

Linee Guida NICE 2014 sulla gestione della FA (gli aggiornamenti rispetto alla guida 2006)

Raccomandazione nella linea guida 2006	Raccomandazione nella linea guida attuale	Ragioni per il cambiamento
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.1.4.1 l'ecocardiografia transtoracica (TTE) dovrebbe essere eseguita nei pazienti con fibrillazione atriale:</li> <li>• per i quali un ecocardiogramma basale è importante nella gestione a lungo termine, ad esempio nei pazienti più giovani</li> <li>• per i quali una strategia di controllo del ritmo che include la cardioversione (elettrica o farmacologica) venga considerata</li> <li>• nei quali vi è un rischio elevato o sospetto di sottostante malattia cardiaca strutturale / funzionale (ad esempio insufficienza cardiaca o soffio al cuore) che influenza la loro successiva gestione (ad esempio,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.1.4 Eseguire ecocardiografia transtoracica (TTE) nelle persone con fibrillazione atriale:</li> <li>• per le quali sia importante un ecocardiogramma basale nella gestione a lungo termine</li> <li>• per le quali una strategia di controllo del ritmo che include la cardioversione (elettrica o farmacologica) venga considerata</li> <li>• nelle quali vi sia un rischio elevato o sospetto di sottostante malattia cardiaca strutturale/funzionale (ad esempio insufficienza cardiaca o soffio al cuore) che influenza la loro successiva gestione (ad esempio, scelta del farmaco antiaritmico)</li> <li>• in cui sia necessaria la raffinatezza di stratificazione del rischio</li> </ul>	<p>'ad esempio nei pazienti più giovani' è stato rimosso per assicurare che tutte le persone affette da fibrillazione atriale sono inclusi e non solo i pazienti più giovani, al fine di mantenere la parità</p> <p>Il riferimento incrociato alla sezione 1.8.6 è stato modificato per inserire un riferimento alle raccomandazioni in materia di valutazione dell'ictus e dei rischi di sanguinamento e di interventi per prevenire ictus nelle linee guida 2014.</p>

<p>scelta del farmaco antiaritmico)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• in cui sia necessaria la raffinatezza di stratificazione del rischio clinico per la terapia antitrombotica (vedere paragrafo 1.8.6).</li> </ul>	<p>clinico per la terapia antitrombotica (vedi sezione 1.4 Valutazione di ictus e rischi di sanguinamento e la sezione 1.5 Interventi per prevenire ictus). [2006, modificata 2014]</p>	
<p>1.1.4.2 Non eseguire di routine la TTE al solo scopo di ulteriore stratificazione del rischio di ictus nelle persone con fibrillazione atriale per le quali la necessità di avviare la terapia anticoagulante è già stata concordata con appositi criteri clinici (vedi algoritmo di stratificazione del rischio di ictus nella linea guida completa).</p>	<p>1.1.5 Non eseguire di routine la TTE al solo scopo di ulteriore stratificazione del rischio di ictus nelle persone con fibrillazione atriale per le quali la necessità di avviare la terapia anticoagulante è già stata concordata su opportuni criteri clinici (vedi la sezione 1.4 valutazione di ictus e rischi di sanguinamento e la sezione 1.5 interventi per prevenire ictus). [2006, modificato 2014]</p>	<p>Il riferimento incrociato all'algoritmo di stratificazione del rischio di ictus è stato modificato per inserire il riferimento incrociato alle raccomandazioni in materia di valutazione di ictus e rischio emorragico e gli interventi per prevenire l'ictus nelle linee guida 2014.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.2.6.1 Nelle persone con fibrillazione atriale acuta che stanno ricevendo alcuna terapia anticoagulante, o al di sotto del dosaggio terapeutico.</li> <li>• • in assenza di controindicazioni, l'eparina deve essere iniziata al presentarsi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.7.7 Nelle persone con fibrillazione atriale di nuova insorgenza che stanno ricevendo una terapia anticoagulante, o al di sotto del dosaggio terapeutico.</li> <li>• • in assenza di controindicazioni, offrire eparina al presentarsi iniziale</li> </ul>	<p>'Acuta' è stato cambiato in 'di nuova insorgenza' per chiarezza e coerenza. Nelle linee guida 2006 'acuta' denota fibrillazione atriale di nuova insorgenza. Nella linea guida 2014 'acuta' si riferisce alla natura della presentazione della</p>

