

Estándares de uso adecuado de tecnologías sanitarias

4. Indicaciones de la ablación intraoperatoria en pacientes con fibrilación auricular.

Standards for health technologies
appropriateness:

Indications of intra-operative
ablation in patients with atrial
fibrillation.

Executive abstract.

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

AETSA 2006/30-D

Estándares de uso adecuado de tecnologías sanitarias

4. Indicaciones de la ablación intraoperatoria en pacientes con fibrilación auricular.

Standards for health technologies
appropriateness:

Indications of intra-operative
ablation in patients with atrial
fibrillation.

Executive abstract.

Molina Linde, Juan Máximo

Indicaciones de la Ablación
intraoperatoria en pacientes con Fibrilación
Auricular: Desarrollo de criterios de uso
adecuado / Juan Máximo Molina Linde, Román
Villegas Portero, Juan Ramón Lacalle Remigio,
Carlos Porras Martín, Enrique Pérez Duarte
y Antonio González Calle. *Sevilla: Agencia
de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
de Andalucía; Madrid: Ministerio de Sanidad
y Consumo, 2009.*

128 p.; 24 cm.

1. Ablación por Catéter 2. Fibrilación
Atrial I. Villegas Portero, Román II. Lacalle
Remigio, Juan Ramón III. Andalucía. Agencia
de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
IV. España. Ministerio de Sanidad y Consumo

Autores:

Juan Máximo Molina Linde, Román Villegas Portero, Juan Ramón Lacalle Remigio,
Carlos Porras Martín, Enrique Pérez Duarte y Antonio González Calle.

Dirección técnica:

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía

Este documento se ha realizado en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema
Nacional de Salud, al amparo del convenio de colaboración suscrito por el Instituto de Salud Carlos III,
organismo autónomo del Ministerio de Sanidad y Consumo, y la Fundación Progreso y Salud de Andalucía

Edita:

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía

Avda. de la Innovación s/n

Edificio Renta Sevilla 2ª planta

41020 Sevilla

España – Spain

© de la presente edición: Ministerio de Sanidad y Consumo

© de los contenidos: Consejería de Salud – JUNTA DE ANDALUCÍA

ISBN (de este volumen): 978-8496990-22-7

ISBN (de la obra completa): 978-8496990-23-4

NIPO: 354-07-064-2

Depósito Legal: SE-892/2009

Produce: Trama Gestión, S.L.

Este documento puede ser reproducido en todo o en parte, por cualquier medio,
siempre que se cite explícitamente su procedencia

<http://publicaciones.administracion.es>

<http://www.juntadeandalucia.es/salud/aetsa>

Estándares de uso adecuado de tecnologías sanitarias

4. Indicaciones de la ablación intraoperatoria en pacientes con fibrilación auricular.

Standards for health technologies
appropriateness:

Indications of intra-operative
ablation in patients with atrial
fibrillation.

Executive summary.



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO



Plan de **Calidad**
para el Sistema Nacional
de Salud



Ministerio de Sanidad y Consumo
Ale Agencia de Evaluación
TS de Tecnologías Sanitarias
Instituto
de Salud
Carlos III



JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA DE SALUD

Conflicto de Interés

Los autores declaran que no tienen intereses que puedan competir con el interés primario y los objetivos de este informe e influir en su juicio profesional al respecto.

Índice

Índice de Tablas y Figuras	11
Abreviaturas	13
Resumen ejecutivo	15
Introducción	23
Objetivos	25
Material y Métodos	27
Método de la revisión	29
Lista de indicaciones	35
Definiciones	37
Criterios para la elección de panelistas (método RAND / UCLA)	37
Método de uso apropiado o adecuado	38
Resultados	45
Juicio sobre la adecuación	45
Datos del cuestionario post-reunión	60
Discusión	63
Referencias	65
Anexos	67
Anexo 1. Definiciones	67
Anexo 2. Resultados por capítulos	70
Anexo 3. Estándares de uso adecuado	72
Anexo 4. Cuestionario post-reunión	120

Índice de Tablas y Figuras

Tabla 1:	Clasificación de adecuado, inadecuado y dudoso	44
Tabla 2:	Juicio del panel de expertos sobre el uso adecuado de la ablación intraoperatoria de la FA	45
Tabla 3:	Comparación del grado de adecuación de las dos rondas del panel	46
Tabla 4:	Puntuaciones de los expertos al cuestionario entregado tras la 2ª ronda de votaciones	60
Tabla 5:	Estadísticos descriptivos en el cuestionario entregado tras la 2ª ronda de votaciones	62
Tabla 6:	Escala de valoración de riesgo, EuroSCORE	68
Tabla 7:	Juicio del panel de expertos sobre el uso adecuado de la ablación intraoperatoria de la FA (Capítulo 1 – FA continua de comienzo reciente)	70
Tabla 8:	Juicio del panel de expertos sobre el uso adecuado de la ablación intraoperatoria de la FA (Capítulo 2 – FA continua de comienzo antiguo no mayor de 10 años)	70
Tabla 9:	Juicio del panel de expertos sobre el uso adecuado de la ablación intraoperatoria de la FA (Capítulo 3 – FA paroxística de más de 6 meses)	71
Figura 1:	Método de uso apropiado de RAND/UCLA	28
Figura 2:	Estrategia de búsqueda empleada en MEDLINE	30
Figura 3:	Estrategia de búsqueda empleada en EMBASE	31
Figura 4:	Estrategia de búsqueda empleada en The Cochrane Library	32
Figura 5:	Estrategia de búsqueda empleada en Science Citation Index	33
Figura 6:	Estrategia de búsqueda empleada en Clinical Trials Database	33
Figura 7:	Estrategia de búsqueda empleada en NHS Centre for Research and Dissemination (CRD)	33
Figura 8:	Estrategia de búsqueda empleada en National Research Register (UK)	34
Figura 9:	Estrategia de búsqueda empleada en Meta Register of Controlled Trials	34
Figura 10:	Estrategia de búsqueda empleada en Índice Médico Español (IME)	34

Figura 11: Estrategia de búsqueda empleada en Doyma	35
Figura 12: Variables consideradas en la confección de la lista de indicaciones para la primera ronda de votaciones	36
Figura 13: Ejemplo de documento de panelista en la 2ª ronda	42
Figura 14: Cambios en la estructura acordados en la reunión del panel	42
Figura 15: Estándares de uso apropiado para la fibrilación auricular continua de comienzo reciente	48
Figura 16: Estándares de uso apropiado para la fibrilación auricular continua de comienzo reciente	49
Figura 17: Estándares de uso apropiado para la fibrilación auricular continua de comienzo reciente	50
Figura 18: Estándares de uso apropiado para la fibrilación auricular continua de comienzo reciente	51
Figura 19: Estándares de uso apropiado para la fibrilación auricular continua de comienzo antiguo no mayor de 10 años	52
Figura 20: Estándares de uso apropiado para la fibrilación auricular continua de comienzo antiguo no mayor de 10 años	53
Figura 21: Estándares de uso apropiado para la fibrilación auricular continua de comienzo antiguo no mayor de 10 años	54
Figura 22: Estándares de uso apropiado para la fibrilación auricular continua de comienzo antiguo no mayor de 10 años	55
Figura 23: Estándares de uso apropiado para la fibrilación auricular paroxística de más de 6 meses	56
Figura 24: Estándares de uso apropiado para la fibrilación auricular paroxística de más de 6 meses	57
Figura 25: Estándares de uso apropiado para la fibrilación auricular paroxística de más de 6 meses	58
Figura 26: Estándares de uso apropiado para la fibrilación auricular paroxística de más de 6 meses	59

Abreviaturas

ACV: accidente cerebro vascular.

AIT: accidente isquémico transitorio.

ECG: electrocardiograma.

FA: Fibrilación Auricular.

I.V.: intravenoso.

Resumen ejecutivo

Título: Estándares de uso adecuado de tecnologías sanitarias: Indicaciones de la Ablación intraoperatoria en pacientes con Fibrilación Auricular.

Autores: Juan Máximo Molina Linde, Román Villegas Portero, Juan Ramón Lacalle Remigio, Carlos Porras Martín, Enrique Pérez Duarte y Antonio González Calle.

Introducción: La fibrilación auricular es una arritmia supraventricular caracterizada por una activación descoordinada de la activación eléctrica auricular con el consecuente deterioro de la actividad mecánica auricular. Se describe como la sustitución de las ondas P en el ECG por rápidas oscilaciones u ondas fibrilatorias de distinta forma y tamaño, asociadas habitualmente (dependiendo del estado de la conducción aurículo ventricular) con una respuesta ventricular irregular.

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardiaca más frecuente, aumentando su prevalencia con la edad (0,4% de la población general está en FA; <1% en menores de 60 años; >6% en mayores de 80 años).

Los objetivos de la cirugía de la FA son: eliminar la FA, mejorar la función auricular, reducir el riesgo de ACVs, eliminar la anticoagulación y eliminar o reducir la medicación antiarrítmica.

Objetivos: Desarrollar estándares de uso adecuado de los diferentes procedimientos de ablación intraoperatoria en pacientes con fibrilación auricular asociada a cualquier tipo de patología cardíaca que requiera cirugía concomitante.

Este objetivo se ha concretado en los siguientes objetivos específicos:

- Evaluar la eficacia de los diferentes procedimientos de ablación intraoperatoria en pacientes con fibrilación auricular asociada a cualquier tipo de patología cardíaca que requiera cirugía concomitante.
- Seleccionar las variables clínicas relevantes a la hora de indicar y realizar la ablación intraoperatoria de la fibrilación auricular.
- Extraer las situaciones clínicas excluidas de los ensayos clínicos y que tengan acuerdo de adecuación en el panel de expertos.

Material y métodos: Se siguió el método RAND/UCLA, que permite combinar la evidencia científica disponible con el mejor juicio de los expertos. Para cada indicación clínica, el experto expresa su opinión de forma cuantitativa, sobre la adecuación de un procedimiento. Una indicación se considera adecuada cuando los beneficios para el paciente superen por margen suficientemente amplio a los posibles riesgos o consecuencias negativas. Por el contrario, una indicación se califica como inadecuada cuando pueda preverse que los riesgos superan a los beneficios.

Se realizó una revisión de la literatura, y se elaboró una lista exhaustiva y excluyente de 512 indicaciones iniciales en la primera ronda que pasaron a 384 en la segunda ronda. Un panel de 9 especialistas (6 cirujanos cardiovasculares y 3 cardiólogos electrofisiólogos) puntuó el grado de uso apropiado de cada indicación en una escala de 1 (muy inapropiado) a 9 (muy apropiado). Las puntuaciones se realizaron dos veces, en la primera ronda, anónimamente y en la segunda ronda, durante una reunión celebrada en el mes de Noviembre en Sevilla (España). Según la mediana de las puntuaciones de los panelistas y su nivel de acuerdo, cada indicación se clasificó como adecuada, dudosa o inadecuada para la ablación de la FA.

Resultados: En la primera ronda de votación y siguiendo las directrices propuestas por la RAND para el análisis de las puntuaciones resultó que, 385 indicaciones (75,2%) fueron consideradas adecuadas, 127 (24,8%) dudosas y 0 (0%) inadecuadas. El grado de desacuerdo observado fue bajo: se puntuaron con desacuerdo 17 indicaciones (3,3%), por el contrario se calificaron con acuerdo 241 (47,1%), y como indeterminadas 254 (49,6%).

Por otra parte, en la segunda ronda de votación resultó que, 293 indicaciones (76,3%) fueron consideradas adecuadas, 87 (22,7%) dudosas y 4 (1%) inadecuadas. El grado de desacuerdo bajo respecto al obtenido en la primera ronda: se puntuaron con desacuerdo 11 indicaciones (2,9%), indeterminadas 153 (39,8%), y con acuerdo 220 (57,3%).

Conclusiones: Se han elaborado estándares sobre uso adecuado de la ablación intraoperatoria de la FA que pueden ser aplicados a pacientes con patología cardíaca que requiera cirugía concomitante. La combinación de las características clínicas de los pacientes permite clasificarlos con alto grado de especificidad. La utilidad de estos estándares de uso apropiado puede ser múltiple, por un lado pueden servir para la elaboración de guías de práctica clínica (GPC) que mejoren el uso apropiado, disminuyan la variabilidad del uso y por ende mejoren la calidad asistencial. También pueden ser usados de forma retrospectiva, comparando los estándares con las historias clínicas de los pacientes a los que se ha practicado el procedimiento, se puede saber

el porcentaje con que en la práctica este procedimiento se ha realizado por razones adecuadas o no. De esta forma se podrá intervenir para eliminar la realización de procedimientos en indicaciones inadecuadas, e incentivar aquellos que se realizan por razones adecuadas. Por último, los estándares de uso adecuado pueden utilizarse de manera prospectiva, como ayuda en la toma de decisiones, y teniendo en cuenta las preferencias de los pacientes, para promocionar el uso adecuado de la ablación intraoperatoria de la FA.

Executive abstract

Title: Standards for health technologies appropriateness: indications of intra-operative ablation in patients with atrial fibrillation.

Authors: Juan Máximo Molina Linde, Román Villegas Portero, Juan Ramón Lacalle Remigio, Carlos Porras Martín, Enrique Pérez Duarte and Antonio González Calle.

Introduction: Atrial fibrillation is a supraventricular arrhythmia, which is characterised by the uncoordinated activation of the atrial electrical activation; hence the atrial mechanic activity gets deteriorated. It is described as the replacement of P waves on EKG by rapid oscillations or fibrillation waves with different form and size, frequently associated (depending on the state of ventricular atrial conduction) to an irregular ventricular response.

Atrial fibrillation (AF) is the most frequent cardiac arrhythmia. Its prevalence increases with age (0.4% of the overall population is in AF; <1% in people younger than 60; >6% in older than 80).

The aims of AF surgery are: eliminating AF, improving atrial function, reducing the risk of strokes, eliminating anticoagulation, and eliminating or reducing anti-arrhythmic medication.

Objectives: To develop standards on the appropriateness of intra-operative ablation in patients with atrial fibrillation associated any type heart disease requiring concomitant surgery.

