adicionales que incrementan el riesgo de ictus.

L. Otros factores de riesgo que aumentan el riesgo de tromboembolismo: como factores se destacan (9):

- Carga arrítmica alta o FA de larga duración
- FA persistente o permanente
- Obesidad, IMC (índice de masa corporal) mayor o igual a 30 kg/m²
- Miocardiopatía hipertrófica
- Hipertensión arterial mal controlada
- Tasa de filtración glomerular menor a 45 ml/min
- Proteinuria (>150 mg/24 horas o equivalentes)
- Aurícula izquierda con un volumen ≥ 73 ml o diámetro ≥ 4.7 cm
- Hipertiroidismo no controlado

M. Seguimiento y tratamiento de factores modificables: no recomienda realizar una puntuación específica de riesgo de sangrado dada la incertidumbre en la precisión y las posibles implicaciones adversas de no proporcionar anticoagulación a pacientes con riesgo tromboembólico (NE:B, GR:III; ESC)(29).

Se debe realizar una detección de factores o afecciones de riesgo cardiovascular, y corregir los modificables (hipertensión arterial no controlada, enfermedad renal, enfermedad hepática, consumo de alcohol, INR lábil, ajustar medicación que predisponen al sangrado de ser posible) (NE:alta, GR: fuerte a favor; GRADE) (1).

Se recomienda metas de tensión arterial en reposo $\leq 130/80$ mmHg y $\leq 200/100$ mmHg en el ejercicio máximo (NE: alto, GR: fuerte a favor; GRADE)(1). Asimismo, se debe recomendar suspender el alcohol o disminuir el consumo a ≤ 3 bebidas estándar por semana (Recomendación de expertos)(2).

Los pacientes con factores de riesgo no modificables deben ser vigilados con mayor frecuencia y, cuando sea apropiado, debe instituirse un enfoque de equipo multidisciplinario conformado por medicina interna, cardiología, electrofisiología y hematología para guiar el manejo (NE:B, GR:I; ESC)(29).

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

N. Contraindicaciones para la anticoagulación: en la tabla 4 se presentan contraindicaciones absolutas y relativas para la anticoagulación:

Tabla 4. Situaciones en las que la anticoagulación a largo plazo está contraindicada y situaciones en las que sigue siendo razonable.

Contraindicaciones absolutas de anticoagulación a largo plazo	Contraindicaciones relativas donde la anticoagulación a largo plazo sigue siendo razonable
<ul style="list-style-type: none"> · Sangrado severo debido a una causa irreversible que involucra los sistemas gastrointestinal, pulmonar o genitourinario. · Sangrado intracraneal/intraespinal espontáneo debido a una causa irreversible. · Sangrado grave relacionado con caídas recurrentes cuando la causa de las caídas no se considera tratable. · Tumores intracraneales primarios · Hemorragias intracerebrales relacionadas con angiopatía amiloide. 	<ul style="list-style-type: none"> · Sangrado que afecta los sistemas gastrointestinal, pulmonar o genitourinario y que es tratable. · Sangrado relacionado con traumatismo aislado. · Sangrado relacionado con complicaciones del procedimiento.

Fuente: adaptado de Circulation vol. 149,1 (2024): e1-e156.

En pacientes con ACV isquémico se debe valorar la severidad y el tamaño del área de infarto de forma individual para determinar el reinicio de la terapia anticoagulante de manera individualizada (Recomendación de expertos) (13).

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

En pacientes con ACV isquémico se debe valorar la severidad y el tamaño del área de infarto de forma individual para determinar el reinicio de la terapia anticoagulante, así (Recomendación de expertos) (13):

- AIT: inicio de anticoagulación 24 horas posterior al evento
- ACV leve (NIHSS < 8 puntos): 3 días después del evento
- ACV moderado (NIHSS 8-15 puntos): 6 - 7 días después del evento, evaluar el riesgo de la transformación hemorrágica con TAC cerebral (CUPS: 879112) o RMN cerebral (CUPS: 883401) el mismo día que se planifique el inicio del DOAC
- ACV severo: (NIHSS \geq 16 puntos): 12- 14 días después del evento, evaluar el riesgo de la transformación hemorrágica con TAC o RMN cerebral el mismo día que se planifique el inicio del DOAC

Si la anticoagulación se retrasa más de 24 horas, se recomienda obtener imágenes cerebrales repetidas para reevaluar antes de iniciar la anticoagulación a fin de excluir la presencia de transformación hemorrágica asintomática del infarto índice (Recomendación de expertos) (14).

O. Evaluar el beneficio del cierre de la orejuela izquierda: considerar la oclusión percutánea de la orejuela izquierda en pacientes con FA y mayor riesgo de accidente cerebrovascular que tienen contraindicaciones para la anticoagulación a largo plazo, descritas en la tabla 4 (NE: B-NR, GR:IIb; AHA) (10), o la oclusión quirúrgica de la orejuela izquierda en pacientes con FA sometidos a cirugía cardíaca, como un componente del enfoque del equipo quirúrgico para el tratamiento de la FA (NE:B-NR, GR: IIb; AHA) (10).

P. Anticoagulación con cumarínicos: la warfarina es el tratamiento de primera línea en pacientes con FA y estenosis mitral moderada a grave, o válvulas cardíacas mecánicas (Recomendación de expertos) (9), titulando dosis para lograr INR en metas (NE; moderada, fuerte a favor; GRADE) (1). Se recomienda la terapia puente con heparina no fraccionada o heparina de bajo peso molecular para pacientes con FA y válvula cardíaca mecánica que requieren la interrupción de la warfarina (NE:C, GR: I AHA) (10).

Q. INR de seguimiento: entre los pacientes tratados con warfarina (considerando que la presentación de tabletas 5mg es la de mayor disponibilidad), se sugiere que en caso de requerir dosis intermedias que no permitan la administración de la tableta completa, se informe el caso al servicio de farmacia (Recomendación de expertos). El cociente internacional normalizado (INR) debe determinarse al menos una vez por semana durante el inicio del tratamiento anticoagulante y al menos una vez al mes cuando la anticoagulación (INR en rango) es estable entre 2 - 3 y en algunos pacientes con prótesis mecánicas entre 2.5 -3.5. (Recomendación de expertos) (9).

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

En todos los casos, es importante determinar interacciones medicamentosas y vigilar la ingesta en la dieta de alimentos que contengan vitamina K (recomendación de expertos) (9).

Tabla 5. Interacciones medicamentosas antagonistas de la vitamina K.

Evitar siempre que sea posible	Reducir dosis	Incrementar dosis	Vigilar el INR cuidadosamente ante el uso concomitante	Limitar el consumo
AINES Fluconazol Voriconazol Fluoxetina	Amiodarona Metronidazol Sulfonamidas Alopurinol Fluvastatina Gemfibrozil Fluorouracilo	Carbamazepina	Dronedarone Estatinas Penicilinas Macrólidos Quinolonas Rifampicina Metotrexato Ritonavir Fenitoína Valproato de sodio Tamoxifeno Quimioterapia	Alcohol Jugo de toronja/a rándano Hierba de San Juan

Fuente: adaptado de European Heart Journal (2020) 00, 1125.

R. Anticoagulación DOACS (nuevos anticoagulantes orales directos) : la mayoría de pacientes con FA que no tienen antecedentes de estenosis mitral moderada a grave o válvula cardíaca mecánica, deben recibir anticoagulación con un anticoagulante oral directo (DOACS) (apixaban, dabigatran, edoxaban o rivaroxaban) (NE: alta, GR: fuerte a favor; GRADE)(1) incluyendo a la mayoría de los pacientes ancianos frágiles (NE: moderada, GR: fuerte a favor; GRADE)(1), y verificando las interacciones medicamentosas para evitar el uso conjunto de los mismos (tabla 5).

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Dosis de los anticoagulantes orales directos

- Dabigatrán: 150 mg/ 2 veces al día
- Apixabán: 5 mg/ 2 veces al día
- Edoxabán 60 mg/día (En el ámbito hospitalario la administración queda sujeta a la disponibilidad en la institución y en el contexto ambulatorio según la disponibilidad nacional) (Recomendación de expertos)
- Rivaroxabán 20 mg/día

Para el paciente con fibrilación auricular (excepto con estenosis mitral de moderada a grave o una válvula cardíaca mecánica) con ERC en estadio 3 (TFGe > 30 ml/min) (NE: alto, GR: fuerte a favor; GRADE) (1), ó ERC en estadio 4 (TFGe 15-30 ml/min) (NE: bajo, GR: débil a favor; GRADE) (1), con una puntuación elevada de CHA2DS 2-VASc, está indicado iniciar terapia antitrombótica y se puede considerar el tratamiento con dosis reducidas (NE: llb, GR: B-R, AHA)

Tabla 6. Interacciones medicamentosas DOACS.

Medicamento	Apixabán - Rivaroxabán - Dabigatrán - Edoxabán	Apixabán - Rivaroxabán
Inductores fuertes CYP3A4 O P-gp	<ul style="list-style-type: none"> ● Rifampicina ● Carbamazepina ● Fenitoina ● Apalutamida ● Enzalutamida ● Mitotane ● Hierba de San Juan (>4g/día) 	
Inhibidores fuertes CYP3A4/5/7		<ul style="list-style-type: none"> ● Cobicistat ● Indinavir ● Nelfinavir ● Ritonavir ● Saquinavir ● Itraconazol ● Ketoconazol ● Posaconazol ● Voriconazol ● Claritromicina ● Ceritinib

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

		<ul style="list-style-type: none"> ● Idelalisib ● Ribociclib ● Tucatinib ● Nefazodona
Inhibidores fuertes P - gp	<ul style="list-style-type: none"> ● Ritonavir ● Itraconazol ● Ketoconazol ● Claritromicina ● Dronedarona ● Verapamilo ● Lapatinib ● Ciclosporina 	

Fuente: adaptado de Circulation. Arrhythmia and electrophysiology (2022):e007956.

En caso de que el paciente presente compromiso renal, se deben realizar ajustes de dosis según función renal y otras condiciones específicas, así (NE; alta, GR: fuerte a favor; GRADE) (1):

- Dabigatrán: 110 mg/ 2 veces al día si: edad \geq 80 años o \geq 75 años con otro factor de riesgo de sangrado como TFGe 30-49 mL/min
- Apixabán: 2.5 mg/2 veces al día si cumple 2 de los 3 criterios siguientes:
 - 1) Edad \geq 80 años
 - 2) Peso \leq 60 kg
 - 3) Creatinina sérica \geq 133 mol/L o \geq 1,5 mg/dl
- Edoxabán: 30 mg/día si peso \leq 60 kg o terapia concomitante con inhibidores potentes de P-Gp, EXCEPTO amiodarona o verapamilo.
- Rivaroxabán: 15 mg/día en pacientes con TFGe 30-50 ml/min

Si el paciente presenta ERC (enfermedad renal crónica) en estadio 5 (TFGe $<$ 15 ml/min o dependiente de diálisis), no debe recibir tratamiento antitrombótico de forma rutinaria. La decisión de usar terapia antitrombótica debe individualizarse según las preferencias del médico y del paciente, considerando el riesgo relativo de accidente cerebrovascular y hemorragia. Prescribir tratamiento antitrombótico en quienes el beneficio de prevenir el accidente cerebrovascular supera el riesgo de hemorragia (NE: bajo, GR: débil a favor; GRADE)(1).

