

FIBRILACION AURICULAR

DR. ANDRES RAUL MAY GARAYALDE
FEA CARDIOLOGIA
HOSPITAL LA INMACULADA HUERCAL - OVERA
16-3-2011

IMPORTANCIA

- Arritmia sostenida más frecuente
- Aumenta 5 veces riesgo ACV
- Prevalencia aumenta con la edad:



0,5% 40-50 años



5-15% 80 años

ENFERMEDADES ASOCIADAS

- ⦿ Envejecimiento
- ⦿ HTA
- ⦿ Insuficiencia cardíaca sintomática
- ⦿ Valvulopatías
- ⦿ Miocardiopatías
- ⦿ CIA
- ⦿ Cardiopatía isquémica
- ⦿ Disfunción tiroidea
- ⦿ Obesidad
- ⦿ Diabetes mellitus
- ⦿ EPOC
- ⦿ Apnea del sueño
- ⦿ Enfermedad renal crónica

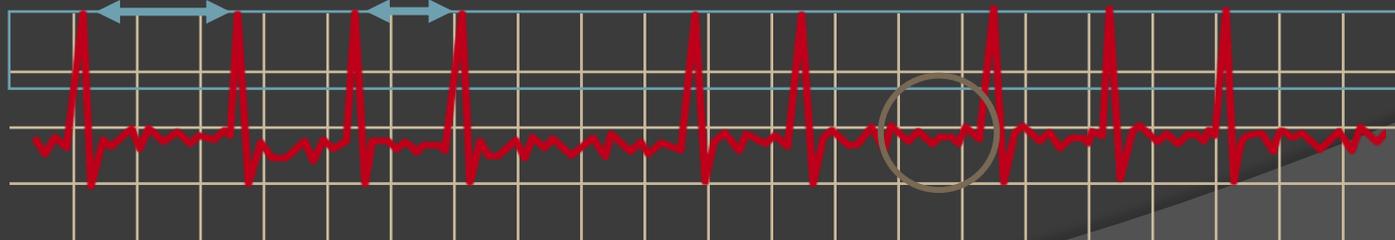
DIAGNOSTICO

- ECG superficie → falta onda P
- intervalo R-R irregular

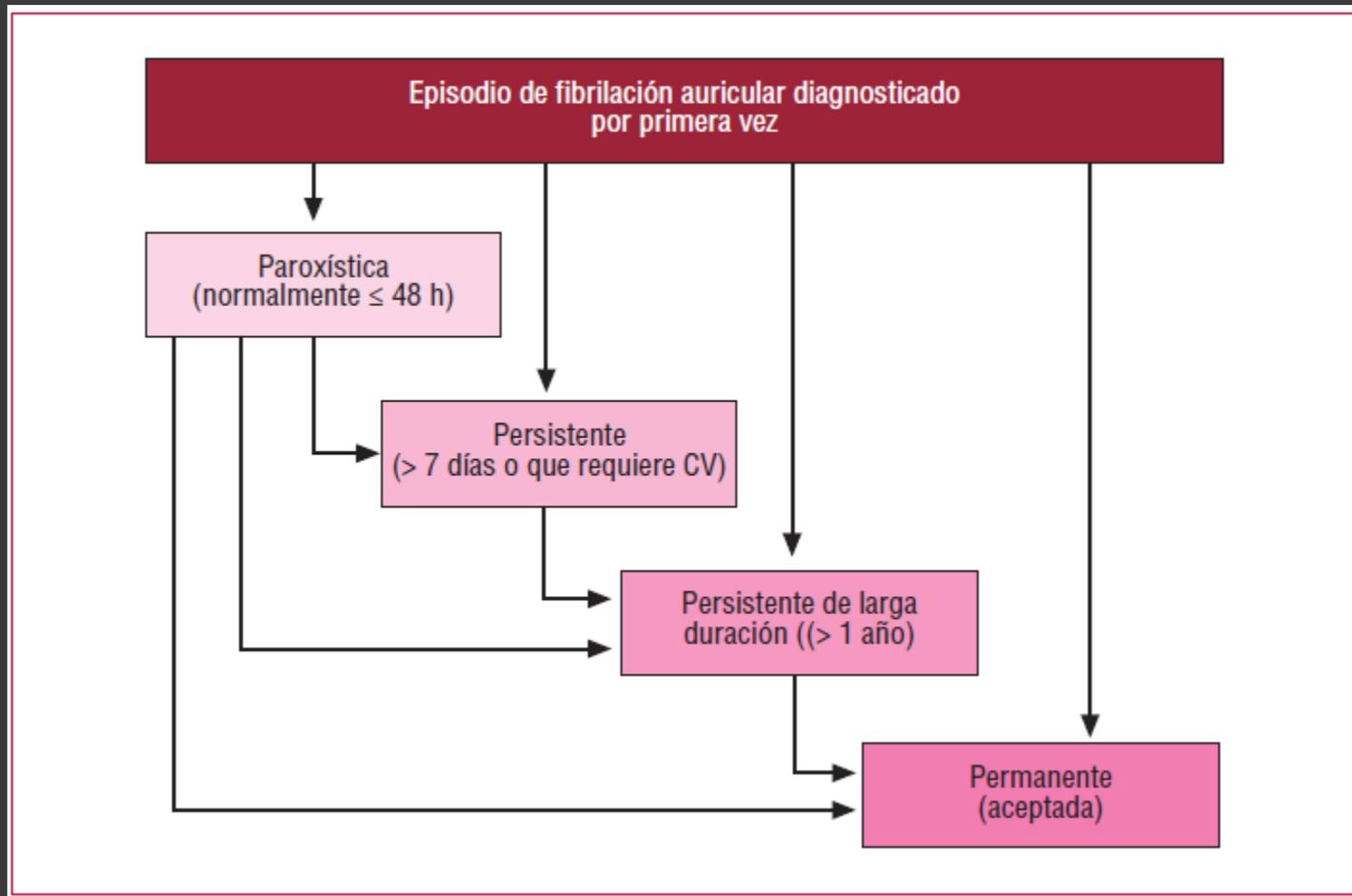
Ritmo sinusal



Fibrilación auricular



TIPOS DE FIBRILACION AURICULAR



MANEJO ANTITROMBOTICO

FA paroxística = FA
persistente o permanente

ESTRATIFICACION RIESGO ACV

- Clasificación CHADS2 :
 - IC-1 punto.
 - HTA- 1 punto.
 - Edad >75 años- 1 punto.
 - DM- 1 punto.
 - Historia ACV – AIT -2 puntos.
 - ≥ 2 puntos \longrightarrow AVK
 - 1 punto \longrightarrow AVK o AAS