The aim has been made specific in the following three objectives:

- To assess the efficacy of different procedures of intra-operative ablation in patients with atrial fibrillation associated to any type of heart disease requiring concomitant surgery.
- To select relevant clinical variables when indicating and performing intra-operative ablation atrial fibrillation.
- To extract the clinical conditions that were excluded from the clinical trials and reached suitability agreement in the experts' panel.

Material and methods: RAND/UCLA method was followed. It allows combine the scientific evidence available with the best opinion of the experts. For every clinical indication, the expert gives his opinion on the suitability of a procedure in a quantitative way. An indication is considered to be appropriate when the benefits for a patient outweigh the possible risks or negative consequences greatly. However, an indication is classified as inappropriate when it can be foreseen that the risks outweigh the benefits.

A literature review was conducted, as well as a thorough and mutually exclusive checklist composed of 512 initial indications in the first round, which came to be 384 in the second round. A panel composed of 9 specialist doctors (6 cardiovascular surgeons, and 3 cardiac electrophysiologists) scored the appropriateness grade for every indication from 1 (very inappropriate) to 9 (very appropriate). The indications were scored twice: anonymously in the first round, and during a meeting organised in November in Seville (Spain) in the second round. According to the median of the panels' scores and their agreement score, every indication was classified as appropriate, uncertain, or inappropriate for ablation of AF.

Results: In the first round of voting, and following the definitions proposed by RAND for the scores' analysis, it resulted that: 385 indications (75,2%) were considered as appropriate, 127 (24,8%) as uncertain, and 0 (0%) as inappropriate. Disagreement was low: 17 indications (3,3%), were scored as disagreement, but agreement reached 241 (47,1%), and indeterminate indications accounted for 254 (49,6%).

On the other hand, the second round of voting resulted in: 293 indications (76,3%) were considered as appropriate, 87 (22,7%) as uncertain, and 4 (1%) as inappropriate. Disagreement lowered as regards to that obtained in the first round. Hence, disagreement reached 11 indications (2,9%), indeterminate accounted for 153 (39,8%), and agreement amounted to 220 (57,3%).

Conclusions: There were conducted standards on the appropriate use of the intra-operative ablation of AF that can be applied to heart disease patients requiring concomitant surgery. They can be applied to cardiac dysfunction patients. The clinical features of the patients combined lead to classify them with high specificity score. The usefulness of these standards on the appropriateness can be numerous. Firstly, they may serve to conduct clinical practice guidelines (CPG) improving the appropriateness, decreasing variability of use and finally improving healthcare quality. Secondly, they can also be used retrospectively: by comparing the standards with the clinical records of the patients who underwent the procedure, there can be found out the percentage

with which the procedure was performed in practice either for appropriate reasons or not. In this sense, operations will be able to be performed to erase performing procedures in inappropriate indications, and promoting those that are being realised for appropriate reasons. Finally, the standards on the appropriateness can be used prospectively, as help in decision-making, and taking into account patients' preferences to promote the appropriateness of intra-operative ablation of AF.

Introducción

La fibrilación auricular es una arritmia supraventricular caracterizada por una activación descoordinada de la activación eléctrica auricular con el consecuente deterioro de la actividad mecánica auricular. Se describe como la sustitución de las ondas P en el ECG por rápidas oscilaciones u ondas fibrilatorias de distinta forma y tamaño, asociadas habitualmente (dependiendo del estado de la conducción aurículo ventricular) con una respuesta ventricular irregular¹.

La fibrilación auricular es la arritmia cardíaca más frecuente, aumentando su prevalencia con la edad (0,4% de la población general está en FA; <1% en menores de 60 años; >6% en mayores de 80 años). Puede aparecer en pacientes sin cardiopatía estructural (12-30% de los pacientes en FA) pero su prevalencia aumenta con la presencia de la misma, especialmente en la insuficiencia cardíaca y en la enfermedad valvular².

Aunque generalmente es bien tolerada su presencia produce un grado variable de deterioro hemodinámico así como un incremento en el riesgo de muerte y de sufrir un accidente cerebrovascular (ACV). La tasa de ACV isquémico en pacientes con FA no reumática es del 5% al año (de 2 a 7 veces más que en personas sin FA), superando el 7% si se incluyen los AIT y los ACV silentes. En los pacientes reumáticos la presencia de FA produce un aumento del riesgo de ACV severo de 17 veces³. La tasa total de mortalidad es el doble en los pacientes en FA aunque se asocia a la severidad de la cardiopatía estructural subyacente.

En los pacientes con cardiopatía estructural la presencia de la FA es también deletérea. En los pacientes intervenidos por valvulopatía mitral y en FA se ha descrito una reducción muy significativa del riesgo de ACV si al procedimiento valvular se asocia otro para restaurar el ritmo sinusal, pese a estar anticoagulados⁴, siendo también mejores la función auricular y ventricular⁵. De igual forma en los pacientes intervenidos por enfermedad coronaria la presencia de FA es un marcador independiente de mal pronóstico para supervivencia a corto y largo plazo⁶, habiéndose también evidenciado que los flujos en los injertos coronarios son mejores, especialmente en los injertos de mamaria, si el paciente está en ritmo sinusal⁷.

Los objetivos de la cirugía de la FA son: eliminar la FA, mejorar la función auricular, reducir el riesgo de ACVs, eliminar la anticoagulación y eliminar o reducir la medicación antiarrítmica.

Hasta el final de los años 80 no se diseñó el primer procedimiento quirúrgico curativo para la FA. Este procedimiento (técnica del laberinto o «maze» en sus «evoluciones» I, II y III) consiste en compartimentar

eléctricamente las aurículas mediante la creación de líneas de «cortar y coser» (asociado a lesiones de crioablación en el maze III) cuya cicatrización actúa como barrera eléctrica, lo que impide la existencia de la suficiente masa crítica de pared auricular necesaria para generar o perpetuar los circuitos de macroreentrada eléctrica responsables de la FA. Pese a la elevada eficacia de este procedimiento (tasas de ritmo sinusal al año entre el 90-99% y cercanas al 100% en pacientes con FA aislada) la generalización de su uso ha sido escasa en todo el mundo debido fundamentalmente a su elevada complejidad técnica.

En los últimos años la industria ha desarrollado diversos dispositivos que, utilizando diferentes fuentes de energía, pretenden producir líneas de lesión transmural en la pared auricular, de forma que al cicatrizar aparezcan líneas de bloqueo eléctrico, remedando el efecto del «maze» clásico («cortar y coser»). Las energías disponibles comercialmente en la actualidad son las microondas, radiofrecuencia mono o bipolar y el frío (crioablación) y los ultrasonidos; se investiga en el terreno del láser. Con estos dispositivos se reproducen las líneas del Maze III aunque los patrones de líneas de lesión son variables según los grupos, siendo éste un tema en discusión en la actualidad.

La eficacia de estos procedimientos es inferior a la del «maze» clásico (alrededor del 75% de ritmo sinusal al año). Pese a ello su uso se está expandiendo progresivamente gracias a su relativa simplicidad técnica, y al beneficio que supone la eliminación de la FA en estos pacientes. En general se utilizan estos procedimientos en pacientes con cardiopatía estructural con indicación quirúrgica de la misma y en los que existe una FA asociada, siendo prácticamente inexistente en nuestro medio la indicación de cirugía por FA aislada.

Objetivos

Desarrollar estándares de uso adecuado de los diferentes procedimientos de ablación intraoperatoria en pacientes con fibrilación auricular asociada a cualquier tipo de patología cardíaca que requiera cirugía concomitante.

Objetivos específicos

- Evaluar la eficacia de los diferentes procedimientos de ablación intraoperatoria en pacientes con fibrilación auricular asociada a cualquier tipo de patología cardíaca que requiera cirugía concomitante.
- Seleccionar las variables clínicas relevantes a la hora de indicar y realizar la ablación intraoperatoria de la fibrilación auricular.
- Extraer las situaciones clínicas excluidas de los ensayos clínicos y que tengan acuerdo de adecuación en el panel de expertos.

Material y Métodos

Para la realización de esta investigación se decidió seguir el método RAND/UCLA^{8,9}, ya que permite combinar la mejor evidencia científica disponible hasta el momento con el mejor juicio de los expertos. Se encuadra dentro de las llamadas «técnicas de consenso», y concretamente se basa en una modificación de una de esas técnicas, el método Delphi.

Con este método se permite combinar las opiniones de una serie de expertos que se constituyen en un panel para discutir la utilización de un procedimiento médico. Para ello, el método incluye unas etapas que se cumplen sistemáticamente y una serie de criterios explícitos que se aplican en el desarrollo del panel. La Figura 1 presenta un esquema de los pasos seguidos en la aplicación del método, que se describen con más detalle a continuación.

En esencia, el método consiste en establecer en qué circunstancias clínicas específicas o escenarios la realización de un procedimiento médico puede ser apropiada, inapropiada o dudosa¹⁰.

Las etapas que se contemplan en este método son las siguientes:

1. Preparar una revisión de la literatura relevante.
2. Elaborar una lista de miniescenarios o indicaciones clínicas que reflejen lo mejor posible los tipos de pacientes que se dan en la práctica cotidiana y sobre los habrá que decidir si se les aplica o no la tecnología objeto de estudio. La lista, clasificada en capítulos y apartados, debe abarcar todo el espectro del problema tratado y ser excluyentes entre sí.
3. Seleccionar los expertos para el panel en base a criterios explícitos.
4. Primera ronda de calificación por los expertos sobre la adecuación de las posibles intervenciones, de forma personalizada y sin interacción entre ellos.
5. Analizar los datos y agregar estadísticamente las puntuaciones para clasificar los escenarios.
6. Reunión del Panel de Expertos: retroalimentación de puntuaciones, clarificación y discusión de aspectos relevantes y segunda ronda de puntuación.
7. Elaboración de los estándares definitivos de uso apropiado para clasificar los escenarios como adecuados, inadecuados o indeterminados.

Figura 1. Método de uso apropiado de RAND/UCLA



Fuente: Lázaro P, Fitch K. *From universalism to selectivity: is «appropriateness» the answer?* Health Policy. 1996;36:261-72

Para cada indicación clínica, el experto debe expresar su opinión de forma cuantitativa, sobre la adecuación de un procedimiento. Una indicación se considera adecuada cuando los beneficios para el paciente superen por margen suficientemente amplio a los posibles riesgos o consecuencias negativas. Por el contrario, una indicación se califica como inadecuada cuando pueda preverse que los riesgos superan a los beneficios. Se utiliza una escala de puntuación de uno a nueve. Las puntuaciones próximas a nueve muestran que la indicación es adecuada, y las que están cercanas a uno, que es inadecuada. Los valores entre cuatro y seis se califican como dudosos, y expresan que el experto no tiene un criterio definido sobre la indicación.

Entre las ventajas que aporta este método frente a otros se pueden mencionar las siguientes¹¹:

- permite combinar la confidencialidad en las opiniones de los expertos con la iteración y retroalimentación controlada de la información.
- posibilita el que afloren puntos en los que existen discrepancias o no existen evidencias suficientes para cimentar un acuerdo.
- presenta capacidad para resumir las distintas opiniones utilizando medidas estadísticas.
- aumenta la reproducibilidad y comparación de las conclusiones obtenidas.
- puede aplicarse no sólo a estudios de evaluación de la práctica clínica, sino también para elaborar guías clínicas.
- la posibilidad de que existan áreas en las que afloren aspectos de incertidumbre o claras discrepancias, promueve el avance de la investigación.

Método de la revisión

En la primera etapa se realizó una revisión sistemática de la literatura (realizada por el Servicio Canario de Salud) con el objeto de evaluar el estado actual del conocimiento científico sobre la seguridad y la eficacia de los diferentes procedimientos de ablación intraoperatoria de la fibrilación auricular asociada a cualquier tipo de patología cardíaca que requiera cirugía concomitante.

Esta revisión sistemática utiliza el mismo protocolo desarrollado por el Australian Safety and Efficacy Register of New Interventional Procedures-Surgical (ASERNIP-S) para analizar el estado de conocimiento científico sobre la efectividad y seguridad de la ablación intraoperatoria como tratamiento de la Fibrilación Auricular. Se extendió la búsqueda de literatura científica a partir del momento en el que se detuvo la búsqueda de ASERNIP-S, desde enero de 2004 hasta junio de 2006.

Se realizó una búsqueda exhaustiva en las siguientes bases de datos ya utilizadas en la revisión australiana: MEDLINE, EMBASE, The Cochrane Library Plus, Science Citation Index, Clinical Trials Database (US), NHS Centre for Research and Dissemination (CRD), National Research Register (UK) y Meta Register of Controlled Trials.

Adicionalmente se revisaron sin limitación de fecha, el Índice Médico Español (IME) y las revistas de la editorial Doyma, con el fin de incluir estudios en español que pudieran existir en relación al tema en cuestión.