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

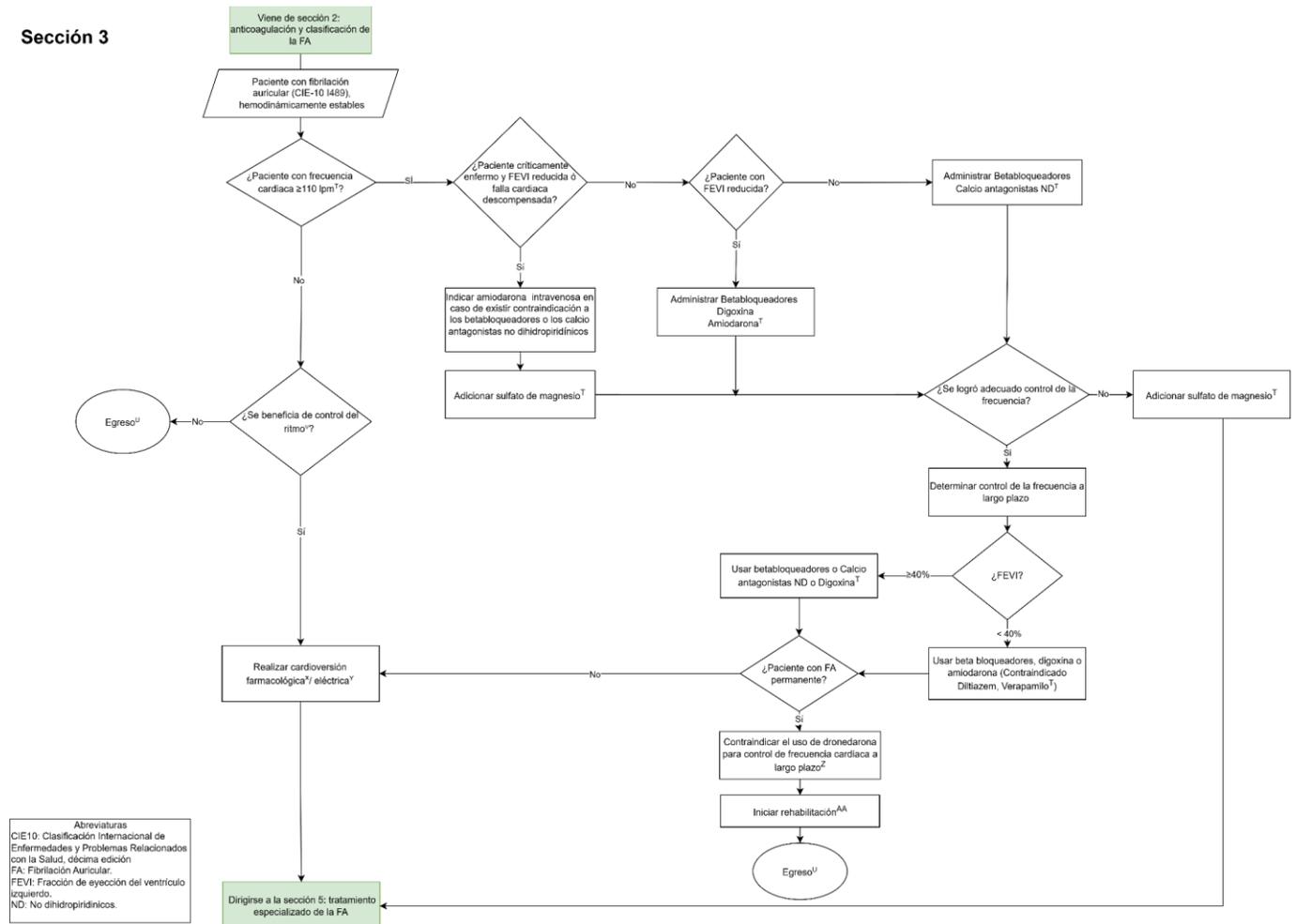
No se debe prescribir DOAC de forma rutinaria a pacientes con FA y enfermedad hepática avanzada (grado C de Child-Pugh o enfermedad hepática asociada con coagulopatía significativa) (NE: bajo, GR: fuerte a favor; GRADE) (1). Se pueden considerar los antagonistas de la vitamina K (AVK) con una monitorización cuidadosa y frecuente, pero sólo si el INR inicial es <1.7. Sin embargo, no hay evidencia sobre la seguridad y eficacia de los DOAC en pacientes con enfermedad hepática avanzada.

S. Clasificación de la fibrilación auricular:

Se han propuesto diferentes clasificaciones de la FA, pero tradicionalmente se distinguen 4 patrones basados en la presentación, la duración y la resolución espontánea de los episodios de FA:

- **FA paroxística:** FA que es intermitente y termina dentro de ≤ 7 días desde el inicio.
- **FA persistente:** FA que es continua y se mantiene durante > 7 días. Es de destacar que los pacientes con FA persistente que, con el tratamiento, se vuelven paroxísticas, aún deben definirse como persistentes, ya que esto refleja su patrón original y es más útil para predecir resultados y definir el sustrato.
- **FA persistente de larga duración:** FA que es continua durante > 12 meses de duración.
- **FA permanente:** cuando el paciente y el médico toman una decisión conjunta de detener futuros intentos de restaurar o mantener el ritmo sinusal.

Figura 5. Sección 3: tratamiento del paciente con fibrilación auricular estable



Fuente: elaboración propia.

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Información adicional

T. Control de la frecuencia cardíaca: recomendamos que el tratamiento de los pacientes que presentan FA de aparición reciente debido a una causa reversible o secundaria, se dirija a la enfermedad primaria (NE; bajo, GR: fuerte a favor; GRADE) (1), y discutir con el paciente las estrategias de control del ritmo vs control de frecuencia considerando presentación clínica, comorbilidades, perfil farmacológico y preferencias del paciente. (recomendación de expertos)(9). Para el paciente con FA sin insuficiencia cardíaca que es candidato a control de la frecuencia, se plantea un objetivo de frecuencia cardíaca ≤ 110 lpm en reposo y, si persisten los síntomas, intentar lograr un objetivo ≤ 80 lpm (recomendación de expertos) (9), incluyendo pacientes que presentan un diagnóstico primario de FA en el ámbito de cuidados intensivos (NE: bajo, GR: fuerte a favor; GRADE) (9).

Tabla 7. Medicamentos para controlar la frecuencia cardíaca.

Clase	Agente	Terapia intravenosa	Terapia Oral		Precisiones
			Inicial	Objetivo	
Betabloqueadores	Atenolol	No disponible	25 mg diario	100 mg diario	1.Efectos adversos: bradicardia, hipotensión, fatiga y depresión 2. Contraindicados en paciente con preexcitación o broncoespasmo 3. Se prefieren los medicamentos de uso 1
	Bisoprolol	No disponible	2.5 mg diario	10 mg diario	
	Carvedilol	No disponible	6.25 mg c/12 horas	25 mg c/12 horas	
	Metoprolol	2.5- 5 mg IV durante 2 min cada 5 min x 3 veces	12.5-25 mg c/12 horas	100-200 mg c/12 horas	
	Nadolol	No disponible	40 mg diarios	80-160 mg diarios	
	Nebivolol	No disponible	5 mg diarios	40 mg diarios	



**Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente
Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario
Nacional de Colombia**

Estándar Clínico Basado en la Evidencia

Código: IN-EC-35

Vigente desde: 2025-02-17

Versión: 001

	Propranolol	No disponible en Colombia	40 mg c/12 horas	160 mg c/12 horas	vez al día para mejor adherencia 4. Se prefieren los siguientes medicamentos en presencia de: - Disfunción VI: Bisoprolol o carvedilol - Hipertensión : Atenolol o metoprolol - CAD: Atenolol, propranolol o metoprolol 5. El carvedilol es menos efectivo para el control de la frecuencia, pero se ha visto mejoría en pacientes con disfunción del VI 6. Nadolol es efectivo para el control de la frecuencia, pero se
--	-------------	---------------------------	------------------	-------------------	---

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

					asocia a efectos secundarios
Calcioantagonistas no dihidropiridínicos	Diltiazem	No disponible en Colombia	30 mg cada 6-8 h o 120 mg al día	120 mg cada 6 h o 360 mg al día	<ol style="list-style-type: none"> 1. Efectos adversos: Bradicardia, hipotensión, constipación (verapamilo) y edema (diltiazem) 2. Contraindicados en presencia de preexcitación, falla cardíaca congestiva o disfunción del VI 3. Se prefiere las preparaciones de administración diaria
	Verapamilo	No disponible en Colombia	80 mg tres veces al día o 120-140 mg al día	120 mg 3 veces al día o 360 mg al día	
Otros	Digoxina	10-15 mcg/kg en dosis divididas Normalmente: 0.5 mg IV y luego 0.25 mg IV cada 6- 8 h por 2 dosis	0.125 mg al día (la carga no suele ser necesaria como paciente ambulatorio)	0.125-0.25 mg al día	<ol style="list-style-type: none"> 1. Efectos adversos: Molestias gastrointestinales, visión borrosa, proarritmicos 2. Raramente se usa en monoterapia para el

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

					control del ritmo 3. Usarlos con cuidado en pacientes ancianos y con ERC o uso concomitante con diuréticos perdedores de potasio (furosemida, hidroclorotiazida)
Clase III	Amiodarona	150-300 mg IV durante 1 h, luego 10-50 mg/h durante 24 h	200 mg diarios	100-200 mg diarios	Raramente se usa para el control de la frecuencia debido a sus efectos adversos significativos y potencial para convertir FA en ritmo sinusal

Fuente: adaptado de Circulation vol. 149,1 (2024): e1-e156.

Los medicamentos de primera línea para el control de la frecuencia cardiaca en pacientes con FA con respuesta ventricular rápida y FEVI > 40% son los beta bloqueadores o calcioantagonistas no dihidropiridínicos (NE: fuerte, GR: moderada, ESC) (Recomendación de expertos(2) y en el paciente con FEVI ≤40% son los beta bloqueadores (NE: moderada, GR: fuerte a favor; GRADE) (9).

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Cuando estén contraindicados los betabloqueadores o calcioantagonistas no dihidropiridínicos (ND), o estos sean ineficaces, se recomienda el uso de digoxina ya sea sola o en combinación con los fármacos antes mencionados (recomendación de expertos) (2), y se indica la adición de sulfato de magnesio intravenoso para lograr y mantener el control de la frecuencia cardíaca (recomendación de expertos) (9).

En pacientes críticamente enfermos con insuficiencia cardíaca descompensada y respuesta ventricular rápida en quienes los betabloqueadores o los calcioantagonistas no dihidropiridínicos están contraindicados o sean ineficaces, se indica el inicio de amiodarona intravenosa para el control agudo de la frecuencia cardíaca (recomendación de expertos) (9).

Para el control de la frecuencia cardíaca a largo plazo se recomiendan los betabloqueantes o bloqueadores de los canales de calcio no dihidropiridínicos (diltiazem, verapamilo) (recomendación de expertos) (9). En el paciente con FEVI <40%, no se deben administrar bloqueadores de los canales de calcio no dihidropiridínicos dado su potencial para exacerbar la insuficiencia cardíaca. Se sugiere remitirse al estándar clínico basado en la evidencia para la atención del paciente con falla cardíaca para determinar el abordaje integral (recomendación de expertos).

En el paciente con síntomas de FA e insuficiencia cardíaca, la digoxina es razonable para el control de la frecuencia a largo plazo, en combinación con otros agentes controladores de la frecuencia; o como monoterapia si otros agentes no se prefieren, no se toleran o están contraindicados (recomendación de expertos) (9), y está indicada la medición de los niveles séricos del fármaco con metas <1.2 ng/ml (recomendación de expertos)(9).

U. Egreso: el paciente con FA debe ser evaluado para detectar multimorbilidad, fragilidad, deterioro cognitivo, demencia y depresión (NE: bajo, GR: fuerte a favor; GRADE) (1). Se recomienda un enfoque de atención estructurado, integrado, multidisciplinario compuesto por un equipo de FA que incluye a diferentes especialistas (cardiología, electrofisiología, endocrinología, hematología, neurología, nefrología, geriatría, nutrición, psicología, fisioterapia y enfermería) para el cuidado de pacientes individuales según sus necesidades, factores que podrían tener un efecto en las decisiones de tratamiento, mejorar la adherencia a la terapia y el autocuidado.

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Previo al egreso, se recomienda la tamización de enfermedades que pueden perpetuar o dificultar el manejo de la condición, mediante:

- Una polisomnografía en el paciente con difícil control de la frecuencia cardiaca, el ritmo y los síntomas relacionados con la FA, considerando que los síntomas típicos de apnea del sueño, son menos prevalentes y los cuestionarios de detección son menos precisos en la población con FA (NE: bajo, GR: fuerte a favor; GRADE) (1).
- Una prueba de esfuerzo para complementar la monitorización ambulatoria en el paciente con síntomas relacionados con el ejercicio, y podría ser útil para excluir una isquemia significativa antes de la prescripción de un fármaco antiarrítmico de clase Ic. (NE: bajo, GR: fuerte a favor; GRADE) (1).