ESTRATIFICACION RIESGO ACV

Puntuación CHA2DS2-VASc y tasa de accidente cerebrovascular (*)

Factores de riesgo de accidente cerebrovascular y tromboembolias en la FA no valvular

Factores de riesgo «mayores»

Accidente cerebrovascular previo, AIT o embolia sistémica; edad ≥ 75 años

Factores de riesgo «no mayores clínicamente relevantes»

Insuficiencia cardiaca o disfunción sistólica ventricular izquierda moderada a grave (FEVI $\leq 40\%$); hipertensión, diabetes mellitus, sexo femenino, edad 65-74 años, enfermedad vascular³

Enfoque basado en factores de riesgo expresado como un sistema de puntuación, con el acrónimo CHA2DS2-VASc

(Nota: la máxima puntuación es 9, ya que la edad puede contribuir con 0, 1 o 2 puntos)

ESTRATIFICACION RIESGO ACV

Factor de riesgo	Puntuación
Insuficiencia cardiaca congestiva/disfunción ventricular izquierda	1
Hipertensión	1
Edad \geq 75 años	2
Diabetes mellitus	1
Accidente cerebrovascular/AIT/tromboembolia	2
Enfermedad vascular ^a	1
Edad 65-74 años	1
Categoría de sexo (es decir, sexo femenino)	1
Puntuación máxima	9