Se utilizaron las estrategias de búsqueda que se describen a continuación (Figuras 2-11):

Figura 2: Estrategia de búsqueda empleada en MEDLINE

1. radiofrequency OR radio-frequency OR radio frequency
2. microwave
3. cryo\$
4. laser ablat\$
5. ultrasound ablat\$ OR ultra-sound ablat\$ OR ultra sound ablat\$
6. RFA
7. ablat\$
8. atrial fibrillation (MeSH) OR arrhythmia (MeSH)
9. tachycardia (MeSH)
10. 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7
11. 8 AND 10
12. 11 NOT 9
13. limit 2004-2006

Figura 3: Estrategia de búsqueda empleada en EMBASE

1. ('radiofrequency'/exp OR 'radiofrequency') OR 'radio frequency' OR 'radio frequency' AND [2004-2006]/py
2. ('microwave'/exp OR 'microwave') AND [2004-2006]/py
3. cryo\$ AND [2004-2006]/py
4. ('laser ablation'/exp OR 'laser ablation') OR 'laser ablations' AND [2004-2006]/py
5. 'ultrasound ablation' OR 'ultrasound ablations' OR 'ultra sound ablation' OR 'ultra sound ablations' AND [2004-2006]/py
6. rfa AND [2004-2006]/py
7. ablat\$ AND [2004-2006]/py
8. ('heart atrium fibrillation'/exp OR 'heart atrium fibrillation') AND [2004-2006]/py
9. #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7
10. #8 AND #9
11. #10 AND [embase]/lim AND [2004-2006]/py

Figura 4: Estrategia de búsqueda empleada en The Cochrane Library

- #1. (radiofrequency or radio-frequency or (radio next frequency))
- #2. microwave
- #3. cryo*
- #4. (laser next ablat*)
- #5. ((ultrasound next ablat*) or (ultra-sound next ablat*) or (ultra next sound next ablat*))
- #6. rfa
- #7. ablat*
- #8. ATRIAL FIBRILLATION término simple (MeSH)
- #9. ARRHYTHMIA expandir todos los árboles (MeSH)
- #10. TACHYCARDIA expandir todos los árboles (MeSH)
- #11. (#1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7)
- #12. (#8 or #9)
- #13. (#11 and #12)
- #14. (#13 and (not #10))
- #15. (#13 and (not #10)) (2003 hasta la fecha actual)

Figura 5: Estrategia de búsqueda empleada en Science Citation Index

1. TS=(radiofrequency OR radio-frequency OR radio frequency)
2. TS=microwave
3. TS=cryo*
4. TS=(laser ablat*)
5. TS=(ultrasound ablat* OR ultra-sound ablat* OR ultra sound ablat*)
6. TS=RFA
7. TS=ablat*
8. TS=(atrial fibrillation OR arrhythmia)
9. TS=tachycardia
10. #7 OR #6 OR #5 OR #4 OR #3 OR #2 OR #1
11. #10 AND #8
12. #11 NOT #9

Figura 6: Estrategia de búsqueda empleada en Clinical Trials Database

atrial fibrillation AND (ablation OR microwave OR cryoablation OR radiofrequency OR laser OR maze)

Figura 7: Estrategia de búsqueda empleada en NHS Centre for Research and Dissemination (CRD)

«atrial fibrillation»

Figura 8: Estrategia de búsqueda empleada en National Research Register (UK)

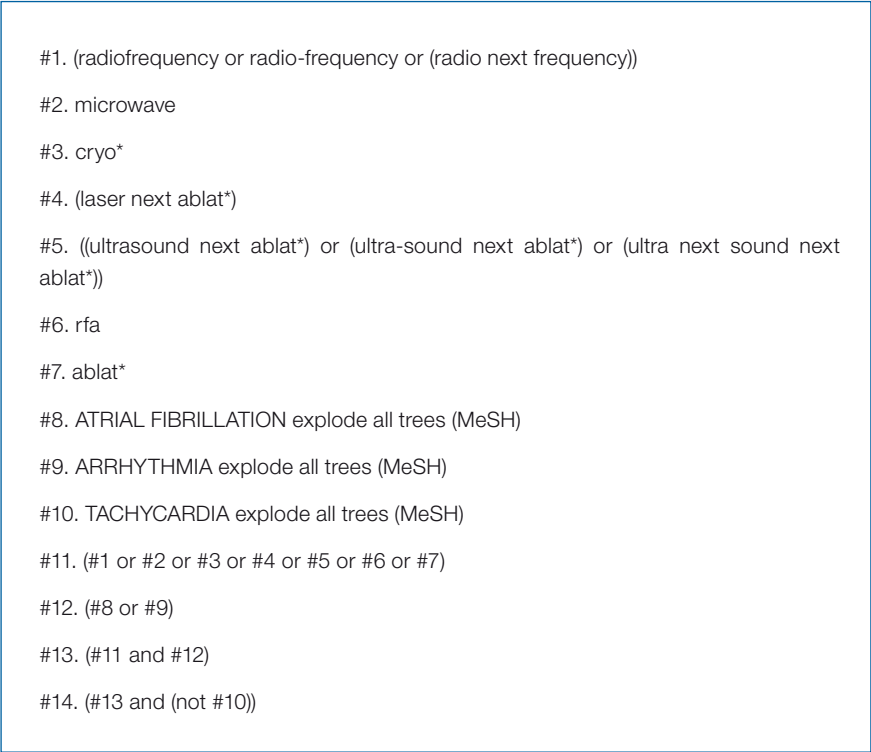


Figura 9: Estrategia de búsqueda empleada en Meta Register of Controlled Trials

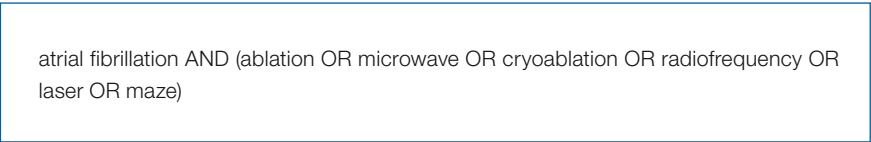


Figura 10: Estrategia de búsqueda empleada en Índice Médico Español (IME)

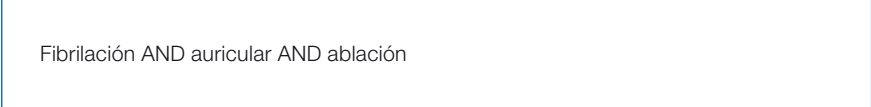


Figura 11: Estrategia de búsqueda empleada en Doyma

Fibrilación AND auricular AND ablación

De la búsqueda en las bases de datos se recuperaron 3.801 registros. Después de comprobar los duplicados entre las bases de datos, se consideró la elegibilidad de 2.663 registros.

Finalmente fueron incluidos 30 artículos centrados sobre la evaluación de resultados de la cirugía ablativa de la fibrilación auricular, y 9 artículos describiendo el procedimiento Maze-III.

El objetivo de este documento es proporcionar a los miembros del panel de expertos una base de información común actualizada que les ayude a mejorar sus juicios al calificar la lista de indicaciones o circunstancias clínicas. Asimismo, proporciona información a los miembros del equipo investigador para construir los escenarios.

Lista de indicaciones

Conjuntamente a la realización de la revisión de la literatura, tres cirujanos cardiovasculares y el equipo investigador, elaboraron la lista de indicaciones o circunstancias clínicas. Para seleccionar las variables que definen los escenarios se recurrió a publicaciones científicas y a las opiniones de los asesores clínicos del proyecto. Estas indicaciones clínicas representan las situaciones en las que puede presentarse un paciente candidato a la ablación intraoperatoria de la FA; deben ser exhaustivas, autoexcluyentes, homogéneas y manejables. Deben ser suficientemente exhaustivas de forma que todos los pacientes tienen que poder ser clasificados, autoexcluyentes de modo que un paciente sólo pueda ser clasificado en una categoría, homogéneas en el sentido de que la decisión terapéutica debe ser igual para todos los pacientes que se clasifican en una misma indicación de la lista, y manejables, para que los panelistas puedan valorarlas en un tiempo razonable, que se estima en no más de dos días; y asimismo, que los médicos puedan utilizarla en la práctica. Con estos criterios, se elaboraron 512 indicaciones con diferentes tipos y niveles de síntomas y diferentes niveles de comorbilidad, de esta forma, se permitía clasificar a 512 pacientes diferentes susceptibles de realizarles una ablación intraoperatoria de la FA.

Las indicaciones para la ablación intraoperatoria de la FA se dividieron en 4 capítulos: 1) fibrilación auricular continua de comienzo reciente; 2) fibrilación auricular continua de comienzo antiguo o desconocido; 3) fibrilación auricular intermitente de comienzo reciente; 4) fibrilación auricular intermitente de comienzo antiguo o desconocido. El conjunto de variables seleccionadas en los dos capítulos de la primera ronda se refleja en la Figura 12.

Figura 12: Variables consideradas en la confección de la lista de indicaciones para la primera ronda de votaciones

- *Función ventricular*
 - ✓ normal
 - ✓ deprimida
- *Clínica asociada a la FA*
 - ✓ sin clínica a la FA
 - ✓ con clínica a la FA
- *Contraindicaciones para anticoagulación*
 - ✓ sin contraindicaciones para anticoagulación
 - ✓ con contraindicaciones para anticoagulación
- *Tamaño de la aurícula izquierda*
 - ✓ <55 mm
 - ✓ ≥55 mm
- *Evitar anticoagulación a largo plazo*
 - ✓ factible evitar anticoagulación
 - ✓ no factible
- *Riesgo quirúrgico*
 - ✓ bajo
 - ✓ alto
- *Complejidad técnica*
 - ✓ técnicamente no complejo
 - ✓ técnicamente complejo

Cada indicación es una celda de la matriz de los estándares. Por ejemplo, una indicación específica es: un paciente con FA continua de comienzo reciente, con una función ventricular normal, sin clínica asociada a la FA, con contraindicaciones para anticoagulación, tamaño de la aurícula izquierda <55, factible evitar anticoagulación a largo plazo, con un riesgo quirúrgico alto y técnicamente complejo.

Definiciones

A la hora de puntuar la lista de indicaciones, es fundamental que todos los panelistas entiendan lo mismo por los distintos términos empleados. Por tanto, es necesario que cada término utilizado en la lista de indicaciones se defina de manera explícita, de acuerdo con el sentido habitual de la se ha entendido por cada uno de los términos empleados en el momento de realizar las puntuaciones¹². Las definiciones utilizadas en la elaboración de estos estándares se presentan en el Anexo 1.

Criterios para la elección de panelistas (método RAND / UCLA)

El número de expertos que componen un panel puede oscilar normalmente entre 7 y 15, en nuestro caso se contó con 9 especialistas (6 cirujanos cardiovascular y 3 cardiólogos electrofisiólogos). Los criterios fundamentales de selección fueron¹³:

- Liderazgo clínico y científico reconocido
- Diversidad geográfica
- Diversidad en el tipo de hospital y servicio
- Capacidad de trabajo en equipo, ausencia de visiones rígidas
- Nivel de motivación intrínseca
- Amplitud de conocimiento e interés en el tema
- Disponibilidad real de tiempo
- Actitud y aptitud científica
- Capacidad y disponibilidad para el trabajo en grupo
- Ausencia de conflicto de intereses, entendidos como aquellas situaciones, en la que puede encontrarse cualquier profesional, cuando su posición ante un problema puede verse influenciada por un interés secundario (tales como obtención de un beneficio económico o similar) que le induzca a estar claramente a favor o en contra.

Método de uso apropiado o adecuado

Para obtener la calificación de los expertos para cada una de las indicaciones se utilizó la técnica de Delphi modificada a dos vueltas. De esta forma, los panelistas puntuaron la lista de indicaciones dos veces, primero de forma solitaria, y después en una reunión conjunta. El método permite que las puntuaciones se basen en el propio juicio de cada panelista y que no se influyan por factores ajenos, como podrían ser influencias derivadas de relaciones de poder, simpatía, deseo de agradar, o de no sentirse en minoría, por ejemplo. Esto se consigue puntuando las indicaciones de forma

Panel de expertos

Los 9 especialistas seleccionados atendiendo a los criterios expuestos en el apartado anterior fueron:

- Dr. Alberto Barrera Cordero (Hospital Clínico Virgen de la Victoria, Málaga)
- Dr. Manuel Calleja Hernández (Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo)^a
- Dr. Francisco Fernández Avilés (Instituto de Ciencias del Corazón, Valladolid)
- Dr. Jorge Granados García (Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona)
- Dr. Fernando Hornero Sos (Consortio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia)
- Dr. Joao Queiroz e Melo (Hospital Santa Cruz, Carnaxide (Portugal))
- Dr. Aurelio Quesada Dorador (Consortio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia).
- Dr. Miguel Such Martínez (Hospital Clínico Virgen de la Victoria, Málaga)
- Dr. José Luis Vallejo Ruiz (Hospital General Universitario Gregorio Marañón)

a. – El Dr. Manuel Calleja Hernández durante la realización del presente informe se traslado de su centro de trabajo al Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

Primera ronda

A cada panelista se le explicó en qué consistía su tarea y el tiempo esperado para realizarla. Los 9 especialistas contactados recibieron por correo electrónico los documentos necesarios para realizar su tarea: revisión de la literatura sobre eficacia de la ablación intraoperatoria de la FA, las definiciones de los términos utilizados en la lista de indicaciones, las instrucciones sobre el proceso de puntuación y el listado de indicaciones que debían ser puntuadas. Ningún panelista conocía en ese momento quiénes eran los demás panelistas.

A los panelistas se les pidió que puntuaran el grado de uso adecuado para cada indicación, utilizando las siguientes definiciones⁸:

Adecuado en el contexto de este método significa que «el beneficio vital que se espera (p. ej., mayor esperanza de vida, alivio de dolor, reducción de la ansiedad, mejor capacidad funcional) es superior a las consecuencias negativas esperadas (p. ej., mortalidad, morbilidad, ansiedad, dolor, tiempo de trabajo perdido), por un margen lo suficientemente amplio como para que valga la pena realizar el procedimiento, *independientemente de su coste*».

Un procedimiento se considera **inadecuado** cuando las posibles consecuencias negativas superan a los posibles efectos beneficiosos.

Cada panelista debía realizar esta tarea en su domicilio o lugar de trabajo de forma individual y confidencial, sin interaccionar con el resto de los panelistas, puesto que cada uno no sabía quien eran los demás panelistas.

Para cada indicación propuesta y teniendo en cuenta la intensidad de la sintomatología y el nivel de comorbilidad debería valorar el grado de uso adecuado de la ablación intraoperatoria de la FA. En las hojas de calificación se incluyeron las indicaciones por capítulos y se dejó un espacio para calificar el uso apropiado en un escala de 1 a 9. Las indicaciones extremadamente apropiadas debían recibir una calificación de 9, las dudosas de 5 cuando los beneficios y riesgos son aproximadamente iguales y las extremadamente inapropiadas de 1.

Los panelistas sombreaban en las hojas en Excel con color rojo la cifra de la respuesta elegida (de 1 a 9) para cada indicación. Las calificaciones individuales fueron remitidas al equipo investigador para el análisis estadístico. La escala de 1 a 9 ordinal permite calificar el exceso o falta de beneficios en comparación con los riesgos. Una calificación de 9 es mejor que una de 8 y una de 8 mejor que una de 7. Sin embargo, el grado de riesgo-beneficio no se especifica en cada punto de la escala, de manera que no se puede determinar si la diferencia entre 9 y 8 es necesariamente la misma que A cada panelista

se le explicó en qué consistía su tarea y el tiempo esperado para realizarla. Los 9 especialistas contactados recibieron por correo electrónico los documentos necesarios para realizar su tarea: revisión de la literatura sobre eficacia de la ablación intraoperatoria de la FA, las definiciones de los términos utilizados en la lista de indicaciones, las instrucciones sobre el proceso de puntuación y el listado de indicaciones que debían ser puntuadas. Ningún panelista conocía en ese momento quiénes eran los demás panelistas.