En cuanto a los cambios en el estilo de vida, se recomienda que los pacientes con obesidad e IMC > 27 kg/m² consigan una pérdida de peso de al menos el 10 %, con el fin de reducir los síntomas, la carga y la recurrencia de la FA y la progresión a FA persistente (recomendación de expertos) (9). Está indicado realizar entrenamiento físico con ejercicio moderado a intenso hasta un objetivo de 210 minutos por semana para reducir los síntomas y la carga de FA, mantener el ritmo sinusal, aumentar la capacidad funcional y mejorar la calidad de vida (recomendación de expertos) (9).

Para pacientes con FA recurrente que ocurre fuera del entorno hospitalario, el enfoque de "píldora en el bolsillo" (PITP, por sus siglas en inglés), con una dosis oral única de flecainida o propafenona, con un bloqueo del nódulo auriculoventricular concomitante, es razonable para la cardioversión farmacológica si se prueba previamente en un entorno monitorizado (recomendación de expertos) (9).

En la FA de causa secundaria deben continuar un seguimiento indefinido para detectar la posible aparición de FA clínica recurrente, y realizar pruebas de detección oportunistas para detectar FA en el momento de las consultas médicas con palpación de pulso (NE: moderada, GR: fuerte a favor; GRADE) (3), y en pacientes con FA secundaria debido a tirotoxicosis deben recibir anticoagulación hasta que se restablezca el estado eutiroideo (NE: bajo, GR: débil a favor; GRADE) (1).

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Se recomienda valoración por trabajo social para garantizar red de apoyo y mejorar hábitos de vida saludable (recomendación de expertos).

En cuanto al seguimiento paraclínico, se recomienda (recomendación de expertos) (9):

- Función hepática con bilirrubinas (CUPS: 903809), transaminasas (CUPS: 903867 y 903866) y fosfatasa alcalina (CUPS: 903833):
 - Sin enfermedad hepática: Cada 12 meses
 - Enfermedad hepática leve (Child-Pugh A): Cada 6 meses
 - Enfermedad hepática moderada (Child-Pugh B): Cada 3 meses
 - Enfermedad hepática severa (Child-Pugh C): Cada 1 a 2 meses
- Función renal con niveles de creatinina (CUPS: 903825) y tasa de filtración glomerular (TFG mL/min)
 - TFGe < 30 ml/min: Cada 1-2 meses
 - TFGe entre 30 y 59 mL/min: Cada 3 meses
 - TFGe > 60 mL/min: Cada 6 meses
- Riesgo de sangrado con hemoglobina y hematocrito (CUPS: 902213)
 - Riesgo de sangrado bajo o moderado riesgo de sangrado, con puntaje HAS BLED 0-2: Cada 6 meses
 - Riesgo de sangrado alto, con puntaje HAS BLED \geq 3: Cada 3 meses

V. Control del ritmo cardiaco: en la FA el control del ritmo puede mejorar los síntomas y las estrategias de control del ritmo pueden resultar útiles para reducir la probabilidad de progresión de la FA (recomendación de expertos) (9). Se debe considerar una estrategia de control del ritmo mediante cardioversión farmacológica o de corriente continua sincronizada para la mayoría de los pacientes estables con FA de aparición reciente (menor de 1 año) (NE: moderada, GR: fuerte a favor; GRADE) (1).

En el paciente con insuficiencia cardíaca, función del ventrículo izquierdo reducida y FA persistente (o de carga alta), se debe recomendar una prueba de control del ritmo para evaluar si la FA contribuye a la función del VI reducida, a mejorar los síntomas y los resultados como mortalidad y hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca e isquemia (recomendación de expertos) (9).

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

X. Cardioversión farmacológica: en el paciente con FA que se encuentre hemodinámicamente estable, la cardioversión farmacológica es razonable como alternativa a la cardioversión eléctrica, o en situaciones en las que esta última no se puede realizar (recomendación de expertos) (9).

La amiodarona intravenosa a bajas dosis (100-200 mg/día) se indica para la cardioversión farmacológica en paciente con FEVI reducida (<40 %), cardiopatía estructural importante o enfermedad coronaria, aunque el tiempo hasta la conversión es generalmente más largo que con otros agentes (8-12 horas) (recomendación de expertos)(9); sin embargo, debe reservarse para los pacientes en quienes otras estrategias de control del ritmo son ineficaces, no preferidas o contraindicadas, por sus efectos adversos (recomendación de expertos) (9). No se debe administrar propafenona debido al riesgo de empeoramiento de la falla cardíaca, posible proarritmia y aumento de la mortalidad (recomendación de expertos) (9). Para el mantenimiento a largo plazo del ritmo sinusal, en FA y falla cardíaca con FEVI <40 % se indica terapia con amiodarona (recomendación de expertos) (9).

En el paciente con FA sin infarto del miocardio (IM) previo, o enfermedad cardíaca estructural significativa conocida o sospechada, sin cicatriz o fibrosis ventricular, se recomienda cardioversión con propafenona (recomendación de expertos) (9).

En el paciente con FA sin prolongación significativa del intervalo QT inicial, hipopotasemia, hipomagnesemia o bradicardia, se puede considerar el uso de sotalol para el mantenimiento a largo plazo del ritmo sinusal, con una selección de dosis adecuada basada sobre la función renal y una estrecha vigilancia del intervalo QT, la frecuencia cardíaca, las concentraciones séricas de potasio, magnesio y la función renal (recomendación de expertos) (9).

En el caso del paciente con FA y clase funcional III y IV de la NYHA, o aquel que haya presentado un episodio de insuficiencia cardíaca descompensada en las últimas 4 semanas, no se recomienda administrar dronedarona para mantener el ritmo sinusal, debido al riesgo del aumento de la mortalidad temprana asociado con el empeoramiento de la insuficiencia cardíaca (recomendación de expertos) (9).

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Tabla 8. Medicamentos para controlar el ritmo.

Medicamento	Dosis	Tiempo de conversión	Efectos adversos	Monitorización posterior a la administración
Clase IC				
Propafenona	600 mg VO (>70 kg) 450 mg VO (<70 kg)	2–6 horas	Hipotensión Bradicardia Conducción 1:1 del aleteo auricular Arritmias ventriculares	6 horas
Clase III				
Amiodarona	150 mg IV bolo seguido de 60 mg/h x 6 horas seguido de 30 mg/h x 18 horas	8-12 h	Hipotensión Bradicardia Bloqueo A/V Torcida de puntas Flebitis	12 horas

Fuente: adaptado de Circulation vol. 149,1 (2024): e1-e156.

Y. Cardioversión eléctrica: previo a realizar procedimientos invasivos se deben considerar las voluntades anticipadas con las que cuente el paciente, así como su enfoque diferencial (recomendación de expertos).

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

En el paciente con FA que se encuentre hemodinámicamente estable, la cardioversión eléctrica se puede realizar como estrategia inicial de control del ritmo o después de una cardioversión farmacológica fallida (recomendación de expertos) (9).

Verificar que durante la cardioversión eléctrica el suministro de energía esté sincronizado con el complejo QRS para reducir el riesgo de inducir fibrilación ventricular (FV) (recomendación de expertos) (2), y se indica el uso de energía bifásica de al menos 200 J inicialmente para mejorar el éxito de la descarga eléctrica (recomendación de expertos) (9). Si la descarga inicial es fallida, se debe optimizar el vector de los electrodos, un mayor uso de energía y el tratamiento previo con fármacos antiarrítmicos (recomendación de expertos) (9).

Si la FA tiene una duración ≥ 48 horas, se recomienda prescribir 3 semanas de anticoagulación terapéutica ininterrumpida o evaluar por imágenes para excluir trombos intracardiacos antes de la cardioversión electiva y continuarla durante al menos 4 semanas después sin interrupción para prevenir el tromboembolismo (recomendación de expertos) (9). Si se evidencia un trombo en la orejuela izquierda (OI) en las imágenes previas a la cardioversión, se debe administrar anticoagulación terapéutica durante al menos 3 a 6 semanas, después de lo cual se deben repetir las imágenes antes de la cardioversión (recomendación de expertos) (9).

Si la FA tiene una duración < 48 horas (no en el contexto de una cirugía cardíaca) en el paciente que presenta riesgo tromboembólico elevado (CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 o equivalente) y no está en tratamiento con anticoagulantes, se debe considerar la obtención de imágenes previas a la cardioversión para excluir trombos intracardiacos (recomendación de expertos) (9).

La cardioversión eléctrica se puede realizar con seguridad en pacientes sedados en tratamiento con midazolam, propofol o etomidato intravenosos. Durante el procedimiento se debe monitorizar la presión arterial y usar oximetría de pulso sistemáticamente. En algunas ocasiones se producen quemaduras cutáneas. Se debe disponer de atropina o isoproterenol intravenosos, o marcapasos transcutáneo temporal, en caso de que aparezca bradicardia después de la cardioversión (recomendación de expertos) (11).

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

En pacientes con inestabilidad hemodinámica atribuible a FA y/o preexcitación ventricular durante la FA se debe realizar una cardioversión eléctrica inmediata para restaurar el ritmo sinusal, se sugiere administrar previamente bolo de amiodarona o atropina para favorecer el éxito de la cardioversión eléctrica (Consenso de expertos)² (NE; bajo, fuerte a favor; GRADE) (1).

Para sincronizar la descarga con el QRS y monitorizar al paciente, se requieren unas palas que muestren con claridad las ondas R. En relación a la energía utilizada se sugiere comenzar si es monofásica con 200 Joules (J) o si es bifásica con 100 J - 200 J y la cantidad de energía va incrementándose hasta un máximo de 360 J. El tiempo entre dos descargas no debe ser inferior a un minuto hasta un total mínimo de 3 cardioversiones y considerar diagnósticos diferenciales y corregir causas secundarias que perpetúen la arritmia (consenso de expertos) (10).

Z. Contraindicación de control de la frecuencia a largo plazo: se contraindica control de la frecuencia a largo plazo con dronedarona en pacientes con FA permanente considerando la asociación a un aumento de la mortalidad. (Recomendación de expertos)

AA. Rehabilitación: la rehabilitación y la actividad física en el paciente con diagnóstico de FA constituye un componente esencial a la hora del abordaje agudo y crónico del paciente con alteraciones eléctricas a nivel cardiovascular. Los programas de ejercicio y rehabilitación cardiaca han demostrado mejoras significativas dentro de los pacientes sometidos a intervenciones farmacológicas, eléctricas o avanzadas como la ablación de venas pulmonares. Dentro de los principales beneficios que se han evidenciado de la implementación de estrategias de rehabilitación en la población descrita se establece el incremento sobre la capacidad aeróbica y la calidad de vida de los pacientes. Lo anterior se identificó en una revisión sistemática de la literatura más metaanálisis, en la cual evaluaron el impacto de la implementación de un programa de rehabilitación cardiovascular a 6 meses en un total de 772 participantes, lo cual permitió evidenciar un incremento sobre el consumo máximo de oxígeno (VO₂ pico) y una mejor ejecución del test de los 6 minutos. Mediante la ejecución de actividad física programada de mediana intensidad, favoreciendo la calidad de vida y la disminución sintomatológica que presentaban los pacientes. El estudio documentó que la actividad física no tiene impacto relevante sobre la recurrencia de eventos de fibrilación en los pacientes (recomendación de expertos) (17).

