

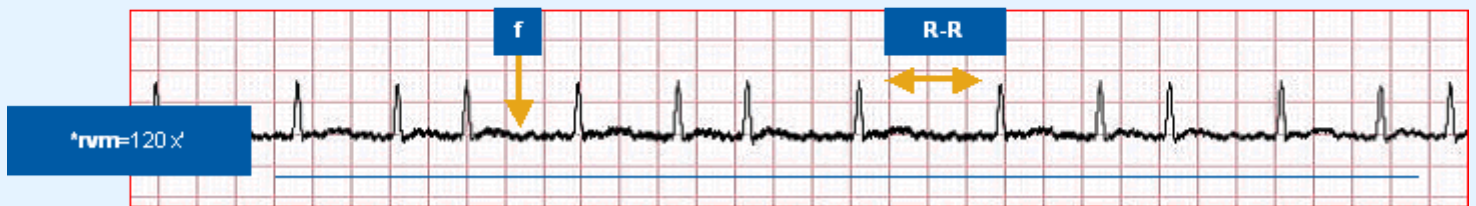
## Manejo de la fibrilación auricular desde nuestra consulta

### Diagnóstico mediante ECG

- Ausencia actividad auricular (no ondas P) con línea basal irregular (Ondas "f")
- Intervalos R-R variables.
- Cálculo de la frecuencia o respuesta ventricular media (realizar tira larga de ECG).

Figura 1.

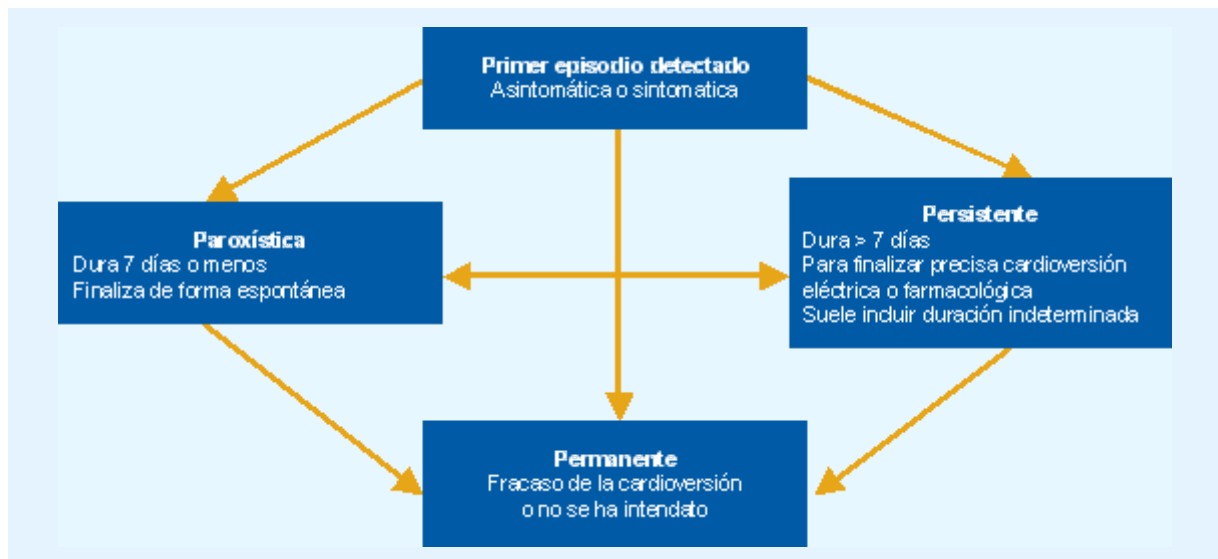
$rvm = N^{\circ}$  de complejos QRS en 15 cm x 10



(\*) respuesta ventricular media.

### Clasificación

Figura 2.



## Presentación clínica

- Asintomática (frecuente hallazgo casual en ECG, difícil establecer duración)
- Palpitaciones, dolor torácico, disnea o síncope.
- Complicación hemodinámica y/o tromboembólica.

## Evaluación mínima

- Historia clínica\* y exploración física.
- ECG.
- Ecocardiografía transtorácico (estudio por especialista)
- Análisis sanguíneo que incluya función tiroidea, renal y hepática.

(\*) Descartar causas reversibles: consumo alcohol/cafeína/drogas, fiebre o anemia.

## Tratamiento

### Control del ritmo (restauración del ritmo sinusal)

- **Situaciones que permiten realizar un control de ritmo (que al menos se de una de las siguientes):**
  1. Duración de la FA < 48 horas (asintomáticas considerarlas como duración >48 horas)
  2. Anticoagulación oral al menos 3 semanas previas.
  3. Hemos descartado la presencia de trombos intracardiacos mediante ecocardiografía.
  4. Inestabilidad hemodinámica (caída de PA habitual >30 mm Hg ó > 90/50) o disfunción orgánica (angor severo, insuficiencia cardíaca grave, hipoperfusión periférica, disminución del nivel de conciencia u oligoanuria)
- **Opciones:**
  1. **Eléctrica**
    - Sincronizada (al menos 200 julios en choque monofásico. A mayor energía mayor efectividad)
    - A nivel hospitalario (excepto si inestabilidad hemodinámica/ disfunción orgánica)
    - Mayor efectividad y menos efectos secundarios que la farmacológica.
  2. **Farmacológica**
    - Los fármacos antiarrítmicos más utilizados son los de la Clase IC (Propafenona y Flecainida) y III (Amiodarona) de la Clasificación de Vaughan Williams.
    - El principal efecto secundario es el proarrítmico.
    - A nivel hospitalario.
    - Se utiliza posteriormente para mantener el ritmo sinusal (evitar recurrencias)

Manejo de la fibrilación auricular desde nuestra consulta

Control de frecuencia (o control de la respuesta ventricular media)

- Objetivos de buen control:

Reposo: rvm < 90x'.