A los panelistas se les pidió que puntuaran el grado de uso adecuado para cada indicación, utilizando las siguientes definiciones⁸:

Adecuado en el contexto de este método significa que «el beneficio vital que se espera (p. ej., mayor esperanza de vida, alivio de dolor, reducción de la ansiedad, mejor capacidad funcional) es superior a las consecuencias negativas esperadas (p. ej., mortalidad, morbilidad, ansiedad, dolor, tiempo de trabajo perdido), por un margen lo suficientemente amplio como para que valga la pena realizar el procedimiento, *independientemente de su coste*».

Un procedimiento se considera **inadecuado** cuando las posibles consecuencias negativas sobrepasan a los posibles efectos beneficiosos.

Cada panelista debía realizar esta tarea en su domicilio o lugar de trabajo de forma individual y confidencial, sin interaccionar con el resto de los panelistas, puesto que cada uno no sabía quien eran los demás panelistas.

Para cada indicación propuesta y teniendo en cuenta la intensidad de la sintomatología y el nivel de comorbilidad debería valorar el grado de uso adecuado de la ablación intraoperatoria de la FA. En las hojas de calificación se incluyeron las indicaciones por capítulos y se dejó un espacio para calificar el uso apropiado en una escala de 1 a 9. Las indicaciones extremadamente apropiadas debían recibir una calificación de 9, las dudosas de 5 cuando los beneficios y riesgos son aproximadamente iguales y las extremadamente inapropiadas de 1.

Los panelistas sombreaban en las hojas en Excel con color rojo la cifra de la respuesta elegida (de 1 a 9) para cada indicación. Las calificaciones individuales fueron remitidas al equipo investigador para el análisis estadístico. La escala de 1 a 9 ordinal permite calificar el exceso o falta de beneficios en comparación con los riesgos. Una calificación de 9 es mejor que una de 8 y una de 8 mejor que una de 7. Sin embargo, el grado de riesgo-beneficio no se especifica en cada punto de la escala, de manera que no se puede determinar si la diferencia entre 9 y 8 es necesariamente la misma que entre 8 y 7. Esto sugiere que en el análisis se deberá evitar medidas como medias. En cada indicación se emplea la mediana para medir la tendencia central de las calificaciones de los ocho miembros del panel.

Se les instruyó para que se pusiesen en contacto con los investigadores para aclarar cualquier duda o para expresar sus sugerencias. Tras recibir la

documentación, el equipo investigador contactó con cada panelista para resolver dudas y pedir sugerencias sobre posibles cambios en la estructura de la lista de indicaciones. Una vez analizadas las puntuaciones de la primera ronda, especialmente para identificar las áreas de desacuerdo, se convocó la segunda ronda.

Segunda ronda. Reunión del panel

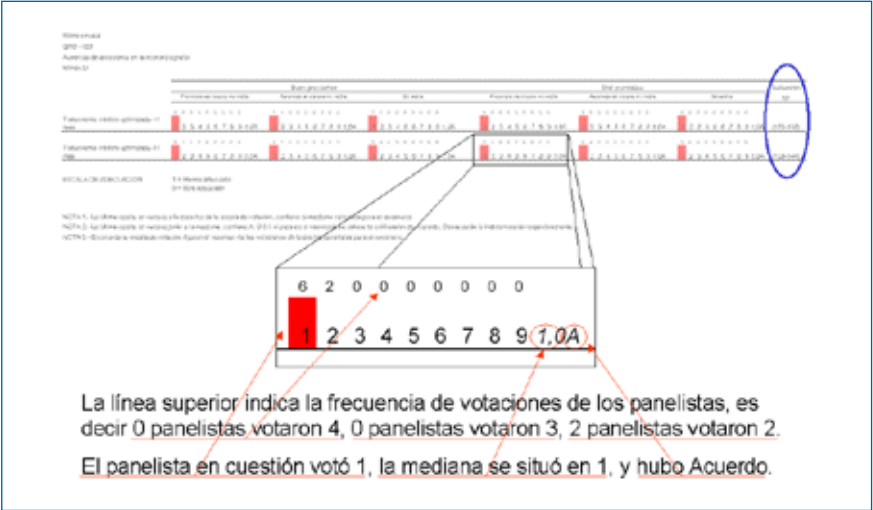
El panel se reunió durante 1 día en Sevilla (Noviembre, 2006), en esta reunión los panelistas podían intercambiar puntos de vista por primera vez. La reunión fue dirigida por un moderador, junto por un asesor clínico versado en la materia clínica a tratar y un asesor metodológico con amplios conocimientos en metodología RAND. Cada panelista disponía de dos documentos, uno con las definiciones de los términos empleados ya en la primera ronda y otro documento (Fig. 13) en el que veía su propia respuesta sombreada para cada indicación de la primera ronda, así como la distribución por frecuencias de las respuestas de todos los panelistas y la mediana obtenida en cada indicación. De manera que cada panelista conocía su puntuación, lo que habían puntuado los demás panelistas y la mediana del grupo, pero no podía identificar lo que cada panelista había puntuado.

El moderador introdujo brevemente unas nociones básicas sobre la metodología RAND / UCLA y los objetivos y forma de trabajo del panel. A continuación, presentó los capítulos, prestando especial atención a las áreas con menor nivel de acuerdo alcanzado en la primera ronda de puntuaciones individuales o inconsistencias en las respuestas, ya que se puede deber a erratas, a defectos en la estructura de la lista (p.ej. que no sean indicaciones excluyentes y se pueda clasificar a más de un paciente en una indicación), a definiciones imprecisas, o a una diferencia real en juicios clínicos sobre una indicación concreta.

Si la causa del desacuerdo es un error se corrige, si es un defecto en la estructura de la lista de indicaciones se combinan, expanden o modifican las categorías de las variables pertinentes, y si es una definición imprecisa se mejora la definición. Sin embargo, si es una diferencia de opinión clínica, los panelistas pueden argumentar su posición, pero no se trata de convencer unos a otros y la discusión tiende a ser breve.

Todos los panelistas participaron en las discusiones que duraron varias horas. Al final de la discusión de cada capítulo los panelistas volvieron a puntuar el grado de uso apropiado de la terapia en una escala de 1 a 9, individual y anónimamente, incluso en aquellas indicaciones en las que no cambiaron de puntuación.

Figura 13: Ejemplo de documento de panelista en la 2ª ronda



En esta segunda ronda, los panelistas tuvieron la oportunidad de proponer cambiar la estructura de la lista de indicaciones y los términos definidos. Tras el debate mantenido se decidió realizar los siguientes cambios aprobados de forma unánime y que se recogen en la Figura 14:

Figura 14: Cambios en la estructura acordados en la reunión del panel

- El capítulo 2 denominado en la primera ronda como «Fibrilación Auricular continua de comienzo antiguo o desconocido» pasa a denominarse «Fibrilación Auricular continua de comienzo antiguo no mayor de 10 años».
- Los capítulos 3 y 4 denominados respectivamente «fibrilación auricular intermitente de comienzo reciente» y «fibrilación auricular intermitente de comienzo antiguo o desconocido» quedan suprimidos.
- Se crea un capítulo denominado «Fibrilación Auricular Paroxística de más de 6 meses».
- Se asume que existe un riesgo quirúrgico alto cuando la puntuación obtenida en el EuroSCORE14,15 es > 6 puntos.

La lista final de indicaciones paso de las 512 iniciales de la primera ronda a 384 de la segunda ronda.

Este método no es un método de consenso clásico, porque, no fuerza el consenso, sino que identifica el grado de acuerdo o desacuerdo alcanzado para cada indicación mediante un análisis estadístico. La reunión entre los panelistas es necesaria porque a menudo las puntuaciones realizadas individualmente pueden tener desacuerdo debido a que los panelistas pueden interpretar las indicaciones de manera diferente, o las definiciones realizadas por los investigadores pueden ser confusas, o las clasificaciones demasiado ambiguas. En esta reunión se trata de identificar si el desacuerdo se debe a estos problemas.

Después de proceder con la segunda ronda de votaciones se les entrego a los miembros del panel un cuestionario para que rellenen, de esta forma, se les da la posibilidad de que puntúen todas las fases del proceso de evaluación, su experiencia en la reunión de grupo y la repercusión científica y clínica del proceso.

Análisis de las puntuaciones

Para las definiciones de acuerdo y desacuerdo se adoptaron las directrices propuestas por la RAND para paneles con 9 componentes⁸. Para aplicar las definiciones, la escala se divide en tres intervalos: el primero que incluye las puntuaciones entre 1 y 3, la interpretación que se hace es la de que los riesgos sobrepasan a los posibles beneficios, y por lo tanto el procedimiento no debería aplicarse. Cuando las puntuaciones están entre 4 y 6, los riesgos y los beneficios están aproximadamente equilibrados, y está cuestionada la realización del procedimiento. Por último, si las puntuaciones están entre 7 y 9, puede concluirse que la aplicación del procedimiento es apropiado puesto que los beneficios superan a los inconvenientes y riesgos.

Según la RAND⁸ se considera que existe acuerdo para un panel de nueve miembros cuando no más de dos participantes evalúan la indicación fuera del tramo de 3 puntos (1-3; 4-6; 7-9) que contiene la mediana.

Por otra parte, para establecer que en un escenario existe desacuerdo, en un panel como el indicado antes, se verifica cuando hay tres o más puntuaciones en el intervalo 1-3 y otras tres o más en el intervalo 7-9.

Por último, en las situaciones en las que no hay acuerdo ni desacuerdo, se lo etiqueta de indeterminado.

De forma operativa se ha utilizado el término «sin desacuerdo», entendiendo que este quiere decir que las puntuaciones estuvieron entre «acuerdo» o «indeterminado».

Una vez aplicados los criterios sobre el acuerdo, desacuerdo o indeterminación, los escenarios pueden clasificarse en tres categorías en función de la mediana y de la dispersión de las respuestas entre los panelistas⁸:

Una indicación se define como **ADECUADA**: cuando la mediana de las calificaciones de los miembros del panel se encuentra en la escala 7 a 9, sin desacuerdo.

Una indicación se define como **DUDOSA**: cuando la mediana de las calificaciones de los miembros del panel se encuentra en la escala de 4 a 6, así como todas aquellas indicaciones que puntuaron desacuerdo, cualquiera que fuese la mediana.

Una indicación se define como **INADECUADA**: cuando la mediana de las calificaciones de los miembros del panel se encuentra en la escala de 1 a 3, sin desacuerdo.

En la Tabla 1 aparece un cuadro resumen con la clasificación de los escenarios en función de la mediana y del grado de acuerdo, desacuerdo o indeterminación de los mismos.

Tabla 1: Clasificación de adecuado, inadecuado y dudoso				
		CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO		
		ACUERDO	INDETERMINADO	DESACUERDO
Localización de la mediana	7 - 9	ADECUADO	ADECUADO	DUDOSO
	4 - 6	DUDOSO	DUDOSO	DUDOSO
	1 - 3	INADECUADO	INADECUADO	DUDOSO

Resultados

Juicio sobre la adecuación

En la primera ronda de votación y siguiendo las definiciones mencionadas en el apartado «Análisis de las puntuaciones» resultó que, 385 indicaciones (75,2%) fueron consideradas adecuadas, 127 (24,8%) dudosas y 0 (0%) inadecuadas. El grado de desacuerdo observado fue bajo: se puntuaron con desacuerdo 17 indicaciones (3,3%), por el contrario se calificaron con acuerdo 241 (47,1%), y como indeterminadas 254 (49,6%).

Por otra parte, en la segunda ronda de votación resultó que, 293 indicaciones (76,3%) fueron consideradas adecuadas, 87 (22,7%) dudosas y 4 (1%) inadecuadas. El grado de desacuerdo bajo respecto al obtenido en la primera ronda: se puntuaron con desacuerdo 11 indicaciones (2,9%), indeterminadas 153 (39,8%), y con acuerdo 220 (57,3%). En la Tabla 2 se exponen los resultados obtenidos en la segunda ronda de votaciones según el total.

En el Anexo 2 se muestran los resultados obtenidos tras la reunión del panel según los tres capítulos finalmente contemplados: fibrilación auricular continua de comienzo reciente; fibrilación auricular continua de comienzo antiguo no mayor de 10 años; y fibrilación auricular paroxística de más de 6 meses.

Tabla 2: Juicio del panel de expertos sobre el uso adecuado de la ablación intraoperatoria de la FA				
ACUERDO DEL PANEL	ADECUADO	DUDOSO	INADECUADO	TOTAL
Acuerdo	211 (95,9%)	9 (4,1%)	0 (0%)	220 (57,3%)
Indeterminado	82 (53,6%)	67 (43,8%)	4 (2,6%)	153 (39,8%)
Desacuerdo	NA	11 (100%)	NA	11 (2,9%)
				384
Los porcentajes entre paréntesis están calculados conforme a las filas, a excepción del total que está calculado respecto al número total de indicaciones del panel. NA: No Aplicable.				

En la Tabla 3 se muestra cómo cambiaron las calificaciones de los escenarios de la primera ronda a la segunda. Sólo se compararon los dos primeros capítulos que fueron los que no variaron su estructura de una ronda a la otra. Se aprecia una tendencia a pasar de la calificación de dudoso a adecuado. Por otra parte, se observa que la opinión de los panelista no ha variado en torno a los escenarios considerados como adecuados (cerca del 100% de éstos siguieron teniendo la misma consideración de una ronda a otra).