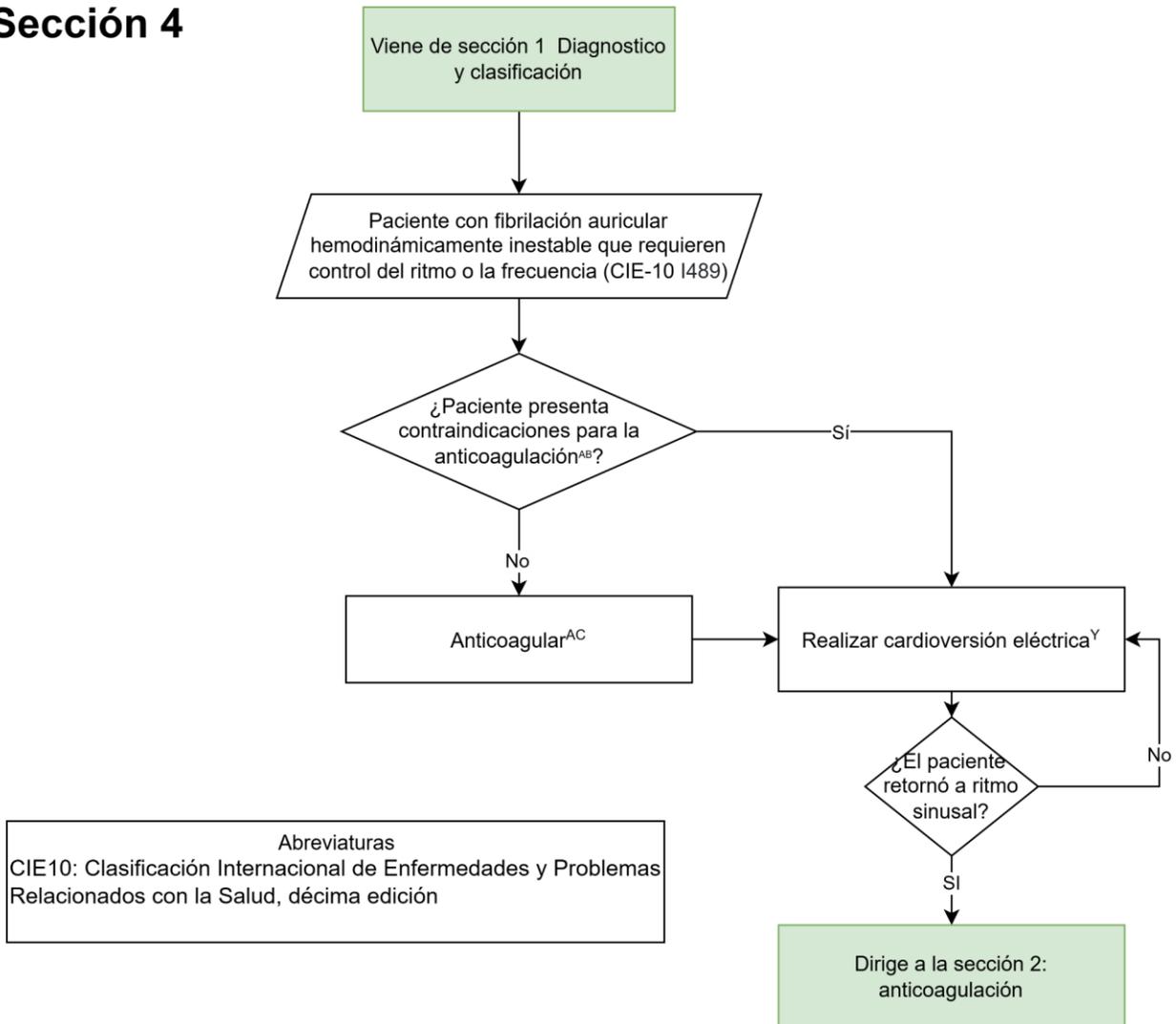
 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Dentro de las recomendaciones evidenciadas en la literatura para la ejecución de actividad física se encuentra el inicio temprano de la actividad bajo monitoreo cardiaco continuo, con el fin de estimar las condiciones adecuadas para la implementación de ejercicio de baja o moderada actividad articulando las condiciones del paciente y su evolución. Adicionalmente se observa que los efectos de la actividad física tienen impacto sobre determinantes de la salud cardiovascular que puede beneficiar el proceso de recuperación posterior al manejo médico, farmacológico o quirúrgico (recomendación de expertos) (18). Los ensayos clínicos evidenciados recomiendan que la rehabilitación cardiovascular enfocada en pacientes con fibrilación mantenga un equivalente entre 360 a 720 MET a la semana en relación a un tiempo de 60 a 120 minutos a la semana con una actividad moderada en sesiones de 30 minutos. Cabe resaltar dentro de los efectos del ejercicio y la rehabilitación cardiaca estructurada las implicaciones evidenciadas sobre la percepción de calidad de vida de los pacientes, lo anterior conforme a lo identificado en un ensayo clínico aleatorizado mediante la medición del SF – 36 (instrumento de medición de la calidad de vida) (recomendación de expertos) (19). Sin embargo, se recomienda la implementación de escalas específicas para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con fibrilación auricular.

Para ampliar la información dirigirse al estándar clínico basado en la evidencia para la atención del paciente con requerimiento de rehabilitación cardíaca (recomendación de expertos).

Figura 6. Sección 4: tratamiento del paciente con fibrilación auricular inestable

Sección 4



Fuente: elaboración propia.

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Información adicional

AB. Contraindicaciones para la anticoagulación: se consideran las siguientes:

1. Hemorragia activa grave (se debe identificar y tratar la causa)
2. Comorbilidades asociadas (trombocitopenia grave < 50 plaquetas/ μ l, anemia grave en estudio)
3. Ataque cerebrovascular con riesgo hemorrágico alto, como la hemorragia intracraneal o ictus.

AC. Anticoagulación: en el caso de que un paciente deba ser sometido a cardioversión eléctrica no planificada de la FA, se debe iniciar anticoagulación terapéutica inmediatamente (preferiblemente antes de la cardioversión) y continuar durante al menos 4 semanas después de la cardioversión, a menos que esté contraindicada, con: (NE: C,GR: I, AHA) (10)

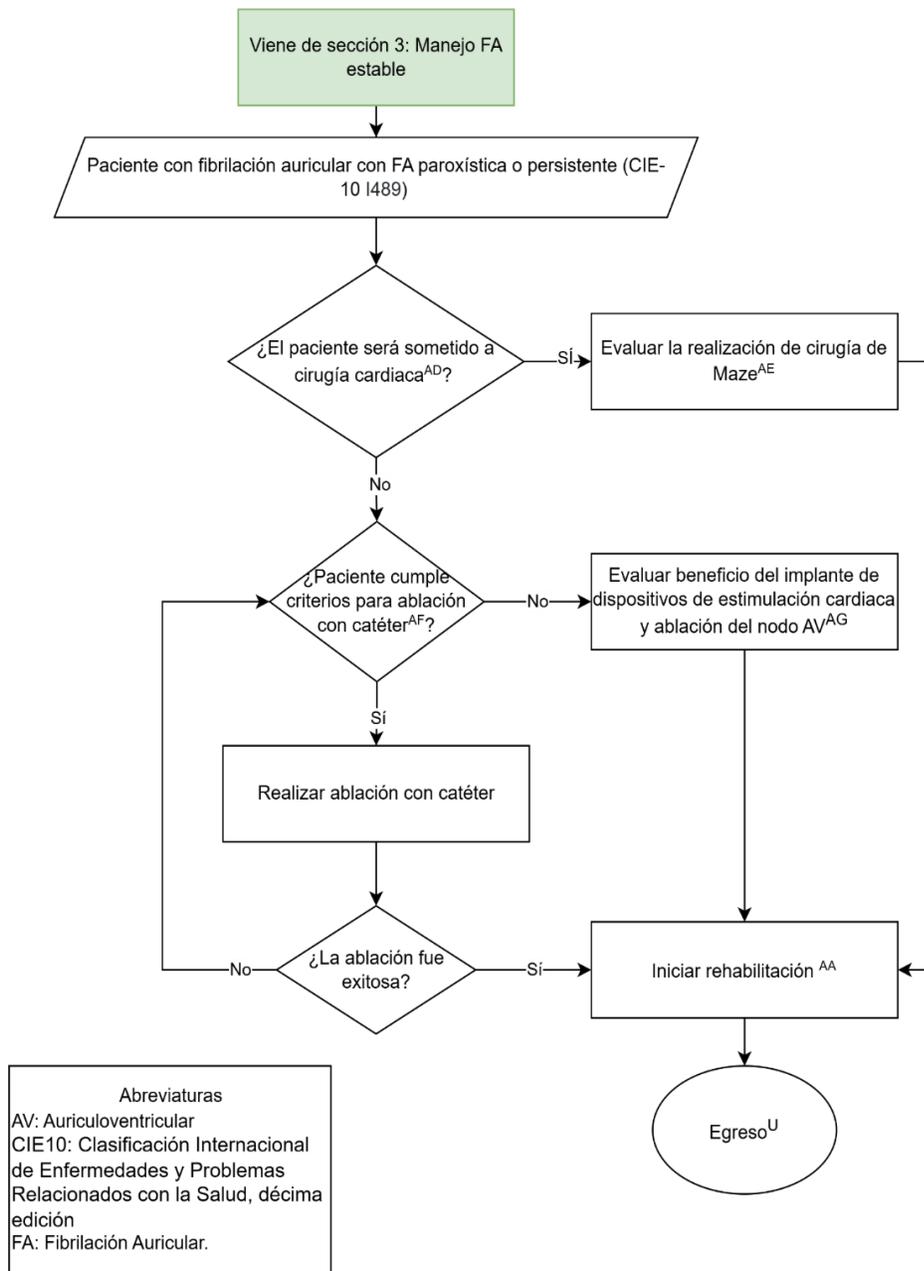
1. Heparina de bajo peso molecular

Enoxaparina: Dosis 1mg/kg Dosis inicial y continuar 1mg/kg cada 12 horas subcutánea. Para definir anticoagulación a largo plazo remitirse al algoritmo de fibrilación auricular estable - sección #3.

Para mayor información se recomienda dirigirse al estándar clínico basado en la evidencia de anticoagulación. (Recomendación de expertos)

Figura 7. Sección 5: Manejo especializado de la FA

Sección 5



Fuente: elaboración propia.

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Información adicional

AD. Consideraciones en el paciente que será sometido a cirugía cardíaca: considerar un procedimiento de ablación quirúrgica de la FA en asociación con un procedimiento quirúrgico cardíaco planificado (p. ej., válvula mitral, válvula aórtica o cirugía de derivación de la arteria coronaria) en pacientes con FA sintomática no permanente cuando se considera que la probabilidad de éxito es alta. El riesgo adicional es bajo, se espera que el ritmo sinusal logre un beneficio sintomático (NE: bajo, GR: débil a favor; GRADE) (1). El beneficio sintomático del ritmo sinusal debe equilibrarse con los riesgos que conlleva la cirugía de ablación, incluida la mayor necesidad de estimulación permanente (particularmente para procedimientos biauriculares y/o Maze).

Se puede considerar la ablación quirúrgica independiente o híbrida de la FA para pacientes con FA sintomática no permanente que es refractaria a los intentos de ablación percutánea con catéter y cuyos síntomas justifican el riesgo adicional de un procedimiento quirúrgico (NE: bajo, GR: débil a favor; GRADE) (1).

Para ampliar la información dirigirse al estándar clínico basado en la evidencia para la atención del paciente candidato a cirugía de revascularización cardíaca (recomendación de expertos).

AE. Indicaciones para realizar cirugía de Maze: la ablación quirúrgica de la FA se recomienda en el paciente con FA sometido a un procedimiento quirúrgico que requiere una apertura de la aurícula izquierda, como la cirugía de la válvula mitral (recomendación de expertos)(8), y en la cirugía cardíaca sin atriotomía, la ablación quirúrgica de la FA se puede realizar sin riesgo adicional de mortalidad operatoria o morbilidad importante y se recomienda para restaurar el ritmo sinusal y mejorar el resultado del paciente (recomendación de expertos)(16).

La decisión de ser llevado a la cirugía de Maze debe ser tomada en junta multidisciplinaria; se debe evaluar la pertinencia del procedimiento según las características de cada paciente (recomendación de expertos). Además, para ampliar la información dirigirse al estándar clínico basado en la evidencia para la atención del paciente candidato a cirugía de revascularización cardíaca (recomendación de expertos).

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

AF. Criterios para ablación con catéter: se recomienda la ablación con catéter para mantener el ritmo sinusal como terapia de primera línea para el control de los síntomas en pacientes con FA y con contraindicaciones relativas o absolutas para el control farmacológico del ritmo (NE: moderada, GR: débil a favor; GRADE) (1). En el paciente menor de 60 años, con pocas comorbilidades y con FA paroxística sintomática en quien inicialmente se desea control del ritmo y además reducir la progresión a FA persistente y en el paciente con falla cardiaca con FEVI preservada o reducida en quien se sospeche cardiomiopatía mediada por FA, etapa temprana de la falla cardiaca, cardiorresonancia sin cicatriz ventricular significativa, fibrosis auricular leve o nula, FA paroxística y permanente de diagnóstico reciente, pacientes jóvenes sin comorbilidades significativas (recomendación de expertos) (9).

