

FIBRILACION AURICULAR

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Clasificación y actitud según la FA

Patrón temporal de la FA

revertir

Primer Episodio (Aguda)

revertir y prevenir recurrencias

Crónica

Paroxística

Persistente

RECURRENTE

Permanente

controlar FC



Evaluación diagnóstica

COMO MÍNIMO:

HISTORIA CLÍNICA

ELECTROCARDIOGRAMA

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

ECOCARDIOGRAMA

ANALÍTICA

Anamnesis y exploración física

- La presencia y naturaleza de los síntomas asociados a FA
- El tipo clínico de FA (1^{er} episodio, paroxística, persistente o permanente)
- Desencadenante del 1^{er} episodio sintomático o fecha de diagnóstico de la FA
- La frecuencia, duración, factores causantes y modos de terminación de la FA
- La respuesta ante cualquier fármaco administrado
- La presencia de cualquier enfermedad cardíaca u otras condiciones reversibles (ej: hipertiroidismo o consumo de alcohol)

Síntomas en la FA

■ Asintomáticos	21%
■ Disnea	54%
■ Dolor precordial	7%
■ <u>Fatigabilidad</u>	29%
■ Palpitaciones	7%
■ Somnolencia	21%
■ Cansancio crónico	18%
■ Mareo	14%
■ Síntomas mentales	14%