Tabla 3: Comparación del grado de adecuación de las dos rondas del panel					
		PANEL EN LA 2ª RONDA			TOTAL
		INADECUADO	DUDOSO	ADECUADO	
PANEL EN LA 1ª RONDA	Inadecuado	0 (-%)	0 (-%)	0 (-%)	0 (0%)
	Dudoso	2 (2,6%)	59 (76,6%)	16 (20,8%)	77 (30,1%)
	Adecuado	0 (0%)	1 (0,6%)	178 (99,4%)	179 (69,9%)
					256
Los porcentajes entre paréntesis están calculados conforme a las columnas, a excepción de los totales que están calculados respecto al número total de indicaciones del panel.					

En el Anexo 3 se presentan detalladamente las tablas con los resultados de la segunda ronda del panel en cada una de las indicaciones clínicas. El nombre del capítulo aparece en la parte superior central de cada página. Para cada indicación aparece de color amarillo si es inadecuada, rosa si es dudosa y verde si la indicación es adecuada. Junto a la mediana de las puntuaciones que aparece a continuación de la escala de votación (de 1 a 9) se muestra una A, D ó I según se obtuviera en las puntuaciones un acuerdo, desacuerdo ó indeterminado respectivamente. La frecuencia de respuestas de los panelistas aparece encima de la escala de votación.

En las Figuras 15-26 se recogen los resultados del desarrollo de los criterios explícitos de uso adecuado para la ablación intraoperatoria de la FA. Los criterios se presentan en forma de tabla de decisión.

Como se puede observar en la Figura 15, por ejemplo, si un paciente con una FA continua de comienzo reciente con una función ventricular normal, sin clínica asociada a la FA, sin contraindicaciones para la anticoagulación, un tamaño de aurícula ≥55, con un riesgo quirúrgico bajo, técnicamente

complejo y factible evitar la anticoagulación a largo plazo, la realización de la ablación intraoperatoria de la FA será adecuada. Por el contrario, el mismo paciente con la salvedad de que no sea factible evitar la anticoagulación, la indicación de la ablación se tornará dudosa.

Figura 15: Estándares de uso apropiado para la fibrilación auricular continua de comienzo reciente

Fibrilación auricular continua de comienzo reciente													
Función ventricular normal													
Sin clínica asociada a la FA													
Sin contraindicaciones para anticoagulación						Con contraindicaciones para anticoagulación							
Tamaño de la aurícula <55						Tamaño de la aurícula <55							
Técnica-mente NO complejo*	Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto		Técnica-mente NO complejo*	Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto		Técnica-mente NO complejo*	Riesgo quirúrgico bajo		Técnica-mente NO complejo*
	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*		Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*				
Factible evitar anticoagulación a largo plazo	ADECUADO		DUDOSO		ADECUADO		DUDOSO		ADECUADO				DUDOSO
NO Factible evitar anticoagulación a largo plazo			INADECUADO		DUDOSO		INADECUADO		DUDOSO				DUDOSO

Figura 16: Estándares de uso apropiado para la fibrilación auricular continua de comienzo reciente

Fibrilación auricular continua de comienzo reciente												
Función ventricular normal												
Con clínica asociada a la FA												
Sin contraindicaciones para anticoagulación						Con contraindicaciones para anticoagulación						
Tamaño de la aurícula <55			Tamaño de la aurícula ≥55			Tamaño de la aurícula <55			Tamaño de la aurícula ≥55			
Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto	Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto	Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto	Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto	
Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*
Factible evitar anticoagulación a largo plazo	ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
	DUDOSO		ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO		DUDOSO	
NO Factible evitar anticoagulación a largo plazo	ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	

→

→

→

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO"
 CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO"
 CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO"

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

Figura 17: Estándares de uso apropiado para la fibrilación auricular continua de comienzo reciente

Fibrilación auricular continua de comienzo reciente															
Función ventricular deprimida															
Sin clínica asociada a la FA															
Sin contraindicaciones para anticoagulación						Con contraindicaciones para anticoagulación									
Tamaño de la aurícula <55				Tamaño de la aurícula ≥55				Tamaño de la aurícula <55							
Técnica-mente NO complejo*	Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto		Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto		Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto				
	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*				
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO			
ADECUADO															

→

→

→

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO"
CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO"
CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO"

* La complejidad técnica la incluímos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

Figura 18: Estándares de uso apropiado para la fibrilación auricular continua de comienzo reciente

Fibrilación auricular continua de comienzo reciente														
Función ventricular deprimida														
Con clínica asociada a la FA														
Sin contraindicaciones para anticoagulación						Con contraindicaciones para anticoagulación								
Tamaño de la aurícula <55			Tamaño de la aurícula ≥55			Tamaño de la aurícula <55			Tamaño de la aurícula ≥55					
Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto	Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto	Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto	Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto			
Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO			DUDOSO			ADECUADO		
ADECUADO			DUDOSO											

→ CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO"
→ CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO"
→ CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO"

* La complejidad técnica la incluímos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

Figura 19: Estándares de uso apropiado para la fibrilación auricular continua de comienzo antiguo no mayor de 10 años

Fibrilación auricular continua de comienzo antiguo no mayor de 10 años											
Función ventricular normal											
Sin clínica asociada a la FA											
Sin contraindicaciones para anticoagulación						Con contraindicaciones para anticoagulación					
Tamaño de la aurícula <55			Tamaño de la aurícula ≥55			Tamaño de la aurícula <55			Tamaño de la aurícula ≥55		
Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto	Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto	Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto	Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto
Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*
ADECUADO		DUDOSO	ADECUADO		DUDOSO	ADECUADO		DUDOSO	ADECUADO		DUDOSO
Facilite evitar anticoagulación a largo plazo			Facilite evitar anticoagulación a largo plazo			Facilite evitar anticoagulación a largo plazo			Facilite evitar anticoagulación a largo plazo		
NO Facilite evitar anticoagulación a largo plazo			NO Facilite evitar anticoagulación a largo plazo			NO Facilite evitar anticoagulación a largo plazo			NO Facilite evitar anticoagulación a largo plazo		

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" →
CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" →
CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" →

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

Figura 20: Estándares de uso apropiado para la fibrilación auricular continua de comienzo antiguo no mayor de 10 años

Fibrilación auricular continua de comienzo antiguo no mayor de 10 años											
Función ventricular normal											
Con clínica asociada a la FA											
Sin contraindicaciones para anticoagulación						Con contraindicaciones para anticoagulación					
Tamaño de la aurícula <55			Tamaño de la aurícula ≥55			Tamaño de la aurícula <55			Tamaño de la aurícula ≥55		
Riesgo quirúrgico bajo	Riesgo quirúrgico alto		Riesgo quirúrgico bajo	Riesgo quirúrgico alto		Riesgo quirúrgico bajo	Riesgo quirúrgico alto		Riesgo quirúrgico bajo	Riesgo quirúrgico alto	
Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*		Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*		Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*		Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	
Facilite evitar anticoagulación a largo plazo	ADECUADO		ADECUADO			ADECUADO			ADECUADO		DUDOSO
			DUDOSO						DUDOSO		
NO Facilite evitar anticoagulación a largo plazo			ADECUADO						ADECUADO		
			DUDOSO								

→

→

→

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO"
CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO"
CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO"

* La complejidad técnica la incluímos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

Figura 22: Estándares de uso apropiado para la fibrilación auricular continua de comienzo antiguo no mayor de 10 años

Fibrilación auricular continua de comienzo antiguo no mayor de 10 años												
Función ventricular deprimida												
Con clínica asociada a la FA												
Con contraindicaciones para anticoagulación												
Sin contraindicaciones para anticoagulación				Tamaño de la aurícula ≥55				Tamaño de la aurícula <55				
Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto		Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto		Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto		
Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				DUDOSO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				DUDOSO								

Figura 23: Estándares de uso apropiado para la fibrilación auricular paroxística de más de 6 meses

Fibrilación auricular paroxística de más de 6 meses												
Función ventricular normal												
Sin clínica asociada a la FA												
Con contraindicaciones para anticoagulación												
Sin contraindicaciones para anticoagulación												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula < 55												
Tamaño de la aurícula ≥ 55												
Tamaño de la aurícula												

Figura 24: Estándares de uso apropiado para la fibrilación auricular paroxística de más de 6 meses

Fibrilación auricular paroxística de más de 6 meses												
Función ventricular normal												
Con clínica asociada a la FA												
Con contraindicaciones para anticoagulación												
Sin contraindicaciones para anticoagulación				Con contraindicaciones para anticoagulación								
Tamaño de la aurícula <55				Tamaño de la aurícula ≥55			Tamaño de la aurícula <55			Tamaño de la aurícula ≥55		
Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto		Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto		Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto		
Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO
ADECUADO												

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" →

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

Figura 25: Estándares de uso apropiado para la fibrilación auricular paroxística de más de 6 meses

Fibrilación auricular paroxística de más de 6 meses											
Función ventricular deprimida											
Sin clínica asociada a la FA											
Sin contraindicaciones para anticoagulación						Con contraindicaciones para anticoagulación					
Tamaño de la aurícula <55						Tamaño de la aurícula <55					
Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto		Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto		Riesgo quirúrgico bajo	
Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*
ADECUADO		DUDOSO		ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
Facilite evitar anticoagulación a largo plazo											
NO Facilite evitar anticoagulación a largo plazo											

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" →
CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" →
CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" →

* La complejidad técnica la incluímos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

Figura 26: Estándares de uso apropiado para la fibrilación auricular paroxística de más de 6 meses

Fibrilación auricular paroxística de más de 6 meses													
Función ventricular deprimida													
Con clínica asociada a la FA													
Con contraindicaciones para anticoagulación													
Sin contraindicaciones para anticoagulación													
Tamaño de la aurícula <55				Tamaño de la aurícula ≥55				Tamaño de la aurícula <55					
Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto		Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto		Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto		Riesgo quirúrgico alto	
Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*	Técnica-mente NO complejo*
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
DUDOSO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO				ADECUADO		ADECUADO		ADECUADO	
ADECUADO				ADECUADO									

→

→

→

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO"

 CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO"

 CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO"

* La complejidad técnica la incluímos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

Datos del cuestionario post-reunión

En el Anexo 4 se muestra el cuestionario que se entregó a los panelistas tras la votación de la segunda ronda y en las Tablas 4 y 5 se detallan los resultados obtenidos tras la cumplimentación de los cuestionarios entregados.

Tabla 4: Puntuaciones de los expertos al cuestionario entregado tras la 2ª ronda de votaciones						
	Nada n (%)	Un poco n (%)	Algo n (%)	Bastante n (%)	Mucho n (%)	Total n (%)
¿Ha leído por completo la revisión de la literatura científica?	-	-	3 (33,3)	5 (55,6)	1 (11,1)	9 (100)
¿Era objetiva la revisión de la literatura científica?	-	-	1 (11,1)	3 (33,3)	5 (55,6)	9 (100)
¿Era informativa la revisión de la literatura científica?	-	-	1 (11,1)	3 (33,3)	5 (55,6)	9 (100)
¿Cuánto influyó en su primera ronda de evaluaciones la revisión de la literatura científica?	-	2 (22,2)	5 (55,6)	2 (22,2)	-	9 (100)
¿Encontró difícil la labor realizada durante la primera ronda de evaluaciones?	-	3 (33,3)	4 (44,5)	2 (22,2)	-	9 (100)
¿Encontró laboriosa la tarea de puntuar en la primera ronda de evaluaciones?	-	1 (11,1)	3 (33,3)	5 (55,6)	-	9 (100)
¿Eran claras las instrucciones para la primera ronda de evaluaciones?	-	-	1 (11,1)	5 (55,6)	3 (33,3)	9 (100)

Tabla 4: Puntuaciones de los expertos al cuestionario entregado tras la 2ª ronda de votaciones (continuación)

	Nada n (%)	Un poco n (%)	Algo n (%)	Bastante n (%)	Mucho n (%)	Total n (%)
¿Cree que fue inconsecuente? (como consecuencia del cansancio, de la memoria, de evaluar en diferentes momentos, del formato del instrumento, etc.)	1 (11,1)	5 (55,6)	3 (33,3)	-	-	9 (100)
¿Ha sido buena la función del moderador como líder del grupo en la reunión?	-	-	-	6 (66,7)	3 (33,3)	9 (100)
¿Ha sido informativo el debate durante la reunión del grupo?	-	1 (11,1)	-	6 (66,7)	2 (22,2)	9 (100)
¿Ha sido polémico el debate durante la reunión del grupo?	1 (11,1)	2 (22,2)	5 (55,6)	1 (11,1)	-	9 (100)
¿Cuánto ha influido en su evaluación de la segunda ronda la información de las evaluaciones de la primera ronda?	-	4 (44,5)	2 (22,2)	3 (33,3)	-	9 (100)
¿Cuánto ha influido el debate durante la reunión del grupo en su evaluación de la segunda ronda?	-	4 (44,5)	1 (11,1)	3 (33,3)	1 (11,1)	9 (100)
¿Le parece que sus propias evaluaciones reflejan bien la adecuación de los procedimientos de Ablación intraoperatoria de la FA?	-	-	1 (11,1)	7 (77,8)	1 (11,1)	9 (100)
¿Cree que las evaluaciones del grupo reflejan bien la adecuación de los procedimientos de Ablación intraoperatoria de la FA?	-	1 (11,1)	-	6 (66,7)	2 (22,2)	9 (100)

Tabla 4: Puntuaciones de los expertos al cuestionario entregado tras la 2ª ronda de votaciones (continuación)						
	Nada n (%)	Un poco n (%)	Algo n (%)	Bastante n (%)	Mucho n (%)	Total n (%)
¿Cuánto cree que este proceso de grupo puede llevar a una serie de recomendaciones que ayuden al médico a tomar decisiones respecto a la Ablación intraoperatoria de la FA?	-	1 (11,1)	-	6 (66,7)	2 (22,2)	9 (100)
¿Encontró satisfactoria su participación en este grupo?	-	-	-	5 (55,6)	4 (44,4)	9 (100)
¿El trato y atención dispensada por los organizadores del panel le ha resultado satisfactorio?	-	-	-	3 (33,3)	6 (66,7)	9 (100)
	Mucho peor n (%)	Peor n (%)	Parecido n (%)	Mejor n (%)	Mucho mejor n (%)	Total n (%)
¿Cómo fue su participación en este grupo respecto a sus expectativas?	-	-	3 (33,3)	4 (44,5)	2 (22,2)	9 (100)

Tabla 5: Estadísticos descriptivos en el cuestionario entregado tras la 2ª ronda de votaciones					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
¿Cuántas horas empleó en la lectura de la revisión de la literatura científica?	9	3,0	24,0	9,444	6,4829
¿Cuánto tiempo le llevó rellenar todas las evaluaciones de la primera ronda?	8	2,0	6,0	3,750	1,1650

Discusión

La cirugía de la fibrilación auricular es un ejemplo de tecnología cuya implantación fue frenada por la dificultad técnica y que una vez simplificada ha comenzado su expansión, aunque queda lejos la generalización de su uso.