Recomendamos la ablación con catéter de la FA en el paciente que permanece sintomáticos después de una prueba adecuada de terapia antiarrítmica y en quien sigue siendo deseable una estrategia de control del ritmo (NE: alto, GR: fuerte a favor; GRADE) (1).

En pacientes con FA sintomática recurrente después de la ablación con catéter, repetir la ablación con catéter o el tratamiento con fármacos antiarrítmicos es útil para mejorar los síntomas y evitar la FA (recomendación de expertos) (9). En general, la supresión exitosa de la FA mejora con procedimientos de ablación adicionales o múltiples. Se desconoce el límite absoluto del número de ablaciones a las que se puede someter un paciente. Por ejemplo, es posible que un paciente con aislamiento de venas pulmonares previo y ablaciones repetidas con modificación de sustrato, pueda beneficiarse de la ablación de las reconexiones de vena pulmonar a la aurícula izquierda, o de la ablación de desencadenantes adicionales. Sin embargo, las ablaciones repetidas conllevan mayores riesgos de efectos adversos. Estos riesgos son poco frecuentes, pero incluyen estenosis de las venas pulmonares y síndrome de aurícula izquierda rígida

AG. Evaluación del beneficio del implante de dispositivos de estimulación cardiaca y ablación del nodo AV: se recomienda la implantación de un marcapasos permanente con ablación del nodo auriculoventricular en el paciente no elegible para el control del ritmo que tiene una frecuencia cardíaca no controlada a pesar de la combinación máxima tolerada de medicamentos para el control de la frecuencia (NE: moderada, GR: fuerte a favor; GRADE) (1).

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Se recomienda la ablación del nodo auriculoventricular en pacientes con insuficiencia cardíaca y FA que no responden a la terapia de resincronización cardíaca con estimulación biventricular a pesar de las dosis máximas toleradas de fármacos que controlan la frecuencia y refractariedad a la ablación con catéter (NE: moderada, GR: débil a favor; GRADE) (1)

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Definición de puntos de control

Los puntos de control para el ECBE se definieron teniendo en cuenta momentos claves en el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de los pacientes adultos con fibrilación auricular atendidos en el Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Estos puntos de control fueron elegidos de forma conjunta por los miembros del equipo desarrollador y se presentan a continuación (recomendación de expertos):

1. Evaluación del riesgo de sangrado y tromboembolismo (Sección número 2: Anticoagulación y clasificación): Se debe realizar a todos los pacientes con FA una evaluación anual de su riesgo de accidente cerebrovascular/embolia sistémica, mediante la escala de CHA2DS2-VA y evaluar los factores modificables de sangrado, independientemente de su patrón clínico, considerando el impacto en la disminución de complicaciones asociadas como eventos de sangrado mayor y secuelas neurológicas en relación a eventos embólicos a sistema nervioso central.
2. Egreso con anticoagulación (Sección número 2: Anticoagulación y clasificación): Anticoagulación con DOACS en pacientes con FA hemodinámicamente estables con puntuación en escala CHA2DS2 VA ≥ 2 y sin contraindicaciones de anticoagulación y así determinar el uso de la anticoagulación como prevención de eventos tromboembólicos.
3. Control de la frecuencia cardíaca (Sección 3: tratamiento del paciente con fibrilación auricular estable): inicio de terapia de control de la frecuencia cardíaca con betabloqueadores o calcioantagonistas en pacientes con frecuencia mayor a 110 lpm en reposo.
4. Seguimiento (Sección 3: tratamiento del paciente con fibrilación auricular estable): los pacientes con FA deben contar con la orden ambulatoria de seguimiento por servicio de cardiología y psicología.

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Tabla 9. Indicadores propuestos para los puntos de control

Nombre	Definición	Fórmula
1. Evaluación del riesgo de sangrado y tromboembolismo	Proporción de pacientes con FA y evaluación anual del riesgo de accidente cerebrovascular/embolia sistémica mediante las escalas de CHA2DS2-VASc y HAS- BLED	$\frac{\text{Número de pacientes con diagnóstico de FA y realización evaluación anual de las escalas CHAD2DS2 – VASc y HAS – BLED}}{\text{Número de pacientes con diagnóstico de FA}}$
2. Egreso con anticoagulación	Proporción de pacientes con diagnóstico de FA, sin contraindicaciones y puntaje CHA2DS2 VASc2 ≥ 2 en hombres o ≥ 3 en mujeres, con formulación al egreso de DOACS.	$\frac{\text{Número de pacientes con diagnóstico de FA y puntaje CHA2DS2 VASc2 } \geq 2 \text{ en hombres o } \geq 3 \text{ en mujeres y formulación al egreso de DOACS}}{\text{Número de pacientes con diagnóstico de FA y puntaje CHA2DS2 VASc2 } \geq 2 \text{ en hombres o } \geq 3 \text{ en mujeres}}$
3. Control de la frecuencia cardíaca	Proporción de pacientes con FA y frecuencia cardíaca mayor a a 110 lpm en reposo en quienes se inició terapia de control de la frecuencia cardíaca con betabloqueadores o calcio antagonistas	$\frac{\text{Número de pacientes con diagnóstico de FA y frecuencia cardíaca mayor a 110 lpm en reposo con inicio de terapia de control de la frecuencia}}{\text{Número de pacientes con diagnóstico de FA y frecuencia cardíaca mayor a 110 lpm en reposo}}$
4. Seguimiento	Proporción de pacientes con FA y orden ambulatoria de seguimiento por servicio de cardiología y psicología	$\frac{\text{Número de pacientes con diagnóstico de FA y orden de seguimiento ambulatorio por cardiología y psicología}}{\text{Número de pacientes con diagnóstico de FA}}$

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Implementación del estándar clínico basado en la evidencia y evaluación de la adherencia

Para el proceso de implementación del ECBE y evaluación de la adherencia se desarrollarán diferentes actividades que se describen de forma general en este apartado. La primera actividad será la creación de un equipo interdisciplinario, conformado por los miembros del grupo desarrollador y representantes de las áreas administrativas y clínicas del HUN, que puedan apoyar el proceso de implementación. Es importante mencionar que se dará prioridad al personal del área de tecnologías de la información del HUN en la constitución del equipo encargado de la implementación. Una vez conformado el equipo de implementación del estándar, se realizarán reuniones que permitan identificar las barreras y facilitadores del proceso de implementación en la institución.

Posteriormente, se utilizarán dos enfoques para abordar las posibles acciones de implementación del ECBE. El primero tendrá como objetivo la difusión del diagrama de flujo del ECBE y sus puntos de control. Algunas de las actividades contempladas para poner en práctica este enfoque incluyen charlas educativas presenciales y pregrabadas por los líderes clínicos del ECBE y la difusión de información sobre este mismo, mediante las redes sociales del HUN y las carteleras ubicadas en sus diferentes servicios. El objetivo del segundo enfoque será desarrollar estrategias administrativas utilizando tecnologías de la información y el software de historia clínica, para generar avisos interactivos o mensajes de recordatorio que refuercen las actividades educativas arriba planteadas.

Finalmente, el proceso de evaluación de la adherencia al estándar tendrá tres componentes: *i) evaluación de conocimiento sobre el ECBE*: donde se contempla el uso de encuestas válidas y transparentes que serán desarrolladas en diferentes ámbitos clínicos para medir el grado de conocimiento del personal acerca del ECBE; *ii) evaluaciones de impacto*: en el cual se contemplará, según la disponibilidad de recursos destinados a este componente, realizar actividades relacionadas con evaluación del impacto del ecbe sobre desenlaces clínicos, desenlaces reportados por pacientes y desenlaces en términos de costos asociados a su implementación; *iii) evaluaciones de adherencia*: para este componente se utilizarán principalmente fuentes de información administrativa; no obstante, en algunos casos, de prioridad para el hospital, se utilizarán estudios adicionales que permitan evaluar la adherencia de manera focalizada.

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Se aclara que el proceso de implementación será desarrollado en etapas adicionales a las del proceso de desarrollo que permitan identificar las mejores alternativas de implementación para este ECBE.

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Impacto esperado del ECBE

Este ECBE tiene múltiples propósitos a mediano y largo plazo, los cuales se lograrán a medida que se completen las fases de implementación y actualización:

- Disminuir la variabilidad en el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de los pacientes adultos con fibrilación auricular atendidos en el HUN.
- Mejorar los desenlaces en salud de pacientes adultos con fibrilación auricular atendidos en el HUN.
- Optimizar el uso de recursos en el proceso de atención de pacientes adultos con fibrilación auricular atendidos en el HUN.
- Mejorar los desenlaces reportados por los pacientes adultos con fibrilación auricular atendidos en el HUN.
- Brindar una herramienta pedagógica basada en la mejor evidencia disponible a los profesores y estudiantes de las facultades de salud de la Universidad Nacional de Colombia en lo que respecta diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de los pacientes adultos con fibrilación auricular.
- Posicionar al HUN como una institución de salud referente en la región en lo que respecta al tratamiento integral de pacientes con fibrilación auricular.

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Actualización del ECBE

La actualización del ECBE se realizará según las recomendaciones establecidas en el manual de desarrollo de ECBE del HUN (IN-MN-04. Desarrollo de estándares clínicos basados en la evidencia en el Hospital Universitario Nacional de Colombia). De esta manera, el grupo desarrollador estableció el tiempo máximo de actualización teniendo en cuenta los siguientes aspectos: i) el volumen de la evidencia disponible en la actualidad; ii) la disponibilidad de nueva evidencia relacionada con el tema que pueda influenciar la toma de decisiones en el proceso de atención integral de pacientes con esta enfermedad; iii) la calidad de la evidencia disponible al momento del desarrollo del ECBE, y iv) la disponibilidad de recursos institucionales para la implementación y actualización del ECBE.

Considerando estos aspectos, el grupo de trabajo decidió que, para el caso de la fibrilación auricular se espera que en un tiempo aproximado de tres a cinco años se publique nueva evidencia que afecte la manera de llevar a cabo el proceso de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento, por lo tanto, este será el periodo máximo de actualización de este documento.

De esta forma, el grupo desarrollador determinó que el ECBE para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de los pacientes adultos con fibrilación auricular atendidos en el Hospital Universitario nacional de Colombia debe actualizarse máximo entre 3 y 5 años, ya que se espera que en este período se publique nueva evidencia sobre el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de estas condiciones y, por tanto, se requiera hacer cambios en el proceso de atención de estos pacientes.

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Glosario

Adaptación de recomendaciones: grado en el que una intervención basada en evidencia es modificada por un usuario durante su adopción e implementación para ajustarla a las necesidades de la práctica clínica o para mejorar su desempeño según las condiciones (20).

Algoritmo: procedimiento expresado como una serie de pasos que permite solucionar un problema específico en un tiempo y espacio determinados. Debe cumplir los siguientes atributos: tener una entrada y una salida, no presentar ambigüedad en los pasos planteados, el procedimiento debe terminar después de un determinado número de pasos y cada instrucción debe estar debidamente explicada de forma que pueda ser ejecutada sin problema (21).

Diagrama de flujo: representación gráfica de un algoritmo. Usualmente es utilizado en el área de la salud para describir el proceso de atención integral de pacientes con determinada condición o enfermedad. Esta herramienta ha sido reconocida como la más útil en el área de la salud; además, es utilizada por instituciones gubernamentales para mejorar los procesos de atención en salud (22).

Diagrama PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses): diagrama que permite describir el flujo de información durante las fases de búsqueda y revisión de la evidencia. Este diagrama facilita identificar el número de registros identificados, aquellos excluidos y los finalmente incluidos, así como las razones para las exclusiones (23).

Puntos de control del estándar clínico basado en la evidencia (ECBE): aspectos trazadores de cada uno de los procesos de atención en salud que se abordan en el ECBE, los cuales son de vital importancia para el seguimiento de la adherencia al proceso y permiten diseñar estrategias específicas de implementación.