TRATAMIENTO ANTITROMBOTICO

Enfoque para la tromboprofilaxis en pacientes con FA

Categoría de riesgo	Puntuación CHA2DS2-VASc	Tratamiento antitrombótico recomendado
1 factor de riesgo «mayor» o ≥ 2 factores de riesgo «no mayores clínicamente relevantes»	≥ 2	ACO ^a
1 factor de riesgo «no mayor clínicamente relevante»	1	ACO ^a o 75-325 mg diarios de aspirina. Preferible: ACO mejor que aspirina
Sin factores de riesgo	0	75-325 mg diarios de aspirina o ningún tratamiento antitrombótico. Preferible: ningún tratamiento antitrombótico mejor que aspirina

RIESGO DE SANGRADO

Características clínicas del sistema de puntuación de sangrado HAS-BLED

Letra	Característica clínica*	Puntos
H	Hipertensión	1
A	Función renal y hepática alteradas (un punto cada una)	1 o 2
S	Accidente cerebrovascular	1
B	Sangrado	1
L	INR lábil	1
E	Edad avanzada (> 65 años)	1
D	Fármacos o alcohol (un punto cada uno)	1 o 2
		Máximo 9 puntos

≥ 3 puntos – riesgo elevado

ANTICOAGULACION Y CARDIOPATIA ISQUEMICA

- Estable : AAS + ACO no disminuye riesgo de ACV o CI
- SCA y/o ICP : AAS +clopidogrel + ACO por 4 semanas – ACO + clopidogrel o AAS 1 año
-

ANTICUAGULACION Y CARDIOPATIA ISQUEMICA

Estrategias antitrombóticas después de implantar un *stent* en pacientes con FA con riesgo tromboembólico de moderado a elevado (en los que se precisa anticoagulación)