Esta simplificación se une a la aparición y rápida expansión de las técnicas percutáneas¹⁶, que obliga a plantearse el espectro de pacientes que podrían ser propuestos como candidatos. En este sentido, la selección de pacientes candidatos se convierte en un factor importante para asegurar, no solo el éxito de la terapia, sino también el mantenimiento de las ratios de coste-efectividad en márgenes razonables.

La primera decisión durante la fase de protocolo del presente estudio fue centrar la valoración en las indicaciones de pacientes que con una patología cardíaca estructural requirieran una intervención y que, además, presentaran una fibrilación auricular. De esta manera quedaba explícitamente fuera de la valoración la cirugía exclusiva para la reversión de FA, que se realiza aún de manera muy esporádica en la mayoría de los centros.

Aunque parece que es posible diferenciar las situaciones en las que la cirugía beneficiaría claramente al paciente, no hay gran cantidad de ensayos clínicos y por tanto podría ser una tarea importante definir variables que pudieran utilizarse para seleccionar aquellos pacientes que mejor relación riesgo-beneficio podrían presentar.

El presente trabajo ha tratado de definir alguna de esas variables utilizando una metodología, la de la RAND Co., ampliamente validada en la definición de estándares de uso «adecuado» o «apropiado»^{10,11}. De esta forma, combinando una revisión sistemática junto con la opinión de expertos se han definido situaciones en las que se puede considerar «adecuado» o «inadecuado» el abordaje quirúrgico de la FA. En la presentación de los resultados se ha tratado, además, de diseñar unas tablas que puedan identificar rápidamente estas situaciones y variables que puedan condicionar la calificación.

Es interesante señalar el valor que el panel ha otorgado a variables como la complejidad técnica de la ablación (por tejidos frágiles o reintervenciones) o las relacionadas con la anticoagulación (presencia de contraindicaciones y factibilidad de evitarla a largo plazo), siendo determinantes en la calificación de «adecuado» o «dudoso». El bajo porcentaje de escenarios calificados como «inadecuados» (un 2,6%, y sin acuerdo) no ha permitido identificar variables que desaconsejen la técnica de manera general, lo cual habría sido de gran ayuda para el cirujano. Queda la duda de si la inclusión

de otras variables hubiera permitido un mayor número de «inadecuados».

Probablemente sean los casos «dudosos» los que más dificultad presentan para ser interpretados, pero en realidad son en los que el método RAND se muestra más flexible, ya que al no forzar el consenso identifica situaciones en las que el panel no ha sido capaz de definirse, y quedan por tanto como dependientes de otras valoraciones (experiencia de los profesionales o valores de los pacientes).

Han quedado otras situaciones fuera de las votaciones, pero la necesidad de que el número de escenarios fuera manejable ha empujado a centrar el panel en los escenarios más frecuentes. También se valoraron otras variables, pero en algunos casos se desestimaron por ser recogidas con muy poca frecuencia en la práctica habitual, o en otros casos fue el panel, en la segunda vuelta, el que decidió excluirla de sus valoraciones.

Finalmente, el desarrollo de herramientas informáticas ligadas a la historia clínica podría hacer que este tipo de herramientas, realizadas para servir como ayuda a los profesionales, tuvieran una mayor implantación y utilidad.

Referencias

1. Bellet S. Clinical disorders of the heart beat. 3.^a ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1971.
2. Fuster V, Rydén LE, Asinger RW, Cannom DS, Crijns HJ, Frye RL, et al. ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines and Policy Conferences (Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation): developed in Collaboration With the North American Society of Pacing and Electrophysiology. *J Am Coll Cardiol*. 2001; 38: 1231-66.
3. Wolf PA, Dawber TR, Thomas HE, Kannel WB. Epidemiologic assessment of chronic atrial fibrillation and risk of stroke: the Framingham study. *Neurology*. 1978; 28: 973-7.
4. Bando K, Kobayashi J, Kosakai Y, Hirata M, Sasako Y, Nakatani S, et al. Impact of Cox maze procedure on outcome in patients with atrial fibrillation and mitral valve disease. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2002; 124: 575-83.
5. Bando K, Kasegawa H, Okada Y, Kobayashi J, Kada A, Shimokawa T, et al. Impact of preoperative and postoperative atrial fibrillation on outcome after mitral valvuloplasty for nonischemic mitral regurgitation. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2005; 129: 1032-40.
6. Quader MA, McCarthy PM, Gillinov AM, Alster JM, Cosgrove DM, Lytle BW, et al. Does preoperative atrial fibrillation reduce survival after coronary artery bypass grafting? *Ann Thorac Surg*. 2004; 77: 1514-24.
7. Shin H, Hashizume K, Iino Y, Koizumi K, Matayoshi T, Yozu R. Effects of atrial fibrillation on coronary artery bypass graft flow. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2003; 23: 175-8.
8. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, Lacalle JR, Lázaro P, van het Loo M, McDonnell J, Vader JP, Kahan JP. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Santa Monica, CA: RAND publication MR-1269; 2001.
9. Brook RH, Chassin MR, Fink A, Solomon DH, Koseoff J, Park RE. A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. *Int J Technol Assess Health Care*. 1986; 2: 53-63.
10. Lazaro P. Evaluación de la tecnología médica. *Pap Gest Sanit*. 1994; Monografía n° II-94: 81-94.

11. Lacalle JR, Pastor L, Reyes A, Pérez MJ, Álvarez R. Metodología delphi aplicada a la evaluación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. En: Berra de Unamuno A, Marín León I, Álvarez Gil R, editores. Metodología de expertos. Consenso en medicina. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1996. p. 53-69.
12. Lazaro P, Fitch K, Martin Y. Estándares para el uso apropiado de la angioplastia coronaria transluminal percutánea y cirugía aortocoronaria. Rev Esp Cardiol. 1998; 51: 689-715.
13. Pastor L, Lacalle JR, de Villar E, Pérez I, Gómez E. Sistemática de la composición de los paneles de expertos. En: Berra de Unamuno A, Marín León I, Álvarez Gil R, editores. Metodología de expertos. Consenso en medicina. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1996. p. 71-80.
14. Nashef SAM, Roques F, Michel P, Gauducheau E, Lemeshow S, Salamon R, et al. European system for cardiac operative risk evaluation (EuroSCORE). Eur J Cardiothorac Surg. 1999; 16: 9-13.
15. Roques F, Nashef SAM, Michel P, Gauducheau E, de Vincentiis C, Baudet E, et al.. Risk factors and outcome in European cardiac surgery: analysis of the EuroSCORE multinational database of 19030 patients. Eur J Cardiothorac Surg. 1999; 15: 816-23.
16. García-Alberola A, Merino JL. Arritmias y electrofisiología cardíaca. Rev Esp Cardiol. 2007; 60 (Supl 1): 33-40.

Anexos

Anexo 1. Definiciones

Para determinar los escenarios que se puntuarán en el panel de expertos se utilizaron las definiciones que se presentan a continuación. El objetivo de estas definiciones es acercar los criterios de los panelistas, homogeneizando y así evitando diferentes interpretaciones.

- **Tipo de FA:**

- ✓ *Continua:* El paciente está siempre en fibrilación auricular.
- ✓ *Paroxística:* No lo está.

- **Antigüedad de la FA:**

- ✓ *Comienzo reciente:* Fibrilación auricular de menos de 1 año de duración. Un paciente en el que una fibrilación auricular paroxística antigua, ésta se ha hecho continua hace menos de 1 año se considera de «comienzo reciente».
- ✓ *Antigua no mayor de 10 años.* En la FA paroxística sólo se ha considerado la duración mayor de 6 meses.

- **Tamaño de Aurícula izquierda:**

- ✓ *<55:* Menos de 55 milímetros de diámetro.
- ✓ *≥55:* Mayor o igual a 55 milímetros de diámetro.

- **Función ventricular:**

- ✓ *Normal:* Fracción de eyección de ventrículo izquierdo conservada (>55%).
- ✓ *Deprimida:* Fracción de eyección de ventrículo izquierdo deprimida (≤55%).

- **Clínica asociada a la FA:**

- ✓ *Sí:* Presencia de sintomatología limitante debido a la fibrilación auricular (palpitaciones, insuficiencia cardiaca,...) o de complicaciones relacionadas con la misma (p. ej. Hemorragias debidas a la anticoagulación, episodios de accidente cerebrovascular o embolismos periféricos). También se incluye en este epígrafe la mala tolerancia a la medicación antiarrítmica que pudiera controlar los síntomas.
- ✓ *No:* Ausencia de síntomas o buena tolerancia de los mismos y Ausencia de complicaciones relacionadas con la fibrilación auricular.

- **Contraindicación para anticoagulación:**
 - ✓ *Sí:* Presencia de contraindicaciones para la anticoagulación.
 - ✓ *No:* Ausencia de las mismas.
- **Riesgo quirúrgico:**
 - ✓ *Alto:* Patología por la que se indica la cirugía primaria compleja, comorbilidades asociadas, edad avanzada, etc. Se asume que existe un riesgo quirúrgico alto cuando la puntuación obtenida en el EuroSCORE es > 6 puntos (Tabla 6).
 - ✓ *Bajo:* No se dan las situaciones anteriores.

Tabla 6: Escala de valoración de riesgo, EuroSCORE

Variables extracardíacas	Puntuación
Edad (por cada periodo de 5 años, total o parcial, por encima de 60)	1
Sexo femenino	1
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1
Arteriopatía extracardíaca	2
Disfunción neurológica	2
Cirugía cardíaca previa	3
Creatinina sérica > 200 µmol/l	2
Endocarditis activa	3
Estado preoperatorio crítico	3
Variables cardíacas	
Angina inestable con nitratos i.v.	2
Fracción de eyección 30-50%	1
Fracción de eyección < 30%	3
Infarto reciente (menos de 50 días)	2
Presión arterial sistólica pulmonar > 60 mmHg	2
Variables operatorias	
Emergencia	2
Cualquier operación distinta de cirugía coronaria aislada	2
Cirugía de aorta torácica	3
Rotura septal postinfarto	4

- **Evitar anticoagulación a largo plazo factible:**

- ✓ *Sí:* Es posible suspender la anticoagulación a largo plazo si el enfermo revierte a ritmo sinusal.
- ✓ *No:* No es posible suspender la anticoagulación a largo plazo aunque el enfermo revierta a ritmo sinusal.

- **Técnicamente complejo:**

- ✓ *Sí:* El procedimiento para la ablación es técnicamente complejo y podría complicar la intervención primaria (p. ej. en casos con ventrículo izquierdo hipertrófico, existencia de tejidos frágiles o reintervenciones (si la ablación es epicárdica). No se considera aquí si el procedimiento primario por el que se indica la intervención es complejo o no; esta situación va incluida en la variable «riesgo quirúrgico».
- ✓ *No:* Técnicamente simple.

Anexo 2. Resultados por capítulos

Tabla 7: Juicio del panel de expertos sobre el uso adecuado de la ablación intraoperatoria de la FA (Capítulo 1 – FA continua de comienzo reciente)				
Acuerdo del panel	Adecuado	Dudoso	Inadecuado	Total
Acuerdo	75 (96,2%)	3 (3,8%)	0 (0%)	78 (60,9%)
Indeterminado	26 (55,3%)	19 (40,4%)	2 (4,3%)	47 (36,7%)
Desacuerdo	NA	3 (100%)	NA	3 (2,4%)
				128
Los porcentajes entre paréntesis están calculados conforme a las filas, a excepción del total que está calculado respecto al número total de indicaciones del panel. NA: No Aplicable.				

Tabla 8: Juicio del panel de expertos sobre el uso adecuado de la ablación intraoperatoria de la FA (Capítulo 2 – FA continua de comienzo antiguo no mayor de 10 años)				
Acuerdo del panel	Adecuado	Dudoso	Inadecuado	Total
Acuerdo	71 (94,7%)	4 (5,3%)	0 (0%)	75 (58,6%)
Indeterminado	22 (44%)	28 (56%)	0 (0%)	50 (39,1%)
Desacuerdo	NA	3 (100%)	NA	3 (2,3%)
				128
Los porcentajes entre paréntesis están calculados conforme a las filas, a excepción del total que está calculado respecto al número total de indicaciones del panel. NA: No Aplicable.				

Tabla 9: Juicio del panel de expertos sobre el uso adecuado de la ablación intraoperatoria de la FA (Capítulo 3 – FA paroxística de más de 6 meses)

Acuerdo del panel	Adecuado	Dudoso	Inadecuado	Total
Acuerdo	65 (97%)	2 (3%)	0 (0%)	67 (52,3%)
Indeterminado	34 (60,7%)	20 (35,7%)	2 (3,6%)	56 (43,8%)
Desacuerdo	NA	5 (100%)	NA	5 (3,9%)
				128

Los porcentajes entre paréntesis están calculados conforme a las filas, a excepción del total que está calculado respecto al número total de indicaciones del panel.

NA: No Aplicable.

