

Fibrilación auricular con indicación de CVE

Caso clínico

Lleida, 14 de noviembre de 2014

Susana Cano

Bieito Campos



Motivo de consulta

El señor Pep de 70 años acude a la consulta para control HTA

Antecedentes patológicos:

HTA, artrosis, herniorrafia dcha, sobrepeso, fibrilación auricular hace 3 meses que revirtió a RS tras cardioversión eléctrica

Tratamiento:

Enalapril 20, bisoprolol 2,5, paracetamol

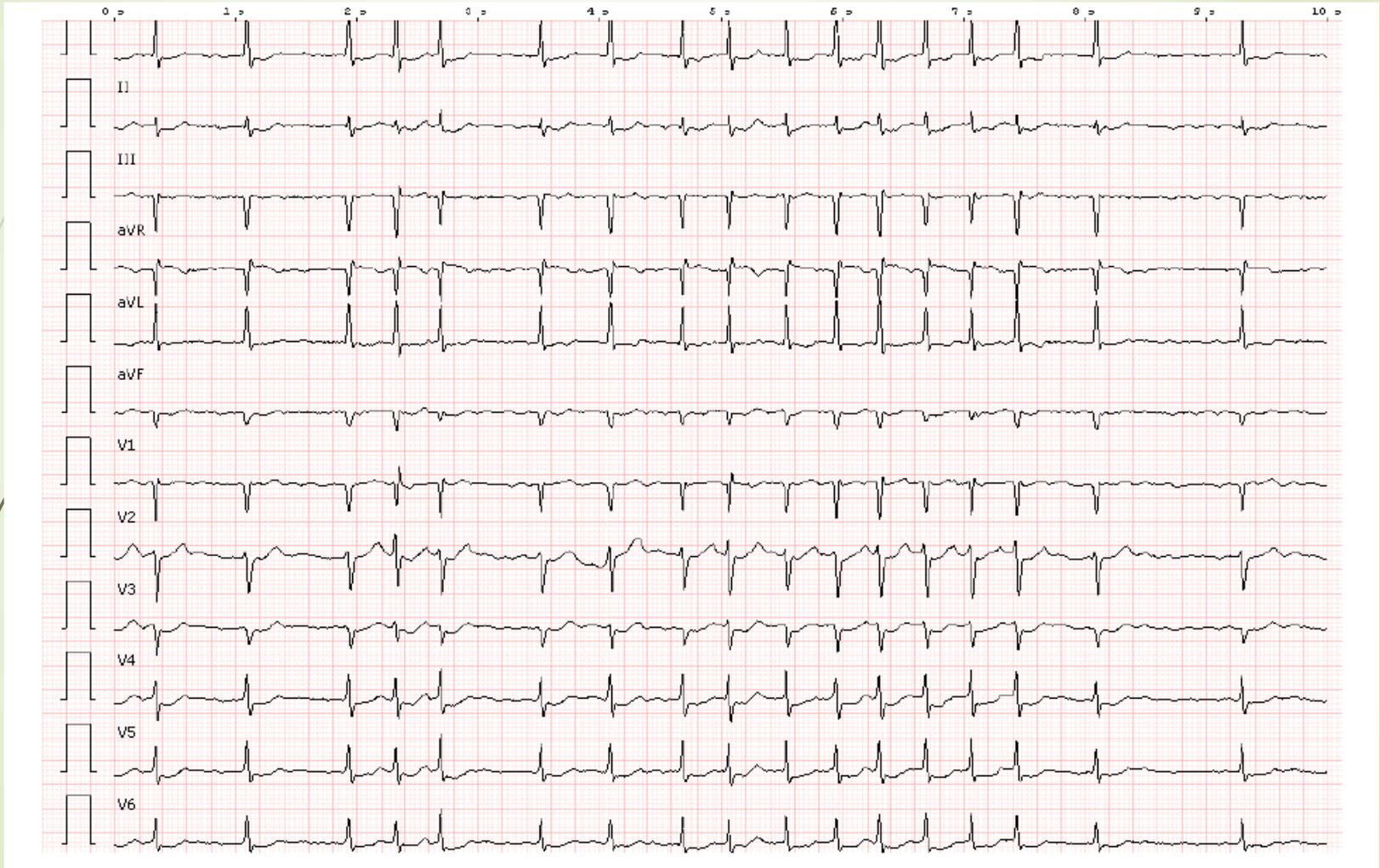
Exploración física:

Asintomático

TA 130/82, Fc 107x', AC; arrítmica, no se auscultan soplos, AP: MVC, no ruidos sobreañadidos, no edemas en EEl.