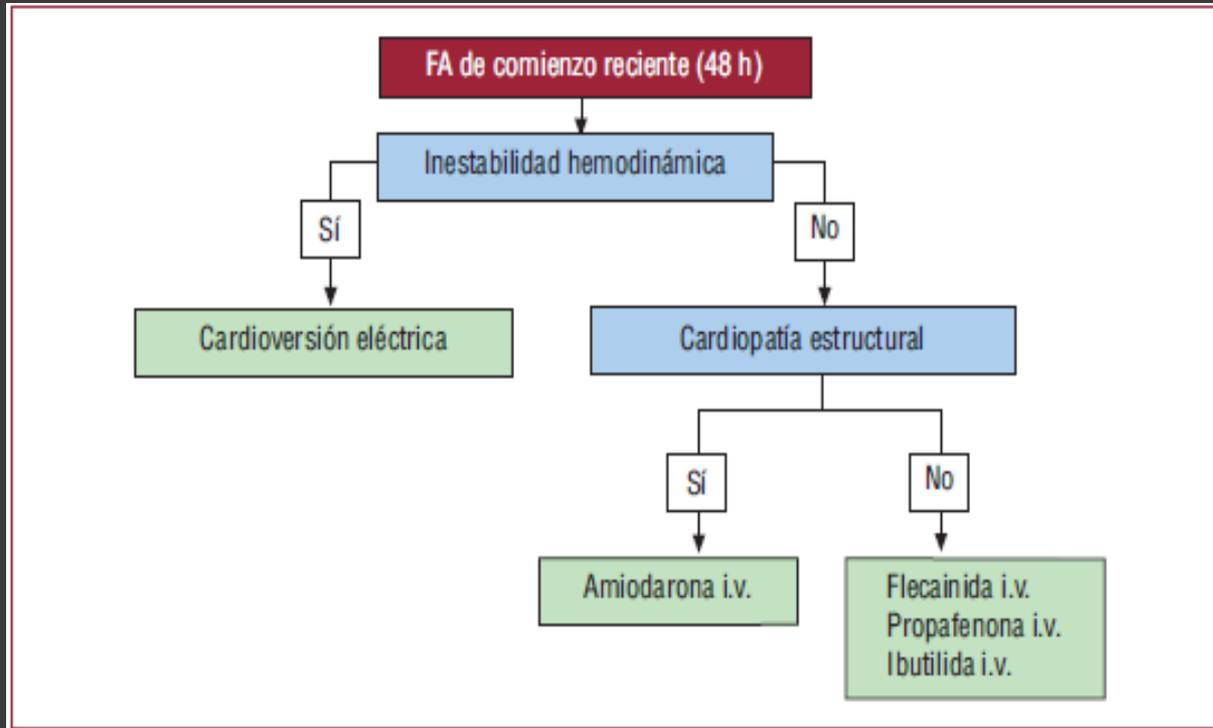
Riesgo hemorrágico	Contexto clínico	<i>Stent</i> implantado	Régimen de anticoagulación
Bajo o intermedio (puntuación HAS-BLED 0-2)	Electivo	No farmacológico	1.º mes: terapia triple de AVK (INR 2-2,5) + aspirina ≤ 100 mg/día + clopidogrel 75 mg/día De por vida: sólo AVK (INR 2-3)
	Electivo	Farmacológico	3 (grupo -olimus ^a) a 6 (paclitaxel) meses: terapia triple de AVK (INR 2-2,5) + aspirina ≤ 100 mg/día + clopidogrel 75 mg/día Hasta 12 meses: combinación de AVK (INR 2-2,5) + clopidogrel 75 mg/día (o aspirina 100 mg/día) De por vida: sólo AVK (INR 2-3)
	SCA	No farmacológico/ farmacológico	6 meses: terapia triple de AVK (INR 2.0-2.5) + aspirina ≤ 100 mg/día + clopidogrel 75 mg/día Hasta 12 meses: combinación de AVK (INR 2-2,5) + clopidogrel 75 mg/día ^b (o aspirina 100 mg/día) De por vida: sólo AVK (INR 2-3)
Elevado (puntuación HAS-BLED ≥ 3)	Electivo	No farmacológico ^c	2-4 semanas: terapia triple de AVK (INR 2-2,5) + aspirina ≤ 100mg/día + clopidogrel 75 mg/día De por vida: sólo AVK (INR 2-3)
	SCA	No farmacológico ^c	4 semanas: terapia triple de AVK (INR 2-2,5) + aspirina ≤ 100 mg/día+ clopidogrel 75 mg/día Hasta 12 meses: combinación de AVK (INR 2-2,5) + clopidogrel 75 mg/día ^b (o aspirina 100 mg/día) De por vida: sólo AVK (INR 2-3)

TRATAMIENTO

Fármacos y dosis para la cardioversión farmacológica de la FA (de reciente comienzo)

Fármaco	Dosis	Dosis de seguimiento	Riesgos
Amiodarona	5 mg/kg i.v. durante 1 h	50 mg/h	Flebitis, hipotensión. Enlentece la frecuencia ventricular. Cardioversión retrasada de la FA a ritmo sinusal
Flecainida	2 mg/kg i.v. durante 10 min o 200-300 mg p.o.	N/A	No es adecuada en pacientes con cardiopatía estructural significativa; puede prolongar la duración del QRS y el intervalo QT; puede aumentar de forma inadvertida la frecuencia ventricular debido a conversión a <i>flutter</i> auricular y conducción 1:1 a los ventrículos
Ibutilida	1 mg i.v. durante 10 min	1 mg i.v. durante 10 min después de esperar 10 min	Puede causar prolongación del intervalo QT y <i>torsades de pointes</i> ; vigilar ondas T-U anómalas o prolongación QT. Enlentece la frecuencia ventricular
Propafenona	2 mg/kg i.v. durante 10 min o 450-600 mg p.o.		No es adecuada en pacientes con cardiopatía estructural significativa; puede prolongar la duración del QRS; enlentece ligeramente la frecuencia ventricular, pero puede aumentar de forma inadvertida la frecuencia ventricular debido a conversión a <i>flutter</i> auricular y conducción 1:1 a los ventrículos
Vernakalant	3 mg/kg i.v. durante 10 min	Segunda infusión de 2 mg/kg i.v. durante 10 min después de 15 min de descanso	Hasta ahora sólo se ha evaluado en estudios clínicos; aprobado recientemente ^a