Anexo 3. Estándares de uso adecuado

Capítulo 1. Fibrilación Auricular continua de comienzo reciente

Función ventricular normal
Sin clínica asociada a la FA
Sin contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda < 55

	Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto		Indicación Nº
	Técnicamente NO complejo*	Técnicamente complejo*	Técnicamente NO complejo*	Técnicamente complejo*	
Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 8 1 1 4 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 8A 2 3 3 1	1 2 3 4 5 6 7 8 9 7A 1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 1 3 2	(1-4)
NO Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 8A 1 6 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 8A 1 1 2 3 1	1 2 3 4 5 6 7 8 9 5D 2 2 1 1 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 9 3/	(5-8)

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

1 = Extremadamente inadecuado
9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" →
CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" →
CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" →

Función ventricular normal
Sin clínica asociada a la FA
Sin contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda ≥ 55

	Riesgo quirúrgico bajo			Riesgo quirúrgico alto			Indicación N°
	Técnicamente NO complejo*			Técnicamente NO complejo*			
	Técnicamente complejo*			Técnicamente complejo*			
	1 1 1 2 4	1 1 1 1 1 3 1	1 1 1 1 1 3 1	1 1 1 1 1 3 1	1 1 1 1 1 3 1	1 1 1 1 1 3 1	
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 8A	1 2 3 4 5 6 7 8 9 7I	1 2 3 4 5 6 7 8 9 7I	1 2 3 4 5 6 7 8 9 7I	1 2 3 4 5 6 7 8 9 7I	1 2 3 4 5 6 7 8 9 6I	(9-12)
Facilite evitar anticoagulación a largo plazo	3 1 5	2 2 2 2 1	2 1 2 1 3	2 1 2 1 3	2 1 2 1 3	3 2 2 1 1	
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 8I	1 2 3 4 5 6 7 8 9 6D	1 2 3 4 5 6 7 8 9 6D	1 2 3 4 5 6 7 8 9 4D	1 2 3 4 5 6 7 8 9 4D	1 2 3 4 5 6 7 8 9 2I	(13-16)
NO Factible evitar anticoagulación a largo plazo							

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

- 1 = Extremadamente inadecuado
- 9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" → 

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" → 

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" → 

Función ventricular normal
Sin clínica asociada a la FA
Con contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda < 55

	Riesgo quirúrgico bajo																		Riesgo quirúrgico alto																		Indicación Nº				
	Técnicamente NO complejo*									Técnicamente complejo*									Técnicamente NO complejo*									Técnicamente complejo*													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6		7	8	9	7/
Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7/	(17-20)
NO Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	5/	(21-24)

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

- 1 = Extremadamente inadecuado
- 9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" → 

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" → 

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" → 

Función ventricular normal
Sin clínica asociada a la FA
Con contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda ≥ 55

	Riesgo quirúrgico bajo																		Riesgo quirúrgico alto																		Indicación Nº				
	Técnicamente NO complejo*									Técnicamente complejo*									Técnicamente NO complejo*									Técnicamente complejo*													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7	1	2	3	4	5	6		7	8	9	7
Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7	(25-28)
NO Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	6	(29-32)

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

- 1 = Extremadamente inadecuado
- 9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

→

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO"

→

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO"

→

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO"

Función ventricular normal
Con clínica asociada a la FA

NO Factible evitar anticoagulación a largo plazo

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

1 = Extremadamente inadecuado
9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.

NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D ó I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.

NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

Función ventricular normal
Con clínica asociada a la FA
Sin contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda ≥ 55

	Riesgo quirúrgico bajo																		Riesgo quirúrgico alto																		Indicación Nº				
	Técnicamente NO complejo*									Técnicamente complejo*									Técnicamente NO complejo*									Técnicamente complejo*													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7A	1	2	3	4	5	6		7	8	9	7A
Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7A	(41-44)
NO Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7A	(45-48)

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

- 1 = Extremadamente inadecuado
- 9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

→

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO"

→

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO"

→

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO"

Función ventricular normal
Con clínica asociada a la FA
Con contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda ≥ 55

	Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto		Indicación Nº
	Técnicamente NO complejo*	Técnicamente complejo*	Técnicamente NO complejo*	Técnicamente complejo*	
Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 9A 1 2 6 1 2 4	1 2 3 4 5 6 7 8 9 8A 2 1 2 4 1 1 3 1 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 7A 1 1 3 1 3 1 2 3 4 5 6 7 8 9 6/	1 2 3 4 5 6 7 8 9 6/	(57-60)
NO Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 8A 1 2 2 4 1 2 4	1 2 3 4 5 6 7 8 9 7A 1 1 4 3 1 1 3 3 1	1 2 3 4 5 6 7 8 9 7A 1 1 3 3 1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 6/	1 2 3 4 5 6 7 8 9 6/	(61-64)

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

- 1 = Extremadamente inadecuado
- 9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" →

Función ventricular deprimida
Sin clínica asociada a la FA
Sin contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda ≥ 55

	Riesgo quirúrgico bajo										Riesgo quirúrgico alto										Indicación Nº										
	Técnicamente NO complejo*										Técnicamente complejo*																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7A											
Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7I	(73-76)
NO Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	6A	(77-80)

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

- 1 = Extremadamente inadecuado
- 9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" →

Función ventricular deprimida
Sin clínica asociada a la FA
Con contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda < 55

	Riesgo quirúrgico bajo																		Riesgo quirúrgico alto																		Indicación Nº				
	Técnicamente NO complejo*									Técnicamente complejo*									Técnicamente NO complejo*									Técnicamente complejo*													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7/	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7/	
Facilite evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7/	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7/	(81-84)
NO Facilitar evitar anticoagulación a largo plazo	3	3	3								1	5	2	1							1	1	1	1	4	1															(85-88)

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

- 1 = Extremadamente inadecuado
- 9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" → 

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" → 

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" → 

Función ventricular deprimida
Sin clínica asociada a la FA
Con contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda ≥ 55

	Riesgo quirúrgico bajo										Riesgo quirúrgico alto										Indicación Nº
	Técnicamente NO complejo*										Técnicamente complejo*										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9B	
Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	6/	(89-92)
NO Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	5/	(93-96)

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

- 1 = Extremadamente inadecuado
- 9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" → 

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" → 

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" → 

Función ventricular deprimida
Con clínica asociada a la FA
Sin contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda < 55

	Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto		Indicación Nº
	Técnicamente NO complejo*	Técnicamente complejo*	Técnicamente NO complejo*	Técnicamente complejo*	
Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 9A 1 8	1 2 3 4 5 6 7 8 9 9A 1 6 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 9A 2 2 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 9A 1 2 2 1 3	(87-100)
NO Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 9A 1 5 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 9A 1 2 2 3 1	1 2 3 4 5 6 7 8 9 9A 3 2 3 1	1 2 3 4 5 6 7 8 9 9A 1 3 3 2	(101-104)

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

- 1 = Extremadamente inadecuado
- 9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" →

Función ventricular deprimida
Con clínica asociada a la FA
Sin contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda ≥ 55

	Riesgo quirúrgico bajo										Riesgo quirúrgico alto										Indicación N°															
	Técnicamente NO complejo										Técnicamente complejo*																									
	Técnicamente NO complejo										Técnicamente NO complejo																									
	1	4	4								2	3	3								3	1	3	2						1	2	2	3	1		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	6/				(105-108)		
Factible evitar anticoagulación a largo plazo																																				
	1	2	4	2							2	5	1	1								1	5	1	1	1										
NO Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	6/						
																																				(109-112)

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

- 1 = Extremadamente inadecuado
- 9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

- CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" →
- CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" →
- CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" →

Función ventricular deprimida
Con clínica asociada a la FA
Con contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda < 55

	Riesgo quirúrgico bajo										Riesgo quirúrgico alto										Indicación Nº
	Técnicamente NO complejo*					Técnicamente complejo*					Técnicamente NO complejo*					Técnicamente complejo*					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	
Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	(113-116)
NO Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	(117-120)

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

- 1 = Extremadamente inadecuado
- 9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" →

CALIFICACION DEL ESCENARIO: "DUDOSO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" →

Función ventricular deprimida
Con clínica asociada a la FA
Con contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda ≥ 55

	Riesgo quirúrgico bajo										Riesgo quirúrgico alto										Indicación Nº																		
	Técnicamente NO complejo*										Técnicamente complejo*																												
	Técnicamente complejo*										Técnicamente complejo*																												
Facilite evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	6/	(121-124)								
NO Facilite evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	5/	(125-128)								

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

- 1 = Extremadamente inadecuado
- 9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" →

Capítulo 2. Fibrilación Auricular Continua de Comienzo Antiguo no mayor de 10 años

Función ventricular normal
Sin clínica asociada a la FA
Sin contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda < 55

	Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto		Indicación Nº
	Técnicamente NO complejo*	Técnicamente complejo*	Técnicamente NO complejo*	Técnicamente complejo*	
Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 9A 1 2 3 4 5 6 7 8 9 9A	1 2 3 4 5 6 7 8 9 7A 1 2 3 4 5 6 7 8 9 7A	1 1 2 2 3 3 1 2 3 4 5 6 7 8 9 8A	1 3 1 4 1 2 3 4 5 6 7 8 9 6I	(129-132)
NO Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1 1 4 3 1 2 3 4 5 6 7 8 9 7A	1 1 2 5 1 2 3 4 5 6 7 8 9 7I	1 1 1 4 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 7I	1 1 5 2 1 2 3 4 5 6 7 8 9 5A	(133-136)

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

1 = Extremadamente inadecuado
9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" →

Función ventricular normal
Sin clínica asociada a la FA
Sin contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda ≥ 55

	Riesgo quirúrgico bajo									Riesgo quirúrgico alto									Indicación Nº
	Técnicamente NO complejo									Técnicamente complejo*									
Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	1	1	3	3					1	1	2	2	3					(137-140)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	
NO Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	2	3	3	1				1	2	4	4	1	1				(141-144)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	6I	1	2	3	4	5	6	7	8	

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

- 1 = Extremadamente inadecuado
- 9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" →

Función ventricular normal
Sin clínica asociada a la FA
Con contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda < 55

	Riesgo quirúrgico bajo										Riesgo quirúrgico alto										Indicación Nº
	Técnicamente NO complejo*					Técnicamente complejo*					Técnicamente NO complejo*					Técnicamente complejo*					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	
Facilite evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	(145-148)
NO Facilite evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	(149-152)

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

- 1 = Extremadamente inadecuado
- 9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" →

Función ventricular normal
Sin clínica asociada a la FA
Con contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda ≥ 55

	Riesgo quirúrgico bajo										Riesgo quirúrgico alto										Indicación Nº										
	Técnicamente NO complejo*										Técnicamente complejo*																				
	Técnicamente complejo*										Técnicamente NO complejo*																				
Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	6/	(153-156)
		2	2	5																											
NO Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	6/	1	2	3	4	5	6	7	8	9	4/	(157-160)
		1	1	1	4	2																									

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

- 1 = Extremadamente inadecuado
- 9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" →

Función ventricular normal
Con clínica asociada a la FA
Sin contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda < 55

	Riesgo quirúrgico bajo										Riesgo quirúrgico alto										Indicación Nº
	Técnicamente NO complejo*										Técnicamente NO complejo*										
	Técnicamente complejo*										Técnicamente complejo*										
	2 7										1 1 1 4 2										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7A	(161-164)
Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7A	(165-168)
NO Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7A	(165-168)

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

- 1 = Extremadamente inadecuado
- 9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" →

Función ventricular normal
Con clínica asociada a la FA
Sin contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda ≥ 55

	Riesgo quirúrgico bajo										Riesgo quirúrgico alto										Indicación N°
	Técnicamente NO complejo										Técnicamente complejo*										
Facilite evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	5/	(169-172)
				3	2	4									1	4	1	3			
NO Facilite evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	4D	(173-176)
				2	2	3	2								1	2	2	2			

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

- 1 = Extremadamente inadecuado
- 9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

→

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO"

→

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO"

→

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO"

Función ventricular normal
Con clínica asociada a la FA
Con contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda < 55

	Riesgo quirúrgico bajo						Riesgo quirúrgico alto						Indicación Nº
	Técnicamente NO complejo						Técnicamente complejo*						
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	
Facilite evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	(177-180)
	7	8	9	9A	9A	9A	1	2	3	4	5	6	
NO Facilite evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	(181-184)
	7	8	9	9A	9A	9A	1	2	3	4	5	6	

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

- 1 = Extremadamente inadecuado
- 9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" →

Función ventricular normal
Con clínica asociada a la FA
Con contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda ≥ 55

	Riesgo quirúrgico bajo										Riesgo quirúrgico alto										Indicación Nº
	Técnicamente NO complejo										Técnicamente complejo*										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7/	
Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	5/	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7/	
NO Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	5/	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7/	

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

1 = Extremadamente inadecuado
9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" →

Función ventricular deprimida
Sin clínica asociada a la FA
Sin contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda < 55

	Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto		Indicación Nº
	Técnicamente NO complejo*	Técnicamente complejo*	Técnicamente NO complejo*	Técnicamente complejo*	
Facilite evitar anticoagulación a largo plazo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 9A 2 7	1 2 3 4 5 6 7 8 9 8A 3 3 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 8A 1 2 4 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 7I 1 1 2 3 2	(193-196)
NO Facilite evitar anticoagulación a largo plazo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 8A 1 4 4	1 2 3 4 5 6 7 8 9 7A 6 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 9 7A 1 1 4 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 6A 2 2 3 2	(197-200)

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

- 1 = Extremadamente inadecuado
- 9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" →

Función ventricular deprimida
Sin clínica asociada a la FA
Sin contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda ≥ 55

	Riesgo quirúrgico bajo			Riesgo quirúrgico alto			Indicación Nº
	Técnicamente NO complejo			Técnicamente NO complejo*			
	Técnicamente complejo*			Técnicamente complejo*			
Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 8A	1 5 3	2 3 3 1	1 2 3 4 5 6 7 8 9 7A	1 1 3 2 2	2 2 2 1 2	(201-204)
NO Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 8A	1 2 5 1	1 2 5 1	1 2 3 4 5 6 7 8 9 7I	2 3 2 1 1	1 1 2 3 1 1	(205-208)

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

1 = Extremadamente inadecuado
9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" → 
CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" → 
CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" → 

* La complejidad técnica la incluímos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

1 = Extremadamente inadecuado
9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.

NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I si para el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.