<p>iniziale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proseguire il trattamento con eparina fino a quando è stata effettuata una valutazione completa e un'appropriate terapia antitrombotica è stata avviata, sulla base della stratificazione del rischio (vedi paragrafo 1.8.6).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proseguire il trattamento con eparina fino a quando è stata effettuata una valutazione completa e appropriata e una terapia antitrombotica è stata avviata, sulla base della stratificazione del rischio (vedi paragrafo 1.4 Valutazione di ictus e rischi di sanguinamento e il paragrafo 1.5 Interventi per prevenire l'ictus). [2006, modificato 2014]</li> </ul>	<p>fibrillazione atriale.</p> <p>Il riferimento incrociato alla sezione 1.8.6 è stato modificato per inserire riferimento incrociato alle raccomandazioni in materia di valutazione di ictus, dei rischi di sanguinamento e degli interventi per prevenire l'ictus nelle linee guida 2014.</p>
<p>1.3.3.1 Prima della cardioversione, i pazienti devono essere mantenuti in anticoagulazione terapeutica con warfarin (INR 2.5, gamma 2,0-3,0) per un minimo di 3 settimane.</p>	<p>1.7.5 Nelle persone con fibrillazione atriale in cui la durata della aritmia è maggiore di 48 ore o incerta, che sono considerate per il controllo del ritmo a lungo termine, ritardare la cardioversione finché non siano state mantenute in terapia anticoagulante per un minimo di 3 settimane. Durante questo periodo va offerto il controllo della frequenza a seconda dei casi. [2006, modificato 2014]</p>	<p>La raccomandazione 2006 è stata aggiornata per rendere la raccomandazione più coerente con il percorso di aggiornamento delle linee guida 2014.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.6.2.2 Nei pazienti con diagnosi confermata di FA acuta di recente insorgenza (meno di 48 ore dalla</li> </ul>	<p>1.7.8 Nelle persone con diagnosi confermata di fibrillazione atriale di recente insorgenza (meno di 48 ore dalla comparsa), va offerto un anticoagulante orale se:</p>	<p>'Acuta' è stato cancellato per ragioni di chiarezza e coerenza. Nelle linee guida 2006 'acuta' denota la fibrillazione</p>

<p>comparsa), dovrebbe essere utilizzato come anticoagulante orale se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il ritmo sinusale stabile non viene ripristinato correttamente entro lo stesso periodo di 48 ore dopo l'inizio della FA acuta; o</li> <li>• ci sono fattori che indicano un alto rischio di recidiva di fibrillazione atriale; o</li> <li>• si raccomanda dall'algoritmo stratificazione del rischio di ictus (vedi appendice E, pagina 47).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• il ritmo sinusale stabile non viene ripristinato correttamente entro lo stesso periodo di 48 ore dopo l'inizio della fibrillazione atriale o</li> <li>• ci sono fattori che indicano un alto rischio di fibrillazione atriale recidiva [8] o</li> <li>• si raccomandano al punto 1.4 la valutazione dei rischi di ictus e sanguinamento e alla sezione 1.5 gli interventi per prevenire l'ictus. [2006, modificato 2014]</li> </ul> <p>[8] I fattori che indicano un alto rischio di fibrillazione atriale recidiva includono: una storia di tentativi falliti di cardioversione; cardiopatia strutturale (malattia della valvola mitrale, disfunzione ventricolare sinistra o un atrio sinistro allargato); una storia prolungata di fibrillazione atriale (più di 12 mesi); precedenti recidive della fibrillazione atriale</p>	<p>atriale di nuova insorgenza. Nella guida 2014 'acuta' si riferisce alla natura della presentazione della fibrillazione atriale.</p> <p>Il riferimento incrociato all'algoritmo di stratificazione del rischio di ictus è stato modificato per inserire riferimento alle raccomandazioni in materia di valutazione dei rischi di ictus e sanguinamento e degli interventi per prevenire l'ictus nelle linee guida 2014.</p>
<p>1.6.2.3 Nei pazienti con fibrillazione atriale acuta in cui vi sia incertezza sul tempo preciso trascorso dall'inizio, l'anticoagulante orale deve essere utilizzato, come per la fibrillazione atriale persistente (vedi paragrafo 1.3.3).</p>	<p>1.7.9 Nelle persone affette da fibrillazione atriale di nuova insorgenza, nelle quali vi sia incertezza sul tempo preciso trascorso dall'inizio, offrire un anticoagulante orale come per la fibrillazione atriale persistente (vedi punto 1.4 Valutazione dei rischi di ictus e di sanguinamento e la sezione 1.5 Interventi per prevenire l'ictus). [2006, modificato 2014]</p>	<p>'Acuta' è stata modificata in 'nuova insorgenza' per ragioni di chiarezza e coerenza. Nelle linee guida 2006 'acuta' denotava fibrillazione atriale di nuova insorgenza. Nella guida 2014 'acuta' si riferisce alla natura della presentazione della</p>