TRATAMIENTO



MANEJO A LARGO PLAZO

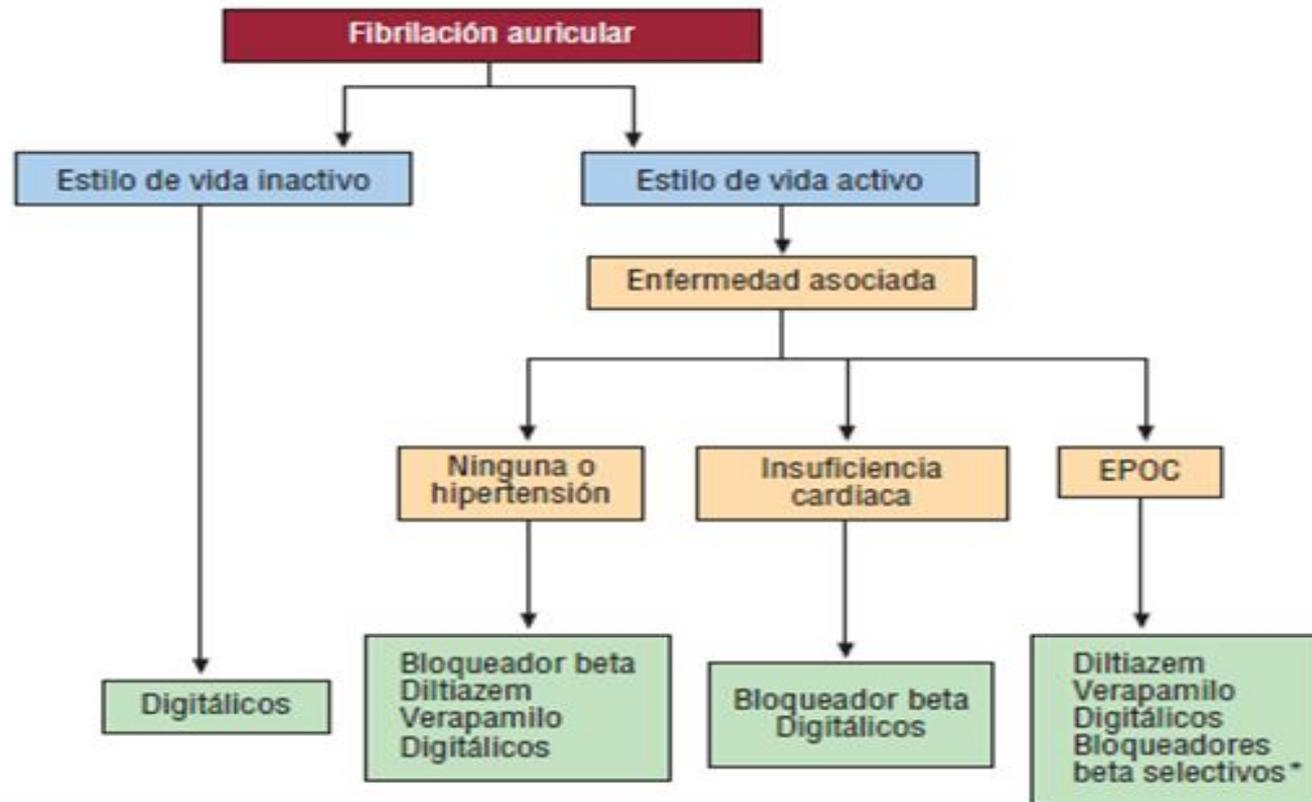
- No hay diferencias de morbi-mortalidad entre control de frecuencia y control de ritmo: estudios AFFIRM, AF-CF, RACE , STAF.

