

CARDIOLOGÍA

FIBRILACIÓN AURICULAR:
MANEJO ACTUALIZADO

Gustavo Piñar Sancho*

SUMMARY

Atrial Fibrillation is the most usual cardiac arrhythmia, the number of people affected will increase in the coming years due to the ageing of the world population. For doctors is of great importance to be able to make a correct diagnosis to be capable to give the appropriate and individualized treatment, for which the management recommendations are based on the treatment guides published in 2014.

INTRODUCCIÓN

La Fibrilación Auricular (FA) se caracteriza por una actividad auricular desordenada sin

ondas P bien definidas en el electrocardiograma. La activación auricular se manifiesta por una línea basal ondulada o por deflexiones auriculares más agudas llamadas ondas F, con una frecuencia que oscila entre 400 y 600 latidos por minuto. La respuesta ventricular es irregular en todo momento debido al gran número de impulsos auriculares no conducidos. Como consecuencia de ello, la respuesta ventricular es relativamente lenta en relación con la respuesta auricular.

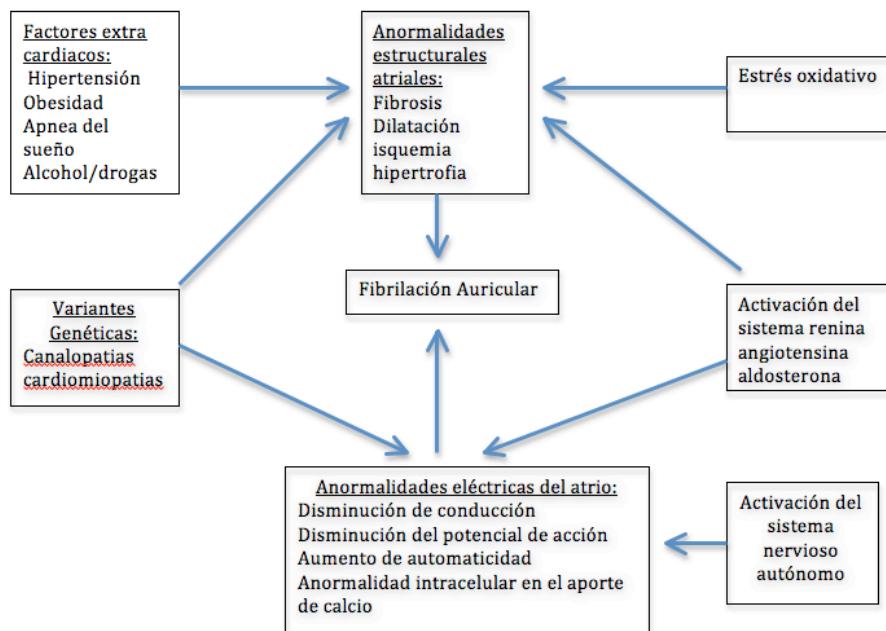
TRATAMIENTO

Ante la presencia aguda de FA hay que investigar la existencia de algún factor desencadenante y enfocarse en dicho factor. En los casos en donde el paciente esté con inestabilidad hemodinámica la terapia a utilizar será la cardioversión eléctrica sincrónica (120-200 julios, en dispositivos bifásicos). Otro método de cardioversión es mediante fármacos para lo cual se puede utilizar flecainida, dofetilida y propafenona intravenosa si no existe contraindicación, además una opción razonable es utilizar amiodarona vía oral o intravenosa

FISIOPATOLOGÍA

Ver cuadro 1

Cuadro 1



aunque no es de primera línea. Cuando el paciente no presente inestabilidad hemodinámica el tratamiento debe ser basado en el control del ritmo y plantearse como objetivo una frecuencia <100 latidos por minuto siempre que el paciente se encuentre asintomático y preserve su función sistólica. Para el control del ritmo ventricular sinusal se puede utilizar medicamentos como betabloqueadores o bloqueadores de los canales de calcio en pacientes con FA paroxística, persistente o permanente. Estos se pueden emplear en ataques agudos sin inestabilidad hemodinámica y sin pre-excitación. Otro medicamento que está indicado para el control ventricular sin pre-excitación es la amiodarona, debido que éste puede causar