Fibrilación Auricular: Es una afección en la que las señales eléctricas en las aurículas son rápidas y desorganizadas, lo que produce latidos cardíacos irregulares (24)

Eventos tromboembólicos: se refiere a los diagnósticos interrelacionados de trombosis venosa profunda (TVP) y embolia pulmonar (EP) (25)

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Arritmias: Es una variación de la frecuencia y/o ritmo cardíaco normal que no está fisiológicamente justificada (26).

Ictus: Un déficit neurológico atribuido a una lesión focal aguda del sistema nervioso central (SNC) por una causa vascular, que incluye infarto cerebral, hemorragia intracerebral (HIC) y hemorragia subaracnoidea (HSA), y es una causa importante de discapacidad y muerte en todo el mundo (27).

FA Paroxística: La FA se revierte espontáneamente o con una intervención en los primeros 7 días

FA Persistente: La FA se mantiene durante más de 7 días, incluidos los episodios que se terminan por cardioversión farmacológica o eléctrica tras más de 7 días

FA Persistente de larga duración: FA continua más de 1 año tras adoptar una estrategia para el control del ritmo cardíaco

FA permanente: El paciente y el médico asumen la FA y no se adoptan nuevas medidas para restaurar o mantener el ritmo sinusal. La FA permanente representa más una actitud terapéutica del paciente y el médico que un atributo fisiopatológico inherente a la FA. Este término no debe emplearse en el contexto de una estrategia para el control del ritmo con fármacos antiarrítmicos o ablación con catéter. En caso de aplicarse medidas para el control del ritmo, la arritmia se reclasificaría como «FA persistente de larga duración» (4)

Ablación con catéter: Es un campo que evoluciona rápidamente y ha demostrado ser una solución válida para muchos pacientes que padecen arritmias recurrentes (28).

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Referencias

1. Andrade JG, Aguilar M, Atzema C, Bell A, Cairns JA, Cheung CC, et al. The 2020 Canadian Cardiovascular Society/Canadian Heart Rhythm Society Comprehensive Guidelines for the Management of Atrial Fibrillation. *Can J Cardiol.* diciembre de 2020;36(12):1847-948.
2. Linz D, Gawalko M, Betz K, Hendriks JM, Lip GYH, Vinter N, et al. Atrial fibrillation: epidemiology, screening and digital health. *Lancet Reg Health Eur.* febrero de 2024;37:100786.
3. Vizzardì E, Curnis A, Latini MG, Salghetti F, Rocco E, Lupi L, et al. Risk factors for atrial fibrillation recurrence: a literature review. *J Cardiovasc Med (Hagerstown).* marzo de 2014;15(3):235-53.
4. Guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración de la European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Revista Española de Cardiología.* 1 de mayo de 2021;74(5):437.e1-437.e116.
5. Elliott AD, Middeldorp ME, Van Gelder IC, Albert CM, Sanders P. Epidemiology and modifiable risk factors for atrial fibrillation. *Nat Rev Cardiol.* junio de 2023;20(6):404-17.
6. García-Peña ÁA, Ospina-Buitrago DA, Rico-Mendoza J del P, Fernández-Ávila DG, Muñoz-Velandia OM, Suárez F. Prevalencia de fibrilación auricular en Colombia según información del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO). *Revista Colombiana de Cardiología [Internet].* 2022 [citado 31 de octubre de 2024];29(2). Disponible en: https://www.rccardiologia.com/frame_esp.php?id=154
7. Buja A, Rebba V, Montecchio L, Renzo G, Baldo V, Cocchio S, et al. The Cost of Atrial Fibrillation: A Systematic Review. *Value in Health.* 1 de abril de 2024;27(4):527-41.
8. Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K, AGREE Next Steps Consortium. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ.* 8 de marzo de 2016;352:i1152.
9. Joglar JA, Chung MK, Armbruster AL, Benjamin EJ, Chyou JY, Cronin EM, et al. 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.* 2 de enero de 2024;149(1):e1-156.

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

10. January CT, Wann LS, Calkins H, Chen LY, Cigarroa JE, Cleveland JC, et al. 2019 AHA/ACC/HRS Focused Update of the 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society in Collaboration With the Society of Thoracic Surgeons. *Circulation*. 9 de julio de 2019;140(2):e125-51.
11. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, Blomström-Lundqvist C, 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*. 1 de febrero de 2021;42(5):373-498.
12. Van Gelder IC, Rienstra M, Bunting KV, Casado-Arroyo R, Caso V, Crijns HJGM, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): Developed by the task force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC), with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. Endorsed by the European Stroke Organisation (ESO). *European Heart Journal*. 21 de septiembre de 2024;45(36):3314-414.
13. Kimura S, Toyoda K, Yoshimura S, Minematsu K, Yasaka M, Paciaroni M, et al. Practical “1-2-3-4-Day” Rule for Starting Direct Oral Anticoagulants After Ischemic Stroke With Atrial Fibrillation: Combined Hospital-Based Cohort Study. *Stroke*. mayo de 2022;53(5):1540-9.
14. Seiffge DJ, Werring DJ, Paciaroni M, Dawson J, Warach S, Milling TJ, et al. Timing of anticoagulation after recent ischaemic stroke in patients with atrial fibrillation. *Lancet Neurol*. enero de 2019;18(1):117-26.
15. Mar PL, Gopinathannair R, Gengler BE, Chung MK, Perez A, Dukes J, et al. Drug Interactions Affecting Oral Anticoagulant Use. *Circ Arrhythm Electrophysiol*. junio de 2022;15(6):e007956.
16. Nitta T, Wai JWW, Lee SH, Yii M, Chaiyaroj S, Ruaengsri C, et al. 2023 APHRS expert consensus statements on surgery for AF. *J Arrhythm*. diciembre de 2023;39(6):841-52.

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

17. Keteyian SJ, Ehrman JK, Fuller B, Pack QR. Exercise Testing and Exercise Rehabilitation for Patients With Atrial Fibrillation. *J Cardiopulm Rehabil Prev.* marzo de 2019;39(2):65-72.
18. Kurasawa Y, Maeda H, Tamaru T, Sasaki T, Matsumori K, Yokokawa Y, et al. Safety and Effectiveness of Exercise-Based Cardiac Rehabilitation for Patients With Atrial Fibrillation Following Radiofrequency Catheter Ablation Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus.* diciembre de 2023;15(12):e50476.
19. Bittman J, Thomson CJ, Lyall LA, Alexis SL, Lyall ET, Cannatella SL, et al. Effect of an Exercise and Nutrition Program on Quality of Life in Patients With Atrial Fibrillation: The Atrial Fibrillation Lifestyle Project (ALP). *CJC Open.* 27 de abril de 2022;4(8):685.
20. Ilott I, Rick J, Patterson M, Turgoose C, Lacey A. What is protocol-based care? A concept analysis. *J Nurs Manag.* octubre de 2006;14(7):544-52.
21. Gulwani S. Programming by examples: applications, algorithms, and ambiguity resolution. En: *Proceedings of the 19th International Symposium on Principles and Practice of Declarative Programming [Internet].* New York, NY, USA: Association for Computing Machinery; 2017 [citado 1 de noviembre de 2024]. p. 2. (PPDP '17). Disponible en: <https://doi.org/10.1145/3131851.3131853>
22. Jun GT, Ward J, Morris Z, Clarkson J. Health care process modelling: which method when? *Int J Qual Health Care.* junio de 2009;21(3):214-24.
23. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 29 de marzo de 2021;372:n71.
24. Sociedad Española de Cardiología [Internet]. 2014 [citado 1 de noviembre de 2024]. 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation. Disponible en: <https://secardiologia.es/cientifico/guias-clinicas/arritmias/5211-2014-ahaacchrs-guideline-management-patients-with-atrial-fibrillation>
25. Vaqar S, Graber M. Thromboembolic Event. En: *StatPearls [Internet].* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 1 de noviembre de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549877/>
26. Antzelevitch C, Burashnikov A. Overview of Basic Mechanisms of Cardiac Arrhythmia. *Cardiac electrophysiology clinics.* 1 de marzo de 2011;3(1):23.

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

27. Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, Caplan LR, Connors JJB, Culebras A, et al. An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. julio de 2013;44(7):2064-89.
28. Ghzally Y, Ahmed I, Gerasimon G. Catheter Ablation. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 1 de noviembre de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470203/>
29. Van Gelder IC, Rienstra M, Bunting KV, Casado-Arroyo R, Caso V, Crijns HJGM, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J* [Internet]. 2024;45(36):3314–414. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehae176>

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Anexos

Anexo 1. Versión completa de la metodología del ECBE

Metodología

El **ECBE** se desarrolló mediante un proceso secuencial de siete fases: i) conformación del grupo desarrollador; ii) definición del alcance y los objetivos del **ECBE**; iii) revisión sistemática de **GPC**; iv) elaboración del algoritmo preliminar; v) desarrollo de un acuerdo interdisciplinario; vi) elaboración del algoritmo final, y vii) revisión y edición del **ECBE**. Cada una de estas etapas se describe a continuación:

i) Conformación del grupo elaborador

El grupo desarrollador estuvo conformado por expertos en medicina interna, cardiología, electrofisiología y en epidemiología clínica, quienes se reunieron de forma virtual para determinar las directrices metodológicas, técnicas y temáticas respecto al desarrollo de las recomendaciones del **ECBE**. Todos los miembros del grupo desarrollador aceptaron participar en el proceso de desarrollo del estándar, diligenciaron y firmaron el formato de divulgación de conflictos de interés, de acuerdo con la normatividad vigente para el desarrollo de **ECBE**.

ii) Definición de alcance y objetivos

Esta actividad representa el componente principal del **ECBE** y suele ser objeto de las evaluaciones de calidad de este tipo de documentos (1,2). En esta etapa, se plantearon tanto el alcance, como los objetivos para el desarrollo del **ECBE** a partir de preguntas trazadoras como: i) ¿por qué se hace?, ii) ¿para qué se hace?, iii) ¿quiénes la usarán?, iv) ¿a quiénes se dirige?, v) ¿qué problema o condición se quiere delimitar? y vi) ¿qué pregunta de salud específica se quiere abordar? (3).

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

En lo que respecta al alcance, el equipo desarrollador estuvo a cargo de su formulación teniendo en cuenta los siguientes componentes: i) *población objetivo*: población en la que se aplicarán específicamente las recomendaciones del ECBE; ii) *poblaciones especiales a las que pueda aplicarse el ECBE (equidad en salud)*: poblaciones indígenas, comunidad afrodescendiente, poblaciones rurales, etcétera; iii) *aspecto de la enfermedad o condición que se piensa abordar*: tratamiento, diagnóstico, prevención, seguimiento, etcétera; iv) *aspectos de la enfermedad que no serán incluidas*: tratamiento, diagnóstico, prevención, seguimiento, etcétera; v) *contexto de atención en salud*: consulta externa, hospitalización, cirugía, unidad de cuidados intensivos, etcétera; vi) *especialidades, áreas o servicios de salud involucrados en la implementación del ECBE*: quiénes deberán utilizar las recomendaciones emitidas por el ECBE.

Los objetivos se establecieron teniendo en cuenta que estos deben describir de forma clara y concreta la finalidad del ECBE. De esta forma, los objetivos se formularon considerando las actividades de revisión de la literatura, las áreas asistenciales involucradas y el consenso interdisciplinario al que se ha de llegarse como producto final del ECBE. En la formulación de los objetivos, también se incluyeron la identificación de puntos de control y los lineamientos para la difusión e implementación del ECBE.

iii) Revisión sistemática de GPC

Se realizaron búsquedas sistemáticas en diferentes bases de datos para identificar las GPC que respondieran al objetivo y alcance del ECBE. En la revisión de la literatura, solo se consideraron documentos publicados en los últimos 10 años en revistas científicas o documentos técnicos encontrados como literatura gris calificadas como GPC basadas en la evidencia que reportaran indicaciones o recomendaciones relativas diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de los pacientes adultos con fibrilación auricular.