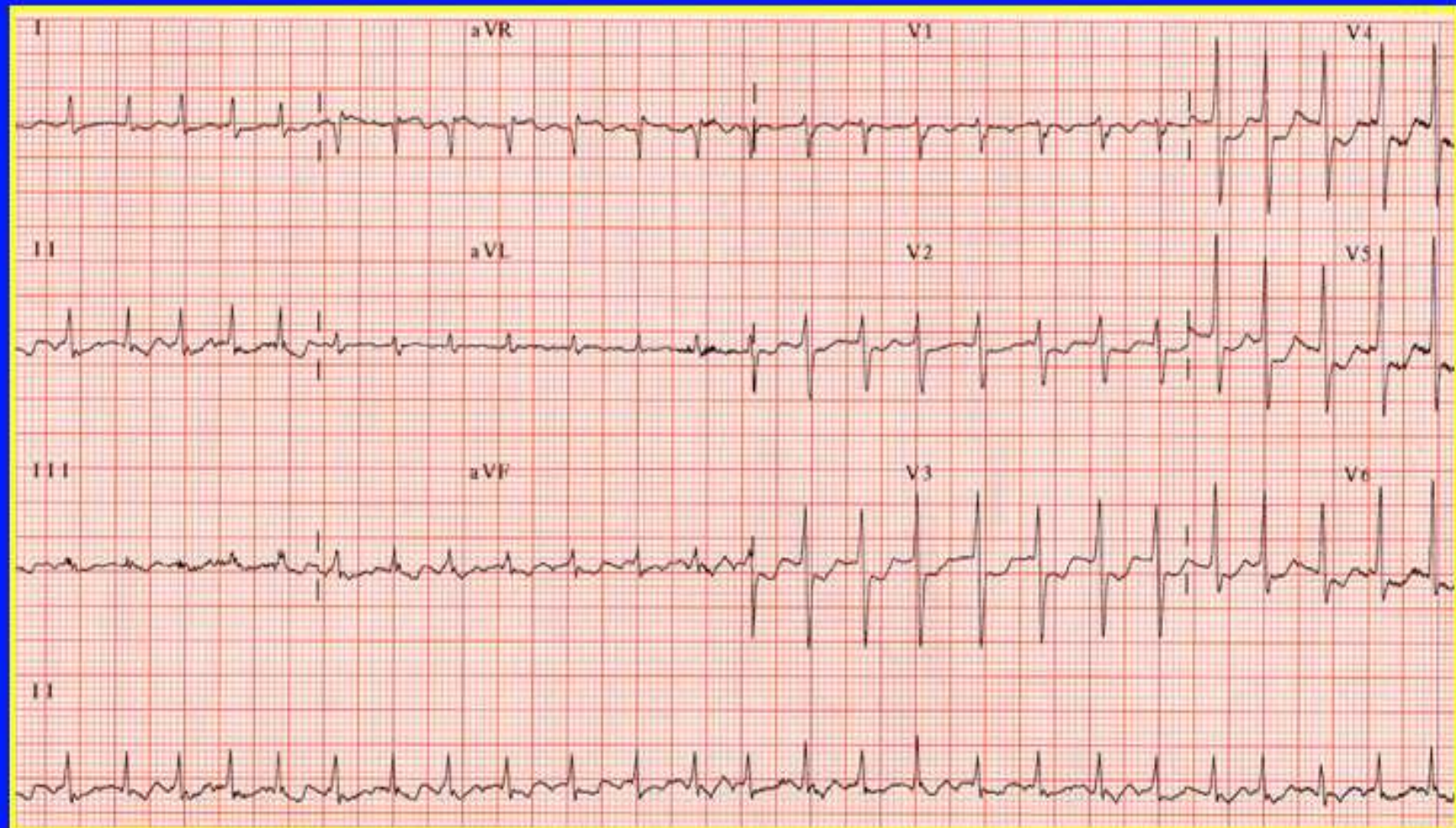
Estancias hospitalarias



Electrocardiograma

- . Ritmo (FA diagnóstico)
- . HVI
- . Duración y morfología onda-P u ondas fibrilatorias
- . La frecuencia, duración, factores causantes y modos de terminación de la FA
- . Preexcitación
- . Bloqueo de rama
- . IM Previo
- . Otras arritmias auriculares
- . Medición y seguimiento de los intervalos RR, QRS Y QT en relación a antiarrítmicos empleados

ECG de paciente en FA



Radiografía de tórax. Analítica

Radiografía de tórax, para evaluar:

- . El parénquima pulmonar, cuando los hallazgos clínicos sugieran anormalidad
- . La vasculatura pulmonar, cuando los datos clínicos sugieran anormalidad

Pruebas sanguíneas de disfunción tiroidea

- . Tras un primer episodio de FA, cuando la frecuencia ventricular es difícil de controlar, o cuando la FA recurre inesperadamente tras cardioversión