de forma adversa fibrilación ventricular en pacientes con síndromes de pre-excitación. En los casos en donde no se logre el control ventricular de forma permanente esta indicado la ablación del nodo AV con un catéter de radio frecuencia seguido de la colocación de un marcapasos ventricular. Es improbable que los pacientes con FA permanente pasen a ritmo sinusal y lo mantengan cuando existe una cardiopatía reumática de larga evolución o cuando las aurículas están notablemente agrandadas. El objetivo del tratamiento de los enfermos en los que no es posible transformar la FA en ritmo sinusal consiste en el control de la respuesta ventricular, que suele lograrse con digital, betabloqueadores

o antagonistas del calcio, en monoterapia o combinados. Los pacientes que presenta FA son muy propensos a la formación de tromboembolismo. La FA de más de 48 horas o de duración desconocida deben recibir terapia anticoagulante preferiblemente con warfarina al menos 3 semanas. En los pacientes con FA de desconocida instauración y que por la condición de inestabilidad hemodinámica necesitaron de cardioversión inmediata se deben mantener anticoagulados por al menos 4 semanas, aquellos tratados con warfarina se les debe determinar el INR (2.5-3.5) al menos 1 vez por semana al iniciar el tratamiento y 1 vez al mes en pacientes estables. En aquellas personas con riesgo alto de eventos cerebro vasculares se utiliza la escala de CHA2DS2-VAS. Pacientes con puntuaciones ≥ 2 se puede utilizar los siguientes fármacos anticoagulantes: warfarina, dabigatran, rivaroxaban, apixaban. En los pacientes sin riesgo o con puntuaciones de 1 se puede utilizar únicamente aspirina. Además previo al inicio de toda terapia antitrombótica se le debe evaluar su función renal.

RESUMEN

La Fibrilación Auricular es la arritmia cardiaca más común, el número de personas afectadas

aumentará en los próximos años debido al envejecimiento de la población mundial. Para los Médicos es de gran importancia poder realizar un diagnóstico correcto para poder otorgar un tratamiento adecuado e individualizado para lo cual las recomendaciones de manejo son basadas en las guías de manejos publicadas en el 2014.

BIBLIOGRAFÍA

1. Borys. B. and Timothy E. (2011) Electrocardiografía En La Práctica Clínica Adulto y Pediátrico. Venezuela. 6^a Edición. AMOLCA.
2. Eckel. R., Jakicic. J., Ard. J., etc (2013) Guineline on Lifestyle Management to Reduce Cardiovascular Risk. American Heart Association and American College of Cardiology and American Society of Hypertension. Hypertension. 61(2): 542-560.
3. Fauci. A., Kasper. D., Longo. D., Braunwald. E., Hausen. E., Hauser. S., Ameson. J., (2012). Harrison Principios de Medicina Interna. México D.F. : 18^a Edición, MacGraw-Hill.
4. Furie. K., Goldstein. L., Albers. G., etc (2012) Oral Antithrombotic Agents For The Prevention Of Stroke In Nonvalvular Atrial Fibrillation. American Heart Association and American Stroke Association.
5. Healey. S., Connolly. S., Gold. M., etc (2012) Subclinical Atrial Fibrillation And Rick Of Stroke. New England Journal Of Medicine. 366(21): 2000-2009.
6. January. C., Wann. L., Alpert. S., etc (2014) Guideline for the Management of Patients whith Atrial Fibrillation. American College of Cardiology, American Heart Association and Heart Rhythm Society.
7. Morgan. E., Mikhail. M., Murray. M., (2009) Clinical Anesthesiology. México, 4^o Edición. El Manual Moderno.
8. Nishimura. A., Otto. C., Bonow. R., (2014) Guineline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease. American Heart Association and American College of Cardiology.
9. Skanes. A., Heanley. J., Cairns. A., etc (2012) Atrial Fibrillation Guidelines: Recomendations for stroke prevention and rate/rhythm control. Canadian Cardiovascular Society.
10. Stone. N., Robinson. J., Lichtenstein. A., etc (2013) Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults. American Heart Association and American College of Cardiology.