Electrocardiograma

FVM 105 lpm





¿Qué haríais de entrada?

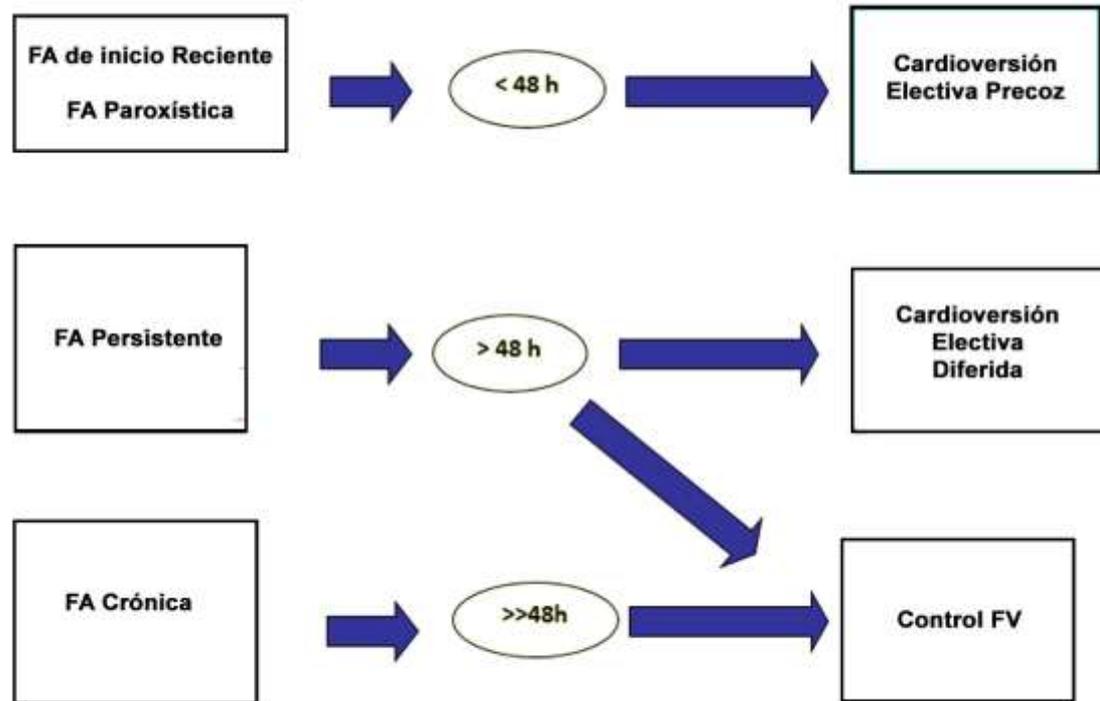
- 1.- Derivar inmediatamente a urgencias hospitalarias?
- 2.- Derivar a cardiología?
- 3.- Seguimiento en Atención Primaria?



Clasificación FA

- ▶ **1º episodio**; primera ocasión en que se diagnostica una FA, independientemente de la duración de la arritmia o la gravedad de los síntomas
- ▶ **FA recurrente**: después de 2 o más episodios de FA
- ▶ **Paroxística**: se resuelve espontáneamente generalmente en menos de 24-48h
- ▶ **Persistente**: duración superior a 48h (habitualmente más de 1 semana) no revierte espontáneamente, precisa CV
- ▶ **Persistente de larga duración**: cuando supera un año
- ▶ **Permanente o crónica**: irreversible, cuando la CV ha fracasado o no está indicado el restablecimiento del RS

Actitud según el tipo de FA





Pruebas complementarias

Hace 3 meses :

Análisis; Hgb 14,8, G 96, creat 0,93, FG > 60, Ac.úrico 4,5, CT 221, HDL 49, LDL 110, TG 180, Na 138,2, K 4,4, TSH 2,3