Ecocardiograma

Ecocardiograma, para identificar:

- Valvulopatía
- Tamaño aurículas derecha e izquierda
- Tamaño y función VI
- Presión sistólica pulmonar (hipertensión pulmonar)
- HVI
- Trombo auricular izquierdo (baja sensibilidad)
- Enfermedad pericardio

Pruebas adicionales (1)

1 Prueba de esfuerzo

- . Control de la respuesta ventricular en esfuerzo (FA permanente)
- . Para reproducir la FA inducida por el esfuerzo
- . Para excluir la isquemia antes de tratamiento de los pacientes seleccionados con un antiarrítmico tipo Ic

2 Monitorización Holter

- . Aclarar el diagnóstico del tipo de arritmia
- . Valoración del grado de control (ritmo y respuesta ventricular)

Pruebas adicionales (y 2)

3 Ecocardiografía transesofágica

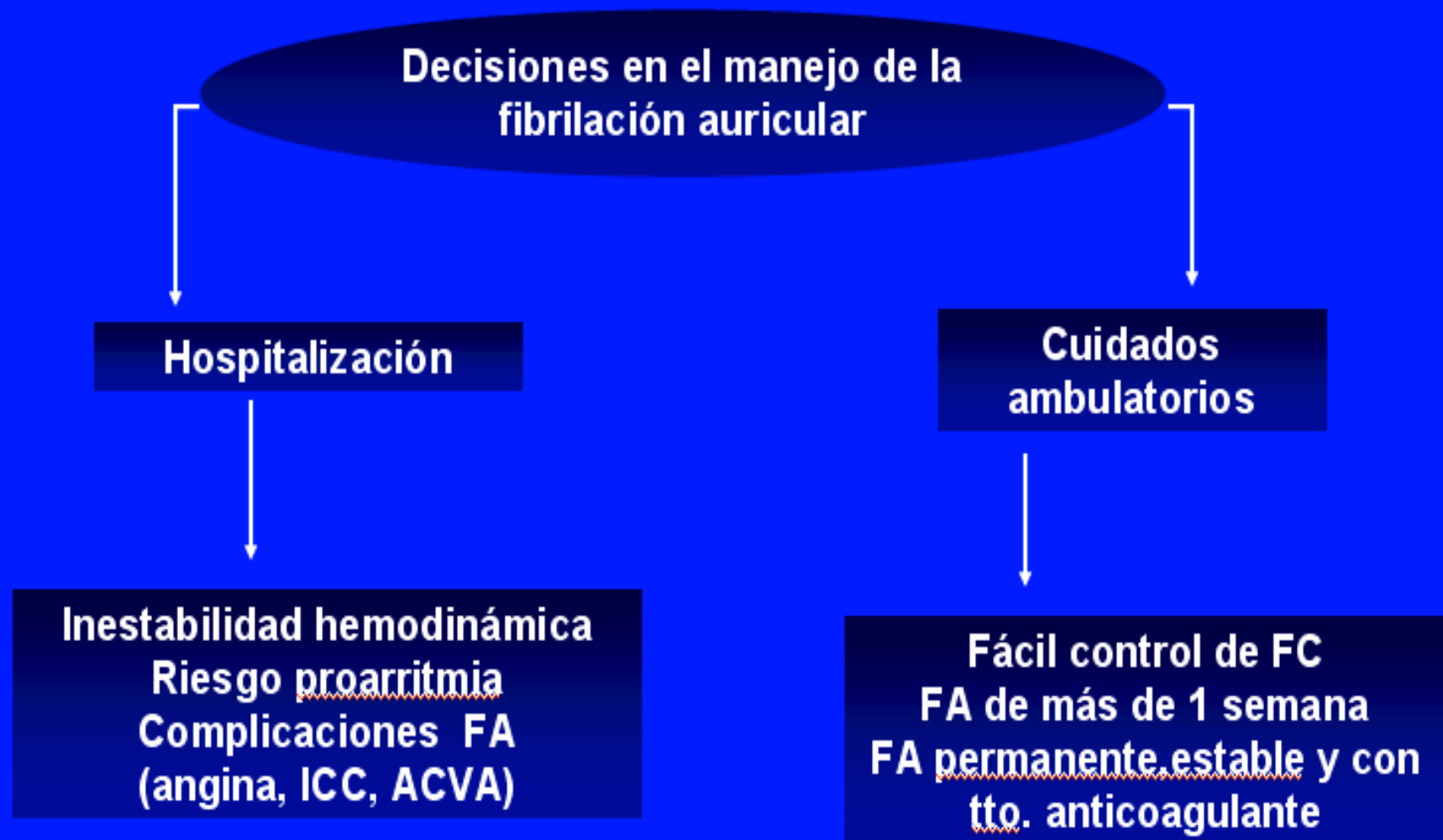
- . Para identificar trombo AI (en orejuela izquierda)
- . Para guiar la cardioversión