		<p>fibrillazione atriale.</p> <p>Il riferimento incrociato all'algoritmo di stratificazione del rischio di ictus è stato modificato per inserire il riferimento alle raccomandazioni in materia di valutazione dei rischi di ictus e di sanguinamento e agli interventi per prevenire l'ictus nelle linee guida 2014.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.7.1.1 Nei pazienti sottoposti a chirurgia cardiotoracica:</li> <li>• il rischio di fibrillazione atriale postoperatoria deve essere ridotto con la somministrazione di uno dei seguenti:</li> <li>• amiodarone</li> <li>• un beta-bloccante</li> <li>• sotalolo</li> <li>• o un calcio-antagonista limitatore di frequenza</li> <li>• digossina non dovrebbe essere utilizzata.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 11.9.1 Nelle persone sottoposte a chirurgia cardiotoracica:</li> <li>• ridurre il rischio di fibrillazione atriale postoperatoria offrendo 1 dei seguenti:</li> <li>• o amiodarone</li> <li>• o un beta-bloccante standard (cioè, un beta-bloccante diverso dal sotalolo)</li> <li>• o un calcio-antagonista limitatore di frequenza.</li> <li>• non va offerta digossina. [2006, modificato 2014]</li> </ul>	<p>La possibilità del sotalolo è stata soppressa nelle linee guida 2014, perché non è più raccomandato come opzione.</p>
1.7.1.2 Nei pazienti sottoposti	1.9.2 Nelle persone sottoposte a	'Cardiaca' è stato

<p>a chirurgia cardiaca che erano già in terapia con un beta-bloccante, il trattamento deve essere continuato se non si sviluppano controindicazioni (ad esempio bradicardia post-operatoria o ipotensione).</p>	<p>chirurgia cardiotoracica che erano già in terapia con un beta-bloccante esistente, il trattamento deve essere continuato a meno che non si sviluppino controindicazioni (ad esempio bradicardia postoperatoria o ipotensione). [2006, modificato 2014]</p>	<p>modificato IN 'cardiotoracica' per ragioni di chiarezza e coerenza. Il Guideline Development Group ha assunto che nessuna distinzione tra i due termini era stata intesa nella guida del 2006.</p>
<p>1.7.2.2 Salvo controindicazioni, FA post operatoria successiva alla chirurgia cardiotoracica non deve essere gestita come l'insorgenza della FA acuta con qualsiasi altro precipitante.</p>	<p>1.9.4 Salvo controindicazioni, il gestire la fibrillazione atriale postoperatoria a seguito della chirurgia cardiotoracica così come la fibrillazione atriale di nuova insorgenza con qualsiasi altro precipitante. [2006, modificato 2014]</p>	<p>'Acuta' è stato cancellato per ragioni di chiarezza e coerenza. Nelle linee guida 2006 'acuta' denotava la fibrillazione atriale di nuova insorgenza. Nella guida 2014 'acuta' si riferisce alla natura della presentazione della fibrillazione atriale.</p>