RX de tórax: elongación aórtica, no cardiomegalia, no signos de redistribución

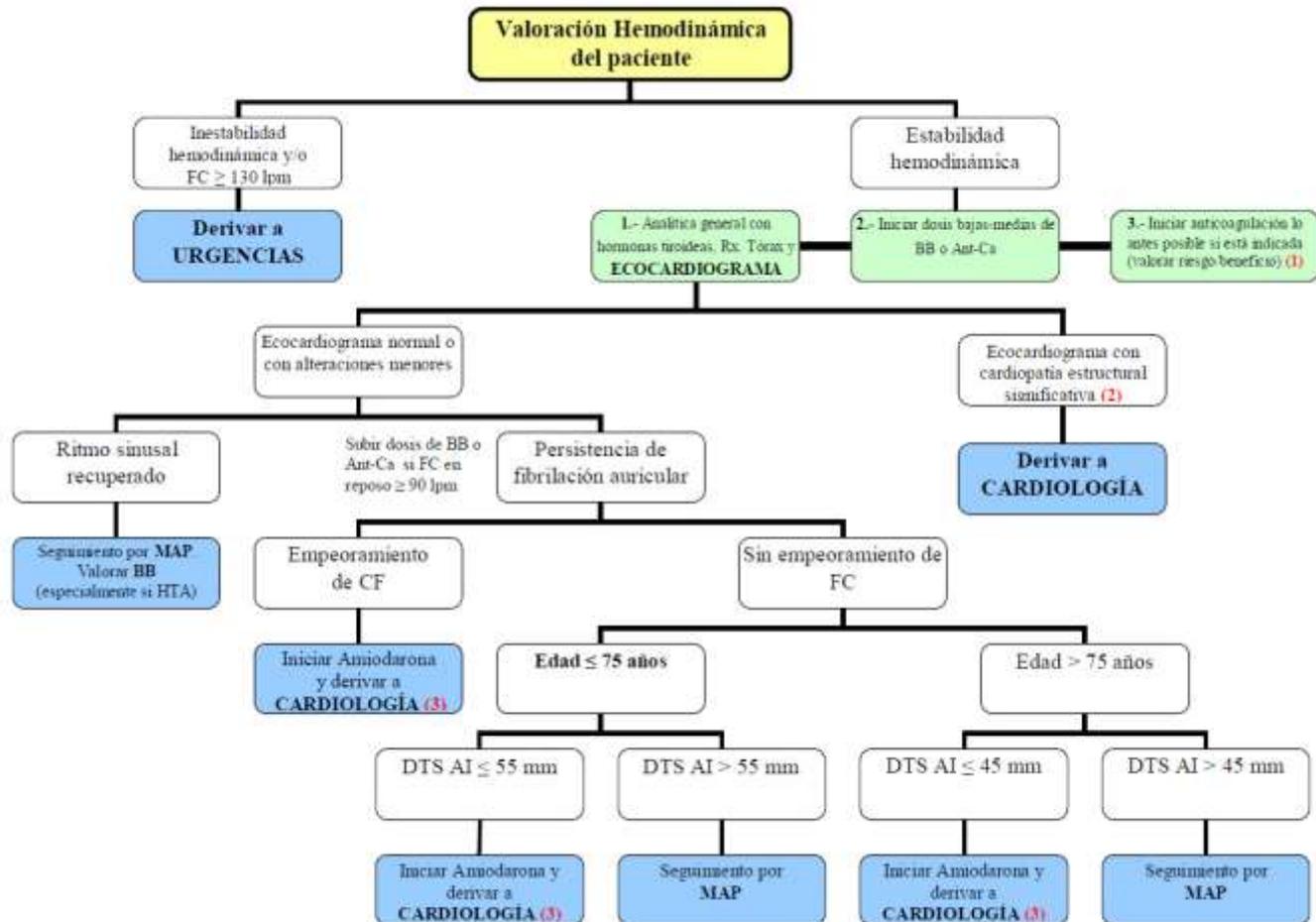
Eco cardio; alteraciones menores; ligera hipertrofia concéntrica de VI, función sistólica normal, AI ligeramente dilatada, DTS 44mm



¿Qué actitud os parece mas apropiada desde un punto de vista puramente eléctrico?

- 1.- Es ya una recurrencia, lo dejaría en FA sin cambios en el tratamiento
- 2.- Es ya una recurrencia, lo dejaría en FA pero aumentaría tratamiento BB
- 3.- Merece la pena revertirlo a sinusal, lo remito a Cardiología
- 4.- Merece la pena revertirlo a sinusal, lo remito a Cardiología e inicio Amiodarona
- 5.- Merece la pena revertirlo a sinusal, le explico que es candidato a ablación de VVPP y lo remito a Cardiología a tal efecto

Protocolo





¿Qué harías para la prevención de eventos tromboembólicos a largo plazo (independiente de la eventual CVE)?