NOTA 3.- El ítem de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" →

↑
CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO"

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO"

Función ventricular deprimida
Sin clínica asociada a la FA
Con contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda ≥ 55

	Riesgo quirúrgico bajo			Riesgo quirúrgico alto			Indicación N°
	Técnicamente NO complejo*			Técnicamente complejo*			
	Técnicamente NO complejo*			Técnicamente NO complejo*			
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 9A	1 3 5	1 1 4 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 8A	2 2 3 2	1 1 3 2 2	(217-220)
Facilite evitar anticoagulación a largo plazo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 8A	1 2 3 3	1 2 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 9 7I	1 1 1 3 3	1 1 1 3 3	(221-224)

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

1 = Extremadamente inadecuado
9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" →
CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" →
CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" →

Función ventricular deprimida
Con clínica asociada a la FA
Sin contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda < 55

	Riesgo quirúrgico bajo										Riesgo quirúrgico alto										Indicación Nº
	Técnicamente NO complejo*										Técnicamente complejo*										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	
Facilible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	(225-228)
NO Facilible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	(229-232)

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

- 1 = Extremadamente inadecuado
- 9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" →

Función ventricular deprimida
Con clínica asociada a la FA
Sin contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda ≥ 55

	Riesgo quirúrgico bajo		Riesgo quirúrgico alto		Indicación Nº
	Técnicamente NO complejo*	Técnicamente complejo*	Técnicamente NO complejo*	Técnicamente complejo*	
Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 .8A 1 4 4	1 2 3 4 5 6 7 8 9 .7A 1 4 1 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 .7A 2 3 2 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 .6/ 1 3 1 2 2	(233-236)
NO Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 .8A 1 1 5 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 .7A 1 1 5 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 .7/ 2 2 3 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 .5A 4 1 2 2	(237-240)

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

1 = Extremadamente inadecuado
9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" →
CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" →
CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" →

Función ventricular deprimida
Con clínica asociada a la FA
Con contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda ≥ 55

	Riesgo quirúrgico bajo										Riesgo quirúrgico alto										Indicación Nº										
	Técnicamente NO complejo*										Técnicamente complejo*																				
	Técnicamente NO complejo*										Técnicamente complejo*																				
Facilite evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	(249-252)
					5	4																									
NO Facilite evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	(253-256)
					1	6	2																								

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

- 1 = Extremadamente inadecuado
- 9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" →

CALIFICACION DEL ESCENARIO: "DUDOSO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" →

Función ventricular normal
Sin clínica asociada a la FA
Sin contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda ≥ 55

	Riesgo quirúrgico bajo										Riesgo quirúrgico alto										Indicación N°											
	Técnicamente NO complejo*										Técnicamente complejo*																					
	Técnicamente NO complejo*										Técnicamente NO complejo*																					
Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7I	1	2	3	4	5	6	7	8	9	4I	(265-268)	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7I	1	2	3	4	5	6	7	8	9	4I		
NO Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	1	3	3	1	1	3	3	1	7A	1	1	2	3	3	1	1	2	3	1	6I	1	2	3	4	5	6	7	8	9	4I	(269-272)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	6I	1	2	3	4	5	6	7	8	9	4I		

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

- 1 = Extremadamente inadecuado
- 9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" →

Función ventricular normal
Sin clínica asociada a la FA
Con contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda < 55

	Riesgo quirúrgico bajo										Riesgo quirúrgico alto										Indicación N°											
	Técnicamente NO complejo					Técnicamente complejo*					Técnicamente NO complejo					Técnicamente complejo*																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A		1	2	3	4	5	6	7	8	9	7/	
Factible evitar anticoagulación a largo plazo						1	1	7								4	1	4										2	1	4	1	1
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7/	(273-276)	
NO Factible evitar anticoagulación a largo plazo						1	1	1	6							1	1	1	3	1	1						1	2	1	2	1	1
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8/	1	2	3	4	5	6	7	8	9	5/	(277-280)	

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

- 1 = Extremadamente inadecuado
- 9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" → 

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" → 

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" → 

Función ventricular normal
Sin clínica asociada a la FA
Con contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda ≥ 55

	Riesgo quirúrgico bajo										Riesgo quirúrgico alto										Indicación N°
	Técnicamente NO complejo										Técnicamente complejo*										
	Técnicamente NO complejo										Técnicamente NO complejo										
Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	(281-284)	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
NO Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	(285-288)	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9		

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

- 1 = Extremadamente inadecuado
- 9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" →

Función ventricular normal
Con clínica asociada a la FA
Sin contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda < 55

	Riesgo quirúrgico bajo										Riesgo quirúrgico alto										Indicación Nº										
	Técnicamente NO complejo*										Técnicamente NO complejo*											Técnicamente complejo*									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A		1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A
Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	
	1	8									3	2	4								1	2	4	2							
												1	2	4	2						1	2	4	2							
											1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	(289-292)
NO Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	(293-296)
	1	3	5								1	1	4	3							1	1	2	4	1						
												1	2	4	1						1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	(293-296)

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

- 1 = Extremadamente inadecuado
- 9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" →

Función ventricular normal
Con clínica asociada a la FA
Sin contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda ≥ 55

	Riesgo quirúrgico bajo										Riesgo quirúrgico alto										Indicación N°										
	Técnicamente NO complejo*										Técnicamente complejo*																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7A											
Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7/	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7/	(297-300)
		2	3	4								4	1	1	3							1	1	3	1	3					
NO Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	6/	1	2	3	1	2						
		2	1	4	2							1	2	3	1	2						1	1	1	3	2	1				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	6/	1	2	3	4	5	6	7	8	9	5/	(301-304)

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

- 1 = Extremadamente inadecuado
- 9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" →

Función ventricular normal
Con clínica asociada a la FA
Con contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda < 55

	Riesgo quirúrgico bajo										Riesgo quirúrgico alto										Indicación Nº
	Técnicamente NO complejo*										Técnicamente complejo*										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	
Facilible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	(305-308)
NO Facilible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7I	(309-312)

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

- 1 = Extremadamente inadecuado
- 9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" → 

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" → 

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" → 

Función ventricular normal
Con clínica asociada a la FA
Con contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda ≥ 55

	Riesgo quirúrgico bajo																		Riesgo quirúrgico alto																		Indicación Nº
	Técnicamente NO complejo*																		Técnicamente complejo*																		
	Técnicamente complejo*																																				
Facilite evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7/	(313-316)						
	3 6									2 3 4									1 3 1 4									1 1 2 1 1 3									
NO Facilite evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7/	1	2	3	4	5	6	7	8	9	6/	(317-320)						
	1 2 2 4									2 2 2 1 2									1 1 3 2 2									1 1 1 1 2 1 1									

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

- 1 = Extremadamente inadecuado
- 9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" →

Función ventricular deprimida
Sin clínica asociada a la FA
Sin contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda < 55

	Riesgo quirúrgico bajo										Riesgo quirúrgico alto										Indicación Nº
	Técnicamente NO complejo					Técnicamente complejo*					Técnicamente NO complejo					Técnicamente complejo*					
	1	2	5			1	4	2	2		1	2	4	1		1	2	1	1	1	
Facilible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	6/	(321-324)
NO Facilible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	3		1	6	1			1	1	4	1		1	1	3	3		(325-328)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	5/	

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

- 1 = Extremadamente inadecuado
- 9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D ó I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo ó Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACION DEL ESCENARIO: "INADECUADO" ➡

CALIFICACION DEL ESCENARIO: "DUDOSO" ➡

CALIFICACION DEL ESCENARIO: "ADECUADO" ➡

Función ventricular deprimida
Sin clínica asociada a la FA
Sin contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda ≥ 55

	Riesgo quirúrgico bajo										Riesgo quirúrgico alto										Indicación Nº										
	Técnicamente NO complejo*										Técnicamente NO complejo*																				
	Técnicamente complejo*										Técnicamente complejo*																				
Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7/	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7/	(329-332)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7/	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7/	
NO Factible evitar anticoagulación a largo plazo	2	2	3	2							3	2	3	1							1	1	1	2	2	1	1				(333-336)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	6/	1	2	3	4	5	6	7	8	9	4/	

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

1 = Extremadamente inadecuado
9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" → 
CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" → 
CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" → 

Función ventricular deprimida
Sin clínica asociada a la FA
Con contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda < 55

	Riesgo quirúrgico bajo									Riesgo quirúrgico alto									Indicación Nº
	Técnicamente NO complejo*									Técnicamente complejo*									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	(337-340)
NO Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	3						1	2	3	4	5	6	7	8	9	(341-344)

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

- 1 = Extremadamente inadecuado
- 9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" →

Función ventricular deprimida
Sin clínica asociada a la FA
Con contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda ≥ 55

	Riesgo quirúrgico bajo																		Riesgo quirúrgico alto																		Indicación Nº				
	Técnicamente NO complejo*									Técnicamente complejo*									Técnicamente NO complejo*									Técnicamente complejo*													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7/	1	2	3	4	5	6		7	8	9	5/
Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7/	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7/	(345-348)
NO Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7/	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7/	1	2	3	4	5	6	7	8	9	5/	(349-352)

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

- 1 = Extremadamente inadecuado
- 9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" →

Función ventricular deprimida
Con clínica asociada a la FA
Sin contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda < 55

	Riesgo quirúrgico bajo										Riesgo quirúrgico alto										Indicación Nº
	Técnicamente NO complejo*										Técnicamente complejo*										
	Técnicamente NO complejo*										Técnicamente complejo*										
Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7/	(353-356)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
NO Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	6A	(357-360)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9		

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

1 = Extremadamente inadecuado
9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" → 

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" → 

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" → 

Función ventricular deprimida
Con clínica asociada a la FA
Sin contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda ≥ 55

	Riesgo quirúrgico bajo										Riesgo quirúrgico alto										Indicación Nº										
	Técnicamente NO complejo*					Técnicamente complejo*					Técnicamente NO complejo*					Técnicamente complejo*															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A		1	2	3	4	5	6	7	8	9	7/
Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7/	(361-364)
NO Factible evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7/	1	2	3	4	5	6	7	8	9	6/	(365-368)

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

1 = Extremadamente inadecuado
9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" → 

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" → 

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" → 

Función ventricular deprimida
Con clínica asociada a la FA
Con contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda < 55

	Riesgo quirúrgico bajo										Riesgo quirúrgico alto										Indicación N°
	Técnicamente NO complejo										Técnicamente complejo*										
Facilite estar anticoagulado a largo plazo	9										2 3 4										(369-372)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7/	
NO Facilite estar anticoagulado a largo plazo	1 8										2 4 2										(373-376)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7/	

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

- 1 = Extremadamente inadecuado
- 9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO" →

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO" →

Función ventricular deprimida
Con clínica asociada a la FA
Con contraindicaciones para anticoagulación
Tamaño de la aurícula izquierda ≥ 55

	Riesgo quirúrgico bajo										Riesgo quirúrgico alto										Indicación N°
	Técnicamente NO complejo										Técnicamente complejo*										
Facilite evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7I	(377-380)
NO Facilite evitar anticoagulación a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7I	(381-384)

* La complejidad técnica la incluimos siempre que afecte a los posibles beneficios, y no en relación a la decisión de intervenir o no (es decir, que sea técnicamente compleja no significa necesariamente que sea inadecuado).

ESCALA DE ADECUACIÓN

- 1 = Extremadamente inadecuado
- 9 = Extremadamente adecuado

NOTA 1.- La última casilla en cursiva a la derecha de la escala de votación, contiene la mediana calculada para el escenario.
NOTA 2.- La última casilla en cursiva junto a la mediana, contiene A, D o I, si para en el escenario se obtuvo la calificación de Acuerdo, Desacuerdo o Indeterminado respectivamente.
NOTA 3.- Encima de la escala de votación figura el resumen de las votaciones de todos los panelistas para el escenario.

→

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "INADECUADO"

→

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "DUDOSO"

→

CALIFICACIÓN DEL ESCENARIO: "ADECUADO"

Anexo 4. Cuestionario post-reunión

Gracias por participar en nuestro estudio de Ablación intraoperatoria de la FA. Como último favor, le agradeceríamos que rellenara este cuestionario acerca de su experiencia como participante.

Para cada elemento, rodee con un círculo el número adecuado o rellene el espacio en blanco. Si desea hacer alguna observación o sugerencia adicional, por favor, anótelos en la página adjunta.

ELEMENTO	NADA	UN POCO	ALGO	BASTANTE	MUCHO
Revisión de la Literatura Científica					
¿La ha leído por completo?	1	2	3	4	5
¿Cuántas horas empleó en su lectura?	_____ Horas				
¿Era objetiva?	1	2	3	4	5
¿Era informativa?	1	2	3	4	5
Primera ronda de evaluaciones (realizada antes de la reunión)					
¿Encontró difícil la labor?	1	2	3	4	5
¿Encontró laboriosa la tarea de puntuar?	1	2	3	4	5
¿Eran claras las instrucciones?	1	2	3	4	5
¿Cree que fue inconsecuente? (como consecuencia del cansancio, de la memoria, de evaluar en diferentes momentos, del formato del instrumento, etc.)	1	2	3	4	5
¿Cuánto tiempo le llevó rellenar todas las evaluaciones?	_____ Horas				

ELEMENTO	NADA	UN POCO	ALGO	BASTANTE	MUCHO
Reunión de grupo					
¿Ha sido buena la función del moderador como líder del grupo?	1	2	3	4	5
¿Ha sido informativo el debate?	1	2	3	4	5
¿Ha sido polémico el debate?	1				
¿Cuánto ha influido en su evaluación de la segunda ronda la información de las evaluaciones de la primera ronda?	1	2	3	4	5
¿Cuánto ha influido el debate en su evaluación de la segunda ronda?	1	2	3	4	5
Impresiones globales de su experiencia					
¿Le parece que sus propias evaluaciones reflejan bien la adecuación de los procedimientos de Ablación intraoperatoria de la FA?	1	2	3	4	5
¿Cree que las evaluaciones del grupo reflejan bien la adecuación de los procedimientos de Ablación intraoperatoria de la FA?	1	2	3	4	5

ELEMENTO	NADA	UN POCO	ALGO	BASTANTE	MUCHO
Impresiones globales de su experiencia					
¿Cuánto cree que este proceso de grupo puede llevar a una serie de recomendaciones que ayuden al médico a tomar decisiones respecto a la Ablación intraoperatoria de la FA?	1	2	3	4	5
¿Encontró satisfactoria su participación en este grupo?	1	2	3	4	5
¿El trato y atención dispensada por los organizadores del panel le ha resultado satisfactorio?	1	2	3	4	5
¿Cómo fue su participación en este grupo respecto a sus expectativas?	Mucho peor	Peor	Parecido	Mejor	Mucho mejor

Observaciones y sugerencias:



PRECIO: 6 EUROS



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

www.msc.es