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Teniendo en cuenta lo anterior, se diseñaron estrategias de búsqueda electrónica altamente sensibles con el fin de identificar documentos que cumplieran con los criterios antes descritos. Las búsquedas se realizaron del 19 de marzo al 21 de abril del 2023, en las siguientes bases de datos:

1. *Desarrolladores:*

- a. Ministerio de Salud y Protección Social ([MSPS](#)) - Colombia
- b. National Institute for Health and Clinical Excellence ([NICE](#)) - Reino Unido
- c. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud ([IETS](#)) - Colombia
- d. Instituto Mexicano del Seguro Social ([IMSS](#)) - México
- e. Scottish Intercollegiate Guidelines Network ([SIGN](#)) - Escocia
- f. Organización Panamericana de la Salud ([OPS](#))
- g. Sistema de Información de la Biblioteca de la [OMS](#) ([WHOLIS](#))
- h. Australian Clinical Practice Guidelines - [GPC](#) Australia
- i. Organización Mundial de la Salud ([OMS](#))
- j. Biblioteca Guía Salud - España
- k. Agency for Healthcare Research and Quality ([AHRQ](#))
- l. British Association of Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgeons ([BAPRAS](#))

2. *Compiladores:*

- a. Guidelines International Network ([G-I-N](#))
- b. [CPG](#) Infobase: Clinical Practice Guidelines ([CMA](#) infodatabse)

3. *Bases de datos de revistas científicas:*

- a. MEDLINE
- b. Embase
- c. [LILACS](#)

En lo que respecta a la realización de las búsquedas, primero se identificaron los términos clave (lenguaje natural), correspondientes a la condición de salud o área de interés a abordarse en el [ECBE](#). Luego, se construyó una estrategia de

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

búsqueda de base compuesta por vocabulario controlado (términos MeSH, Emtree y DeCS) y lenguaje libre (variaciones ortográficas, plurales, sinónimos, acrónimos y abreviaturas).

A partir de la estrategia de búsqueda de base, se crearon estrategias de búsqueda para las diferentes bases de datos consultadas, utilizando, cuando fue posible, expansión de términos, identificadores de campo (título y resumen), truncadores y operadores booleanos y de proximidad. Para cada búsqueda, se generó un reporte que garantizara su reproducibilidad y transparencia. Se descargaron todos los archivos con extensión [RIS](#) o los documentos en formato [PDF](#) para consolidar todos los resultados en una sola base de datos y, de esta forma, realizar los procesos de tamización y selección de los estudios y de evaluación de la calidad de la evidencia. Las tablas de reporte de las estrategias de búsqueda de la evidencia se pueden consultar en el anexo 3.

Definición de los criterios de elegibilidad

Antes de iniciar el proceso de tamización y selección de la evidencia, el grupo desarrollador estableció criterios de elegibilidad. Este proceso estuvo a cargo de los líderes clínicos y del líder metodológico del grupo, con la colaboración del resto de integrantes. La sección de alcance y objetivos fue el insumo principal para definir estos criterios, los cuales se presentan a continuación:

Criterios de inclusión

- GPC sobre el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de pacientes adultos con fibrilación auricular.
- GPC publicadas en inglés o español y con acceso a texto completo.
- GPC publicadas en los últimos 10 años (2013 - 2023)

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Criterios de exclusión

- GPC con evaluación de la calidad global menor a seis según el instrumento AGREE II y con un puntaje menor a 60 % en los dominios de rigor metodológico e independencia editorial.
- GPC sobre el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de pacientes adultos con fibrilación auricular en población infantil.
- GPC sobre diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de pacientes adultos con fibrilación auricular en población de gestantes.

Tamización de las GPC identificadas en la búsqueda de la literatura

La tamización de la evidencia se realizó mediante la revisión del título, resumen y texto completo de los documentos identificados en las búsquedas sistemáticas. Este proceso fue realizado de manera doble e independiente por los colaboradores del ECBE. En el caso de discrepancias, la decisión se tomó por un tercer integrante, líder clínico del ECBE. El proceso de tamización y selección de la evidencia, así como el número de referencias evaluadas en cada parte del proceso, se presenta en el diagrama prisma (Anexo 2).

Evaluación de la calidad

La calidad de las GPC seleccionadas fue evaluada con el instrumento [AGREE II](#), una herramienta diseñada para calificar la calidad metodológica de las GPC que consta de 6 dominios, cada uno con diferentes ítems, en los que se puede obtener una puntuación entre 1 y 7, donde 1 es el nivel más bajo (calificación «muy en desacuerdo») y 7, el más alto (calificación «muy de acuerdo»). Después de evaluar todos los ítems de cada dominio, se calcula el porcentaje obtenido sobre una base de 100 % (4).

La calidad de la evidencia se evaluó de forma doble e independiente por un representante del equipo desarrollador y el líder metodológico del ECBE.

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Decisión sobre la inclusión de GPC para el desarrollo del ECBE

En las búsquedas iniciales, se recuperaron 8309 registros. Luego de remover duplicados (n= 815), se identificaron 7494 estudios en total, de los cuales 7482 fueron excluidos en la etapa de revisión de títulos y resúmenes. Después, de los 12 documentos en los que se realizó lectura de texto completo, 7 GPC fueron seleccionadas para evaluar su calidad con el instrumento AGREE II (4). Por último, en la etapa de evaluación de la calidad metodológica, 5 GPC fueron excluidas; las 2 GPC que cumplieron los criterios de elegibilidad y fueron finalmente incluidas para la revisión de la evidencia se presentan en la tabla 1.

El proceso de búsqueda, tamización y selección de la evidencia se resume en la figura PRISMA disponible en el anexo 2. Las referencias excluidas en la etapa de evaluación de la calidad, así como los resultados de la evaluación de la calidad metodológica de las 7 GPC, se pueden consultar en el anexo 5.

Tabla 1. Guías de práctica clínica identificadas en la búsqueda de la literatura que cumplieron los criterios de elegibilidad para el desarrollo del estándar clínico basado en la evidencia

Id	Nombre de la GPC*	Grupo desarrollador	País o continente	Idioma	Año
GPC 1	2019 AHA/ACC/HRS Focused Update of the 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation	American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society	EEUU	Inglés	2019
GPC 2	The 2020 Canadian Cardiovascular	Canadian Cardiovascular	Canadá	Inglés	2020

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

	Society/Canadian Heart Rhythm Society Comprehensive Guidelines for the Management of Atrial Fibrillation - Canadian Journal of Cardiology	Society/Canadian Heart Rhythm Society			
GPC 3	2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery	European Society of Cardiology (ESC), with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. Endorsed by the European Stroke Organisation (ESO)	Europa	Inglés	2024

(5–7)

*GPC: guía de práctica clínica

Elaboración de las tablas comparativas de la evidencia

Para esta actividad, los expertos clínicos se reunieron y determinaron de forma conjunta los dominios de la condición de interés para el **ECBE** y sobre los que se debía obtener información, a partir de las **GPC** seleccionadas, luego de los procesos de búsqueda, tamización y selección de la evidencia. El término *dominio* se definió como los aspectos puntuales de la enfermedad que debían ser incluidos en el **ECBE**, a saber: i) cómo realizar el diagnóstico de fibrilación auricular; ii) las medidas iniciales del tratamiento hospitalario; iii) los servicios asistenciales involucrados en

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

la atención de estos pacientes; iv) los medicamentos o procedimientos que deben utilizarse en el tratamiento de la enfermedad; v) el tiempo de hospitalización recomendado; vi) las medidas de egreso, y vii) el tiempo de seguimiento.

Una vez establecidos los dominios para la elaboración del diagrama de flujo, se creó una tabla comparativa de la evidencia en la cual se definió la información a incluir para cada dominio, a saber: i) puntos de control de posible utilidad; ii) recomendaciones respecto al diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento, y iii) áreas/servicios asistenciales involucrados en el proceso de atención integral de la condición. Esta actividad fue realizada por el equipo desarrollador, con el apoyo del líder metodológico, previa capacitación.

La evaluación de los diferentes grados de evidencia de las recomendaciones reportadas en cada [GPC](#) se realizó con la herramienta específica establecida en cada documento. En el anexo 4, se describen los sistemas de calificación de la evidencia utilizados en la evaluación de las [GPC](#) incluidas en este [ECBE](#).

iv) Elaboración del algoritmo preliminar

Para la elaboración del algoritmo preliminar del [ECBE](#), el equipo desarrollador revisó conjuntamente las recomendaciones extraídas de las [GPC](#) para cada uno de los dominios de la condición planteados. Además, se realizó una reunión en la que se socializó la calidad de la evidencia y el grado de recomendación para cada una de las recomendaciones descritas por las [GPC](#) seleccionadas.

Posteriormente, se llegó a un acuerdo sobre los especialistas requeridos para complementar el grupo colaborador con el fin de elaborar el algoritmo clínico para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de los pacientes adultos con fibrilación auricular. En este punto, se solicitó apoyo de expertos clínicos de las especialidades de nutrición, medicina del deporte y cirugía bariátrica.

Finalmente, para la construcción del algoritmo clínico se realizaron reuniones virtuales y presenciales, con una duración aproximada de 1 hora cada una, en las

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

que se discutió el curso de atención de los pacientes con la condición a estandarizar. En estas reuniones, participaron los expertos clínicos de las especialidades mencionadas y un experto metodológico con formación en la elaboración de diagramas de flujo.

v) **Desarrollo de un acuerdo interdisciplinario**

Para lograr el acuerdo interdisciplinario se realizaron varias actividades. Primero, se identificaron las áreas asistenciales o servicios clínicos involucrados en el proceso de atención integral de los pacientes con fibrilación auricular en el HUN. Luego, la lista de áreas o servicios asistenciales identificados se presentó ante los miembros del Comité de Generación de Estándares Clínicos Basados en la Evidencia (la unidad de gobernanza del proceso), quienes se encargaron de avalar la lista y de complementarla en caso de considerarlo pertinente.

Posteriormente, se envió una comunicación escrita a los coordinadores o jefes de estas áreas/servicios asistenciales, solicitándoles la designación oficial de un representante encargado de asistir a la reunión de consenso. Una vez designados los representantes, se les envió, mediante correo electrónico, la versión preliminar del ECBE y un formato de sugerencia de cambios, el cual se les solicitó diligenciar y enviarlo en un plazo no mayor a 5 días hábiles. Una vez transcurrido este plazo, se analizaron las sugerencias enviadas y se hicieron los cambios pertinentes.

En la reunión de consenso, realizada el 18 de julio de 2024, participaron representantes de los siguientes servicios o áreas asistenciales: enfermería, farmacia, nutrición, trabajo social, fisioterapia, cuidado crítico, cardiología, neurología clínica, medicina general, medicina interna, patología, geriatría, psicología. La información contenida en los diagramas de flujo del ECBE y los puntos de control fueron presentadas en 5 secciones (N-5 secciones del ECBE y una sobre los puntos de control) y se utilizó una escala tipo *Likert* de 1 a 9 para evaluar el grado de acuerdo con cada sección, donde 1 correspondió a «Muy en desacuerdo» con la sección y 9 a «Completamente de acuerdo». Para determinar si había

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

consenso en las respuestas a cada una de las 8 preguntas, la escala se dividió en tres zonas de puntuación: i) de 1 a 3, ii) de 4 a 6 y iii) de 7 a 9.

Utilizando como referencia el rango de la votación entre 1 y 9, se consideró que hubo «consenso total», cuando la puntuación mayor y la menor se encontraron en una sola zona de la escala, y «consenso parcial», cuando la puntuación mayor y la menor se ubicaron en dos zonas consecutivas de la escala. Por el contrario, se consideró que no hubo consenso («no consenso») cuando el rango de la puntuación obtenida en la ronda de votación se encontró en las tres zonas de la escala (ver figura 1) (8). Para cada una de las preguntas se aceptó un máximo de 3 rondas de votación; sin embargo, es importante mencionar que, como se muestra en la tabla 3, en la primera ronda de votaciones se obtuvo una puntuación unánime de 7-9 («de acuerdo» a «completamente de acuerdo» con la sección presentada) para las 8 secciones, es decir, un consenso total a favor de las recomendaciones planteadas para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con obesidad y/o pérdida de peso masiva en el HUN.

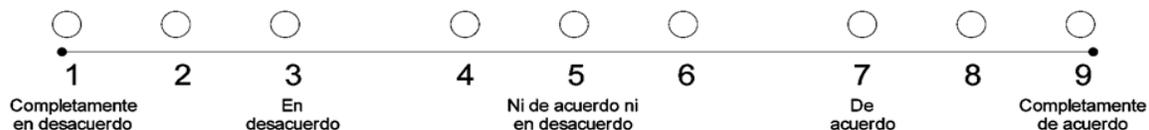


Figura 1. Escala tipo Likert utilizada en la reunión de consenso

Fuente: tomada y adaptada de (16).