CONTROL DE FRECUENCIA A LARGO PLAZO

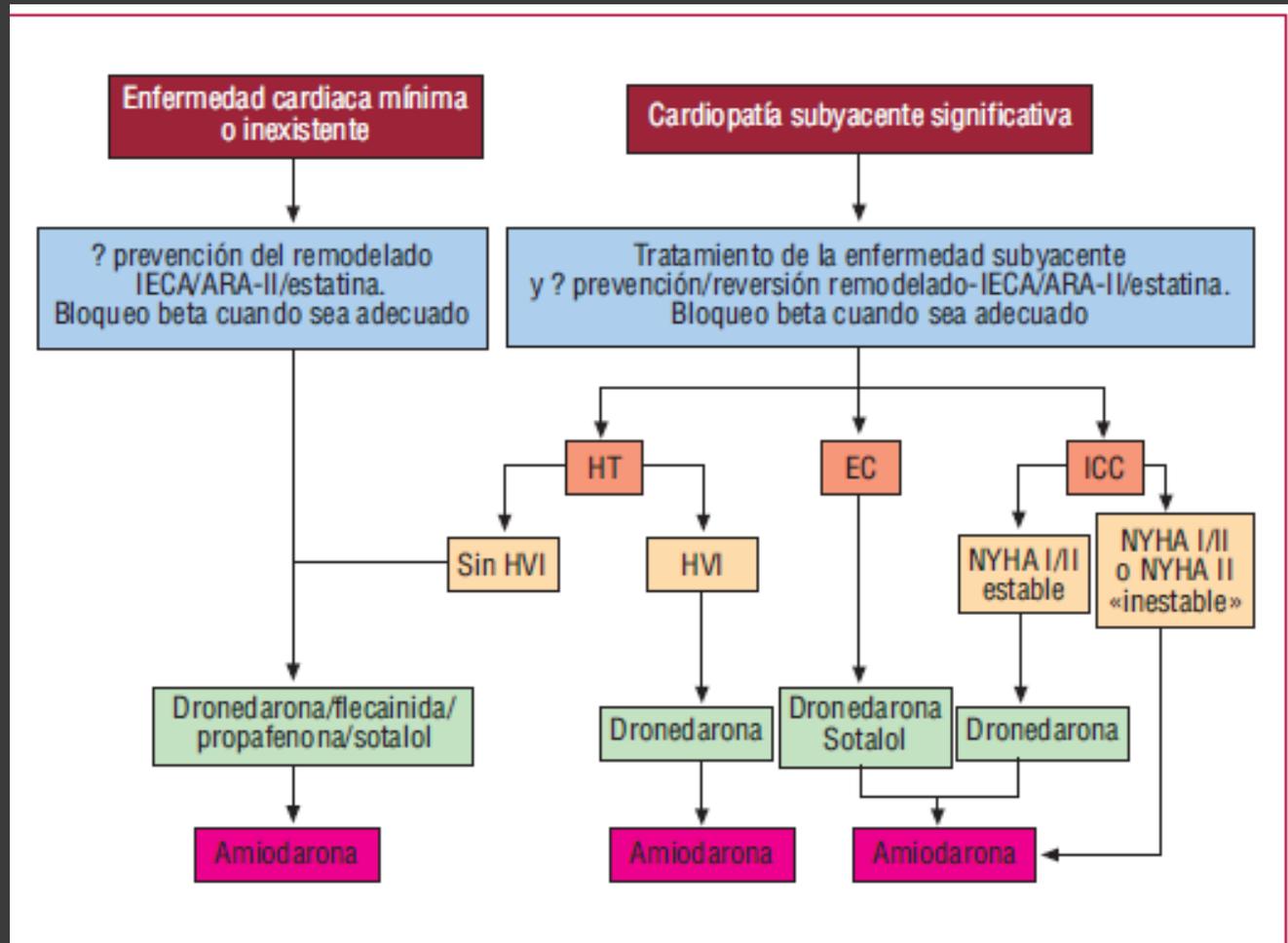
- Estudio RACE II: no beneficio de control estricto frente a control laxo.
- Control laxo: en reposo < 110 lpm.
- Control estricto: en reposo < 80 lpm , con aumento adecuado con ejercicio moderado .