Ejercicio: < 20% de la Fc máxima teórica para edad (220-edad)

- Existen numerosos estudios comparativos control del ritmo frente control de la frecuencia (PIAF, STAF, RACE y AFFIRM) que muestran que dejar los pacientes en FA controlando la FA (estrategia de control de frecuencia), y anticoagulando cuando fuera necesario no supone mayor mortalidad ni morbilidad, es más sencillo y, por tanto, podría ser el método de elección en gran número de pacientes.
- El aumento de dosis o la asociación si precisa por mal control puede realizarse desde nuestra consulta.

Fármacos para control frecuencia	Clase de recomendación y nivel de evidencia*	Dosis diaria	Características
Digoxina**	I C	0,125-0,375 mg	Mal control ejercicio (elección ancianos-actividad física restringida) Elección inicial si clínica insuficiencia cardiaca congestiva
Diltiazem	I B	120-360 mg	Buen control ejercicio
Verapamilo	I B	120-360 mg	Buen control ejercicio
Propranolol***	I C	80-240 mg	Buen control ejercicio
Metoprolol	I C	100-200 mg	Buen control ejercicio

(\*) Clase de recomendación y nivel de evidencia según las Guías de práctica clínica 2006 para el manejo de pacientes con FA de la AHA/ACC/ESC.

(\*\*) Puede **ASOCIARSE** con calcioantagonistas no dihidropiridínicos o con betabloqueantes.

(\*\*\*) No asociar nunca betabloqueantes con calcioantagonistas no dihidropiridínicos (alto riesgo de bloqueo nodo AV). Sólo se incluyen beta-bloqueantes más representativos pero podrían utilizarse otros que son igual de útiles (x ej. Bisoprolol o Carvedilol)

**De inicio:**

**1ª. Elección:** Diltiazem / Verapamilo / Betabloqueantes.

**2ª. Elección:** Digoxina.

**Si no alcanzamos objetivos de buen control:** Asociar Digoxina a 1ª Elección.

## Manejo de la fibrilación auricular desde nuestra consulta

### Profilaxis del tromboembolismo

Puede iniciarse antiagregación/anticoagulación oral (ACO) desde nuestra consulta si está indicado y disponemos de los datos clínicos según las recomendaciones de las Guías de práctica clínica.

Factores de riesgo embólico	Tratamiento
NO	AAS (81-325 mg/día)
UN FACTOR DE RIESGO MODERADO*	ACO o AAS (decisión individualizada)
UN FACTOR DE RIESGO ELEVADO** O MAS DE UNO MODERADO	ACO
* Igual o mayor de 75 años, diabetes, HTA, disfunción del VI (FE < 35%) o insuficiencia cardiaca	
** Prótesis valvular mecánica, estenosis mitral o embolismo previo	

### Resumen recomendaciones para el manejo

#### Remitir hospital

- FA con duración <48 horas.
- Mala tolerancia clínica.
- Inestabilidad hemodinámica o clínica de disfunción orgánica (si disponemos de medios puede realizarse cardioversión en nuestro centro)
- Efectos secundarios en relación al tratamiento farmacológico (proarritmia incluidos bloqueos)

#### Remitir a especialista de zona

- Primer episodio detectado con duración >48 h o indeterminada (Se puede iniciar tratamiento para control de frecuencia si no existe contraindicación y buena tolerancia clínica al igual que tratamiento para prevención de tromboembolismo)
- Mal control a pesar de optimizar tratamiento de control de frecuencia (Aumentar dosis si monoterapia o realizar asociaciones recomendadas)
- FA en control de ritmo y tratamiento para mantener en ritmo sinusal que recurre (en ECG FA)
  - Duración <48 h-----Remitir al Hospital
  - FA >48 h o duración indeterminada bien tolerada -----Remitir a Especialista (Manejo igual que primer episodio de FA)

## Manejo de la fibrilación auricular desde nuestra consulta

### Autores

- Darío Sanmiguel Cervera. Médico de Familia. Medico residente de Cardiología. Hospital Universitario Dr Peset (Valencia).
- Victoria Gosalbes Soler. Médico de Familia. C.S. de Salvador Pau (Valencia)  
[Miembro del Grupo de Trabajo de Cardiovascular de SVMFiC](#)

### Autor para correspondencia

- Darío Sanmiguel Cervera  
E-mail: [dasancer@hotmail.com](mailto:dasancer@hotmail.com)

### Bibliografía

1. Fuster V, Rydén LE, Cannom DS, Crijns HJ, Curtis AB, Ellenbogen KA, et al. ACC/AHA/ESC: guía de práctica clínica 2006 para el manejo de pacientes con fibrilación auricular. Versión resumida. Rev Esp Cardiol. 2006;59: 1329e1-64.
2. Wolf PA, Abbot RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. Stroke. 1991 Aug; 22(8):983-8.
3. Almendral J, Marín E, Medina O, Peinado R, Pérex L, Ruíz R, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en arritmias cardíacas. Revista Española de Cardiología 2001;54: 307-67.
4. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation: a major contributor to stroke in the elderly. The Framingham Study. Arch Intern Med 1987;147: 1561-4.
5. Hohnloser SH, Kuck KH, Lilienthal J. Rhythm or rate control in atrial fibrillation—Pharmacological Intervention in Atrial Fibrillation (PIAF): a randomised trial. Lancet 2000;356: 1789-94.
6. Hart RG, Benavente O, McBride R, Pearce LA. Antithrombotic therapy to prevent stroke in patients with atrial fibrillation: a metaanalysis. Ann Intern Med. 1999;131:492-501.