4 Estudio electrofisiológico

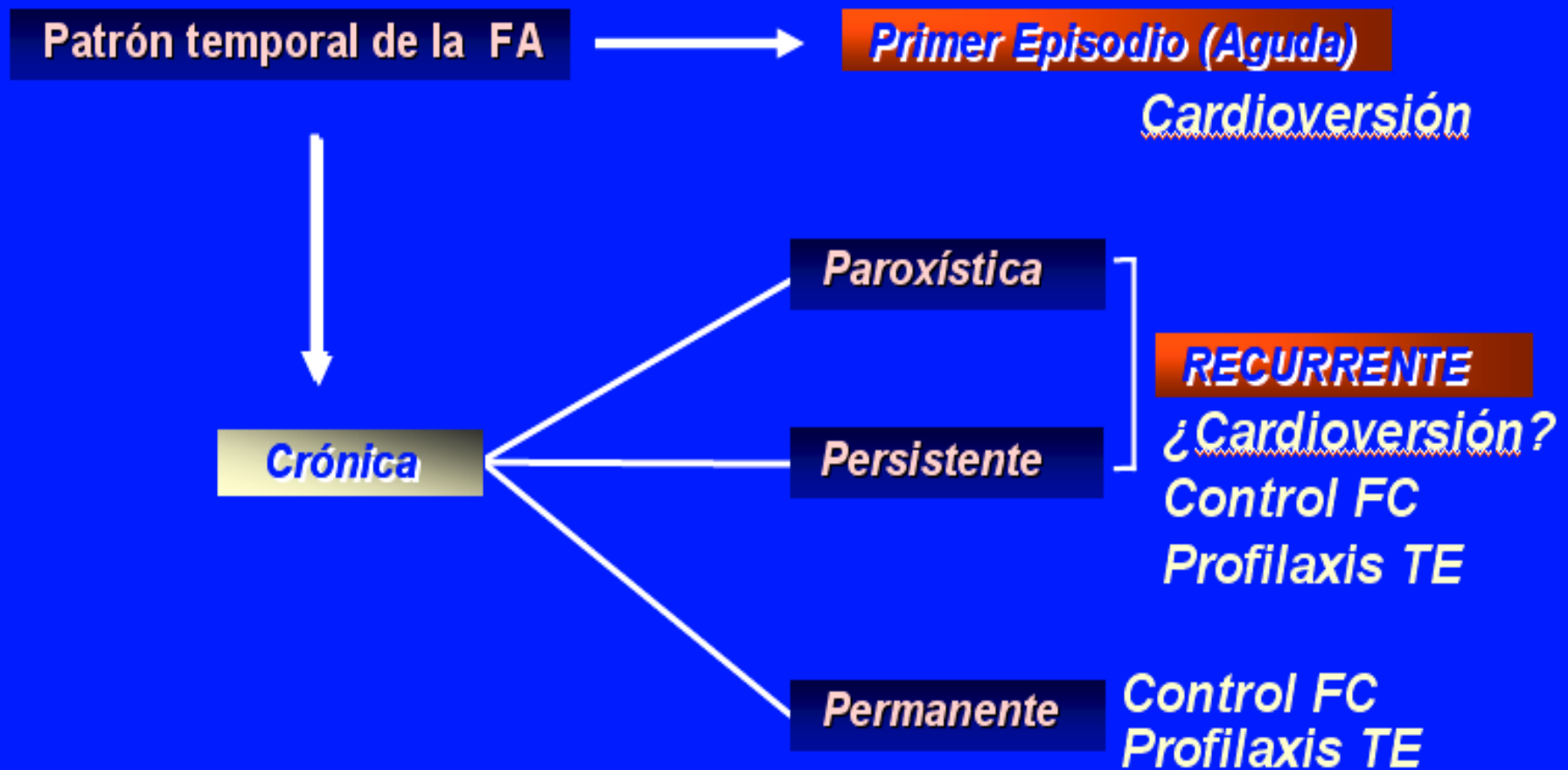
- . Para clarificar el mecanismo de taquicardias con QRS ancho
- . Para identificar una predisposición arrítmica (Flutter auricular o taquicardia paroxística supraventricular)
- . Buscando lugares para ablación curativa o bloqueo/modificación de la conducción AV