CONTROL FARMACOLOGICO DE FRECUENCIA

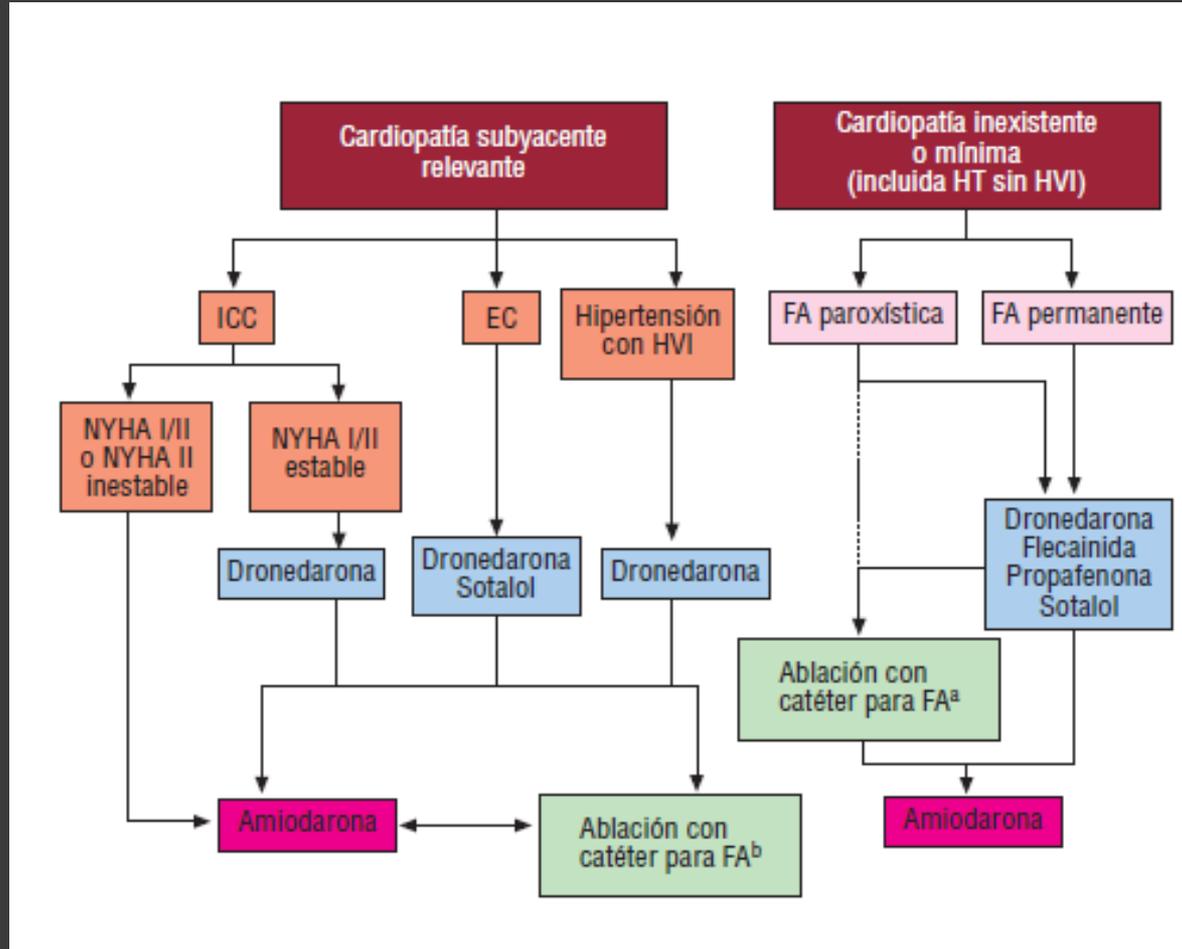
La elección de los fármacos depende del estilo de vida y de la enfermedad subyacente



CONTROL DEL RITMO A LARGO PLAZO



ABLACION VS FAA



MUCHAS GRACIAS