- 1.- No tiene indicación de anticoagulación
- 2.- Iniciaría AAS
- 3.- Tiene indicación de anticoagulación, iniciaría Sintrom
- 4.- Tiene indicación de anticoagulación, iniciaría un NACO

Anticoagulación

CHADS₂ = 1
CHA₂DS₂-VASc = 2

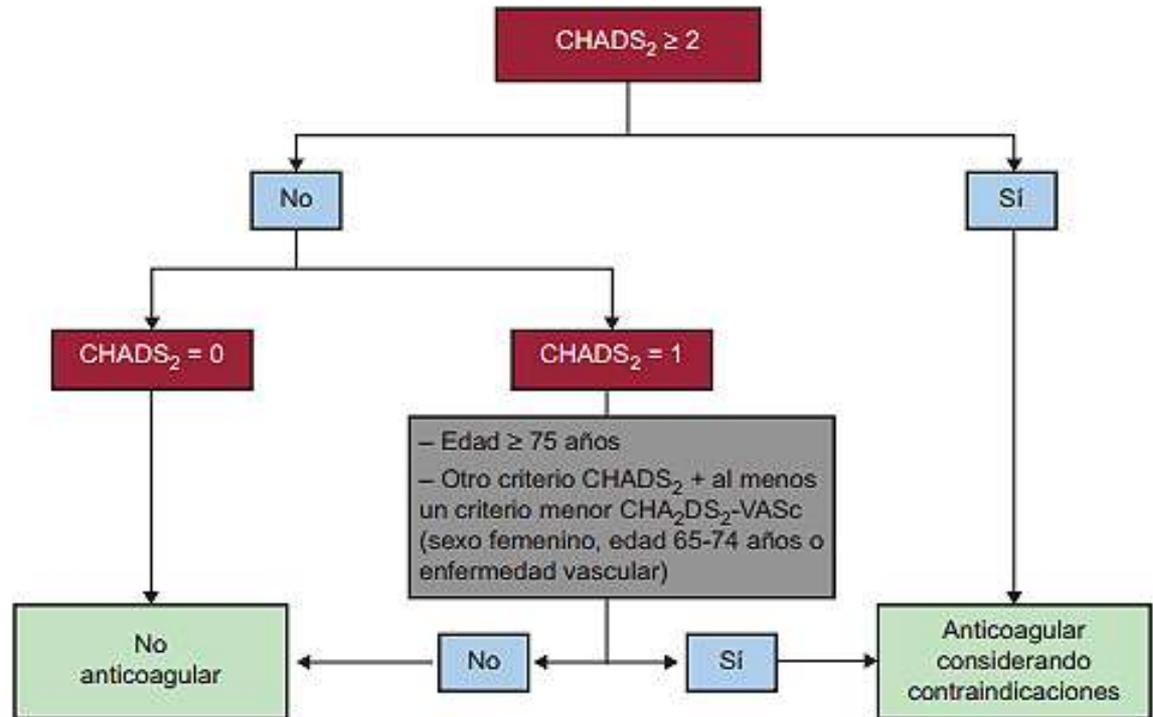


Figura. Algoritmo propuesto para decidir anticoagular a pacientes con fibrilación auricular no valvular.

Qué se hizo...

- Se trata de una FA recurrente (2º episodio) persistente
- Tratamiento anticoagulante según pauta de Hemostasia; CHAD2 1, CHA2DSVASc 2
- A las 3 semanas se inicia amiodarona pauta de inicio; 1c/8h durante la 1ª semana, 1c/12h la 2ª semana y 1c/día a partir de la 3ª semana
- Derivación a cardiología por vía normal
- A las 4 semanas, continúa en FA, por lo que se realiza CVE
- Revierte a RS a 75x'



Por último...

El señor Pep vuelve a los 4 meses para visita control, estrictamente asintomático

Tratamiento actual ; Sintrom, Enalapril 20, Bisoprolol 2,5, Amidarona

Exploración física, TA 135/83, AC arrítmica a 80x'

ECG; AC x FA 80x'



Y ahora... ¿qué haríais?

- 1.- Creo que sigue mereciendo la pena insistir en mantener el ritmo sinusal, nueva CVE
- 2.- Remito al Cardiólogo para que valorar cambiar por otro antiarrítmico y nueva CVE
- 3.- Remito al Cardiólogo para valorar posibilidad de ablación de venas pulmonares
- 4.- Lo deajo en FA con el tratamiento actual, FVM bien controlada
- 5.- Lo deajo en FA pero suspendo Amiodarona y reevaluación de FVM en 1 mes



GRACIAS A TOD@S