MANEJO TERAPEUTICO

Decisiones manejo FA



Actitud según el tipo de FA



Estrategias según la duración de la FA

- ***Fibrilación auricular de < 48 horas***
 - Cardioversión farmacológica
 - Cardioversión eléctrica
- ***Fibrilación auricular de > 48 horas***
 - Control de la frecuencia cardíaca
 - Prevención tromboembolismo
 - Cardioversión eléctrica

Actitud terapéutica

¿Cardioversión?

Sopesar posibilidades
de eficacia / recidiva

Marcadores de ineficacia

Edad > 60 a
Duración > 1 año
AI > 60 mm

Marcadores de riesgo de recidiva

Edad > 65 a	Cardiopatía de base
Duración > 1 año	VI dilatado o ICC
AI > 45 mm	NYHA >2
Recaída precoz	Fracaso previo FAA

Indicaciones cardioversión

INDICACIONES CARDIOVERSIÓN

Inestabilidad
hemodinámica

Primer episodio FA

FA paroxística

FA sintomática

Angor
ICC
Síncope

FA secundaria

Cirugía torácica
Hipertiroidismo
TEP, drogas
Alcohol

Fármacos AA

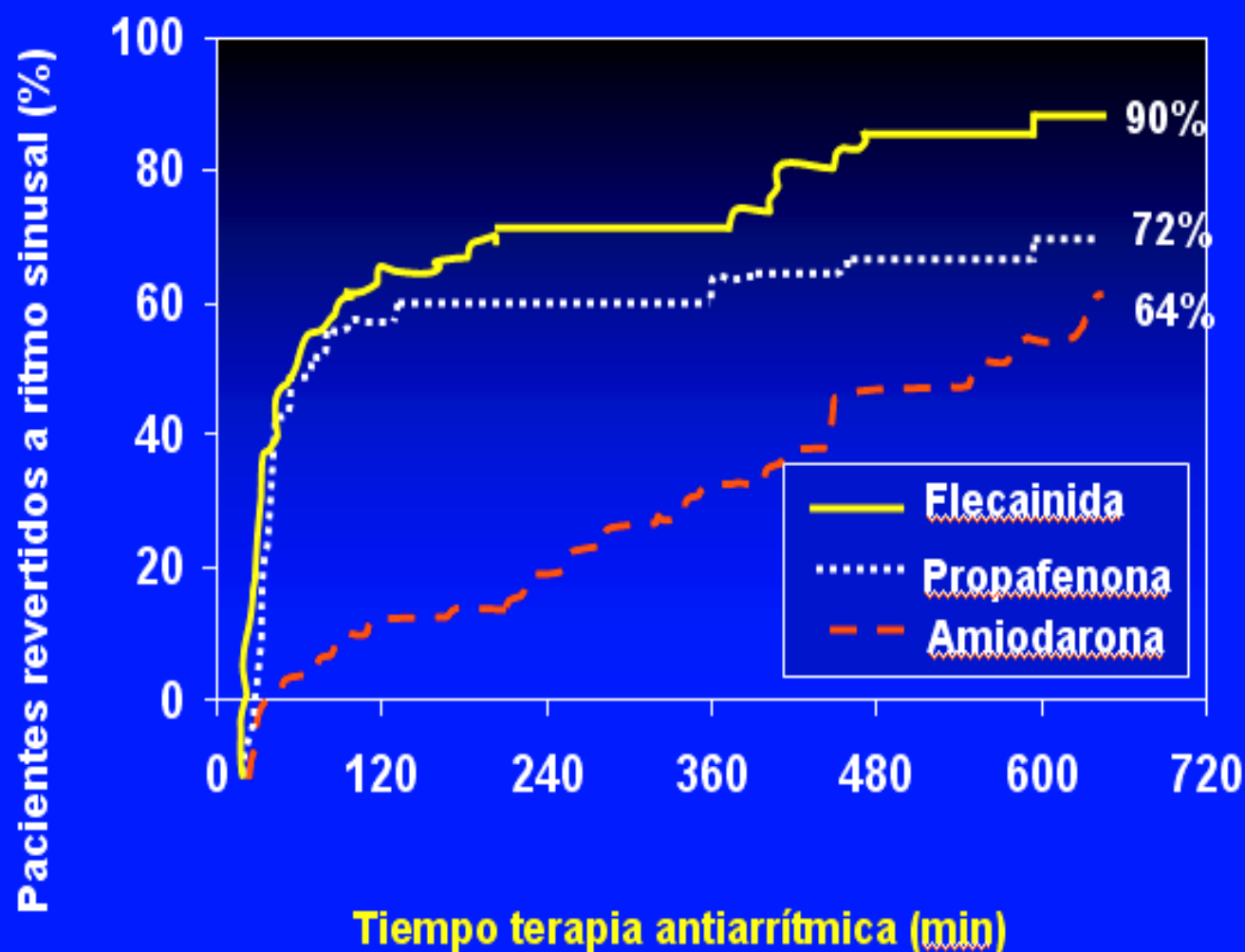
(Clasificación Vaughan-Williams)

Ia	Quinidina Procainamida Disopiramida Aimalina	II	β -Bloqueantes
Ib	Lidocaina Mexiletina Fenitoina Tocainida Morizicina	III	Amiodarona Sotalol Bretilio
Ic	Flecainida Propafenona Encainida	IV	Antagonistas Ca

Cardioversión farmacológica (1)

	<i>Éxito (%)</i>	<i>Recaída (%)</i>	<i>Efectos adversos</i>	<i>Dosis</i>
<u>Flecainida</u>	90	40	<u>Flutter 1:1</u>	300 mg/oral
<u>Propafenona</u>	88	55	<u>Flutter 1:1</u>	600 mg/oral
	(4 h)		<u>Trast Conducc</u>	
<u>Amiodarona</u>	40-60	50	<u>↑QT</u>	<u>i.v.+ oral</u>
	(tardía)			
<u>Ibutilide</u>	30		<u>Torsade de Pointes</u>	<u>1-2 mg i.v.</u>
	(1ª h)			

Cardioversión farmacológica (2)



Martínez-Marcos FJ et al. *Am J Cardiol* 2000;86:950-953.

Cardioversión farmacológica (y 3)

Fármaco	Vía Adm..	Recom	Nivel de evidencia
Dofetilide	Oral	I	A
Flecainida	Oral/IV	I	A
Ibutilide	Oral	I	A
Propafenona	Oral/IV	I	A
Amiodarona	Oral/IV	IIA	A
Quinidina	Oral	IIB	B
Procainamida	IV	IIB	C
Digoxina	Oral/IV	III	A
Sotalol	Oral/IV	III	A

Factores de riesgo

Proarritmia

- QTc prolongado
- Bradicardia o taquicardia
- Alteraciones electrolíticas, insuficiencia renal
- Cardiopatía estructural
- Antecedentes de TV o FV. Proarritmia previa
- PR corto
- Sexo femenino
- Asociaciones de fármacos

Cardioversión eléctrica externa (1)

- Eficaz en el 80-90%
- Emplear alta energía >200-300 J
- Muy bajo porcentaje de complicaciones
- Mayor eficacia que FAA

Cardioversión eléctrica externa (2)

Indicaciones

- Deterioro clínico
- Necesidad previa de CVE
- Toma de antiarrítmicos
- QTc $\geq$ 460 mseg
- FA de más de un mes