A continuación, se presentan las preguntas realizadas por sección y los resultados obtenidos en la votación realizada en la reunión de consenso (ver tablas 2 y 3).

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Tabla 2. Secciones presentadas en la reunión de consenso y preguntas realizadas para cada sección en la ronda de votación

Sección	Pregunta
Sección 1: Diagnóstico	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 1: Diagnóstico?
Sección 2: Anticoagulación y clasificación de la FA	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 2: Anticoagulación y clasificación de la FA?
Sección 3: Manejo fibrilación auricular estable	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 3: Manejo fibrilación auricular estable?
Sección 4: Manejo fibrilación auricular inestable	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 4: Manejo fibrilación auricular inestable?
Sección 5: Manejo especializado de la FA	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 5: Manejo especializado de la FA?
Sección 6: puntos de control	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 6: puntos de control?

Para cada una de las preguntas se recibieron entre 14 y 16 respuestas correspondientes a los representantes de los servicios de cardiología, cuidado crítico, Dirección comercial, enfermería, farmacia, fisioterapia, geriatría, ingeniería biomédica, laboratorio clínico y patología, medicina de hospitalización, medicina interna, neurología, nutrición clínica, psicología, seguridad del paciente, trabajo social. En la tabla 3, se presentan los resultados obtenidos en la votación.

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Tabla 3. Resultados de las votaciones realizadas en la reunión de consenso

	# Votantes	1 a 3	4 a 6	7 a 9	Mediana	Rango
1. Pregunta sección 1	15	0 %	7 %	93 %	9	5; 9
2. Pregunta sección 2	14	0 %	0 %	100 %	9	7; 9
3. Pregunta sección 3	14	0 %	0 %	100 %	9	8; 9
4. Pregunta sección 4	16	0 %	0 %	100 %	9	8; 9
5. Pregunta sección 5	16	0 %	0 %	100 %	9	8; 9
8. Pregunta puntos de control	16	0%	0 %	100 %	9	7; 9

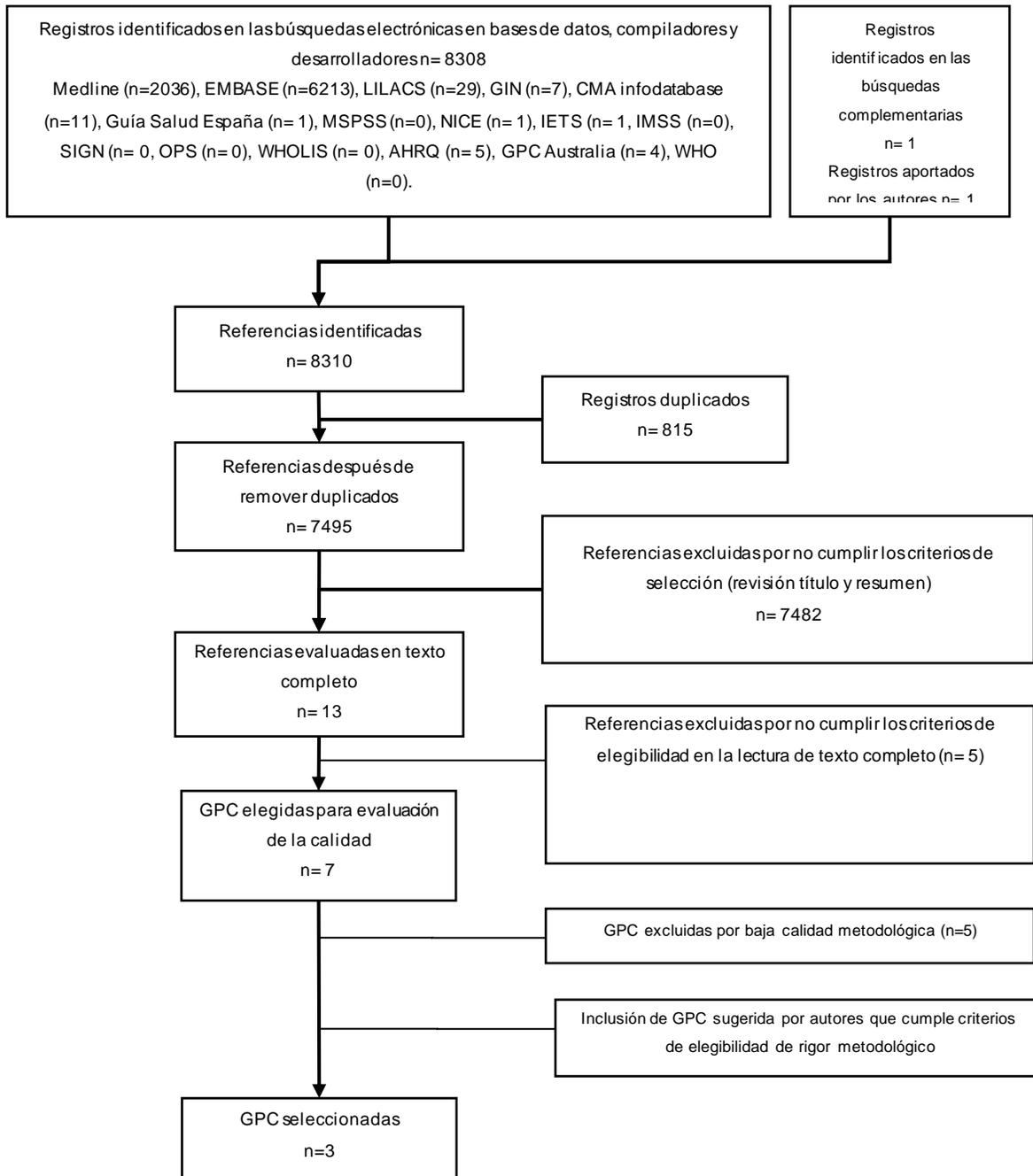
vi) Elaboración del algoritmo final

Para la elaboración de la versión final del [ECBE](#), el equipo desarrollador se reunió y unificó las sugerencias emitidas en la reunión de consenso, y, con base en estas, modificó el algoritmo preliminar del documento, además de la información adicional referida para cada aspecto del algoritmo por ampliar. El equipo metodológico se encargó de resumir los resultados de las votaciones realizadas en la reunión de consenso y de ajustar la sección de metodología del [ECBE](#).

vii) Revisión y edición

Como actividad final del proceso, se envió el documento a los participantes del consenso interdisciplinario para una última revisión y una vez aprobado, se realizó la revisión estilo y diagramación del documento; de esta forma, se obtuvo la versión final del [ECBE](#).

Anexo 2. Diagrama PRISMA



Fuente: tomado y adaptado de (9)

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Anexo 3. Documentos adicionales

Este anexo se encuentra disponible en un archivo adicional y contiene la siguiente información:

- Lista de términos utilizados en la búsqueda
- Bitácora de búsqueda de GPC
- Evaluaciones de la calidad de las [GPC](#) seleccionadas según el instrumento [AGREE II](#).
- Tabla comparativa de extracción de la información de las [GPC](#) seleccionadas.
- Formatos de revelación de conflictos de intereses.

Consulta el anexo aquí
 [https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1S7xaNoNjs_66BGHrx91GL6v_8mv1lcW8]

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Anexo 4. Sistemas de calificación de la evidencia utilizados en el ECBE

Escala de clasificación de la evidencia del Sistema GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation)*

Clasificación de la calidad de la evidencia en el sistema GRADE			
Calidad de la evidencia científica	Diseño del estudio	Disminuir la calidad si	Aumentar la calidad si
Alta	ECA		Asociación: • Evidencia científica de una asociación fuerte (RR > 2 o < 0.5 basado en estudios observacionales sin factores de confusión) (+1) . Evidencia científica de una asociación muy fuerte (RR > 5 o < 0.2 basado en estudios sin posibilidad de sesgos) (+2) Gradiente dosis
Moderada			
Baja	Estudios observacionales		
Muy baja	Otros tipos de estudio	Limitación en el diseño: Importante (-1) Muy importante (-2) Inconsistencia (-1) Evidencia directa: Alguna (-1) incertidumbre Gran (-2) incertidumbre acerca de que la evidencia sea directa Datos imprecisos (-1) Sesgo de notificación: Alta probabilidad de (-1)	

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

			<p>respuesta (+1)</p> <p>Todos los posibles factores de confusión podrían haber reducido el efecto observado (+1)</p>
--	--	--	---

ECA: ensayo clínico aleatorizado; RR: riesgo relativo.

Implicaciones de los grados de recomendación del sistema GRADE		
Implicaciones de una recomendación fuerte		
Pacientes	Clínicos	Gestores/planificadores
La inmensa mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada y únicamente una pequeña parte no lo estarían.	La mayoría de los pacientes deberían recibir la intervención recomendada.	La recomendación puede ser adoptada como política sanitaria en la mayoría de las situaciones.
Implicaciones de una recomendación débil		
La mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada, pero un	Reconoce que diferentes opciones serán apropiadas para diferentes pacientes y	Existe necesidad de un debate importante y la participación de los grupos de interés.

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

número importante de ellas no.	que el profesional sanitario tiene que ayudar a cada paciente a llegar a la decisión más consistente con sus valores y preferencias.	
--------------------------------	--	--

✓	Recomendación basada en la experiencia clínica y el consenso del grupo elaborador
<p>En ocasiones, el grupo desarrollador se percata de que existe un aspecto práctico importante que es necesario destacar y para el cual, probablemente, no hay ningún tipo de evidencia científica que lo soporte. En general, estos casos están relacionados con algún aspecto del tratamiento considerado como buena práctica clínica y que nadie cuestionaría normalmente y, por tanto, son valorados como puntos de “buena práctica clínica”. Estos puntos no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica, sino que deben considerarse solo cuando no haya otra forma de destacar dicho aspecto.</p>	

Fuente: tomado y adaptado de (20).

*Herramienta utilizada para la evaluación de la evidencia de las GPC 1, 2 y 3 (5–7).

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

Referencias

1. Vallejo-Ortega M, Sánchez-Pedraza R, Feliciano-Alfonso J, García-Pérez M, Gutiérrez-Sepúlveda M, Merchán-Chaverra R. Manual Protocolos - Instituto Nacional de Cancerología [Internet]. [citado 5 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov.co/conozca-sobre-cancer-1/publicaciones/manual-protocolos>
2. Harrison MB, Graham ID, van den Hoek J, Dogherty EJ, Carley ME, Angus V. Guideline adaptation and implementation planning: a prospective observational study. *Implementation Science*. 8 de mayo de 2013;8(1):49.
3. Guía Metodológica para la elaboración de guías.pdf [Internet]. [citado 5 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Gu%C3%ADa%20Metodol%C3%B3gica%20para%20la%20elaboraci%C3%B3n%20de%20gu%C3%ADas.pdf>
4. Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K, AGREE Next Steps Consortium. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ*. 8 de marzo de 2016;352:i1152.
5. January CT, Wann LS, Calkins H, Chen LY, Cigarroa JE, Cleveland JC, et al. 2019 AHA/ACC/HRS Focused Update of the 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society in Collaboration With the Society of Thoracic Surgeons. *Circulation*. 9 de julio de 2019;140(2):e125-51.
6. Andrade JG, Aguilar M, Atzema C, Bell A, Cairns JA, Cheung CC, et al. The 2020 Canadian Cardiovascular Society/Canadian Heart Rhythm Society Comprehensive Guidelines for the Management of Atrial Fibrillation. *Can J Cardiol*. diciembre de 2020;36(12):1847-948.
7. Van Gelder IC, Rienstra M, Bunting KV, Casado-Arroyo R, Caso V, Crijns HJGM, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): Developed by the task force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC), with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. Endorsed by the European Stroke Organisation (ESO). *European Heart Journal*. 21 de septiembre de 2024;45(36):3314-414.

 	Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento del Paciente Adulto con Fibrilación Auricular Atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-35	Vigente desde: 2025-02-17	Versión: 001

8. Sánchez Pedraza R, Jaramillo González LE. Metodología de calificación y resumen de las opiniones dentro de consensos formales. Rev colomb psiquiatr. 2009;777-85.
9. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 29 de marzo de 2021;372:n71.