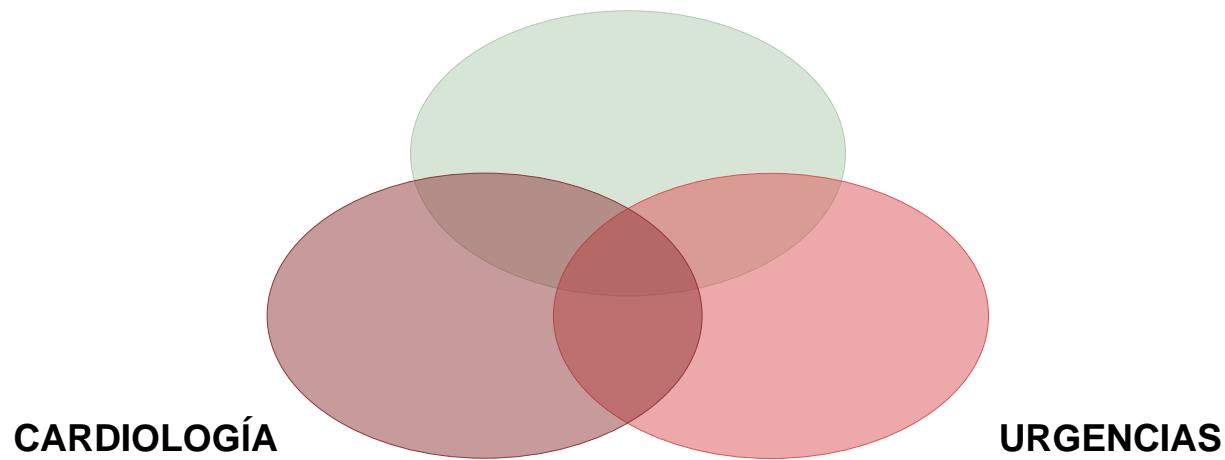


FIBRILACIÓN AURICULAR

UN PROCESO COMPARTIDO

ATENCIÓN PRIMARIA



Dra. S. Sarriegui

Lleida, 14 de Noviembre 2014

Varón de 88 años,

- No FRCV
- No Fármacos
- Colecistectomía (2010), Resección Neo gástrica (1993)
- Amaurosis fugax (2009). Estudio no concluyente. ETT: AI 50 mm, resto normal

12/06/2011

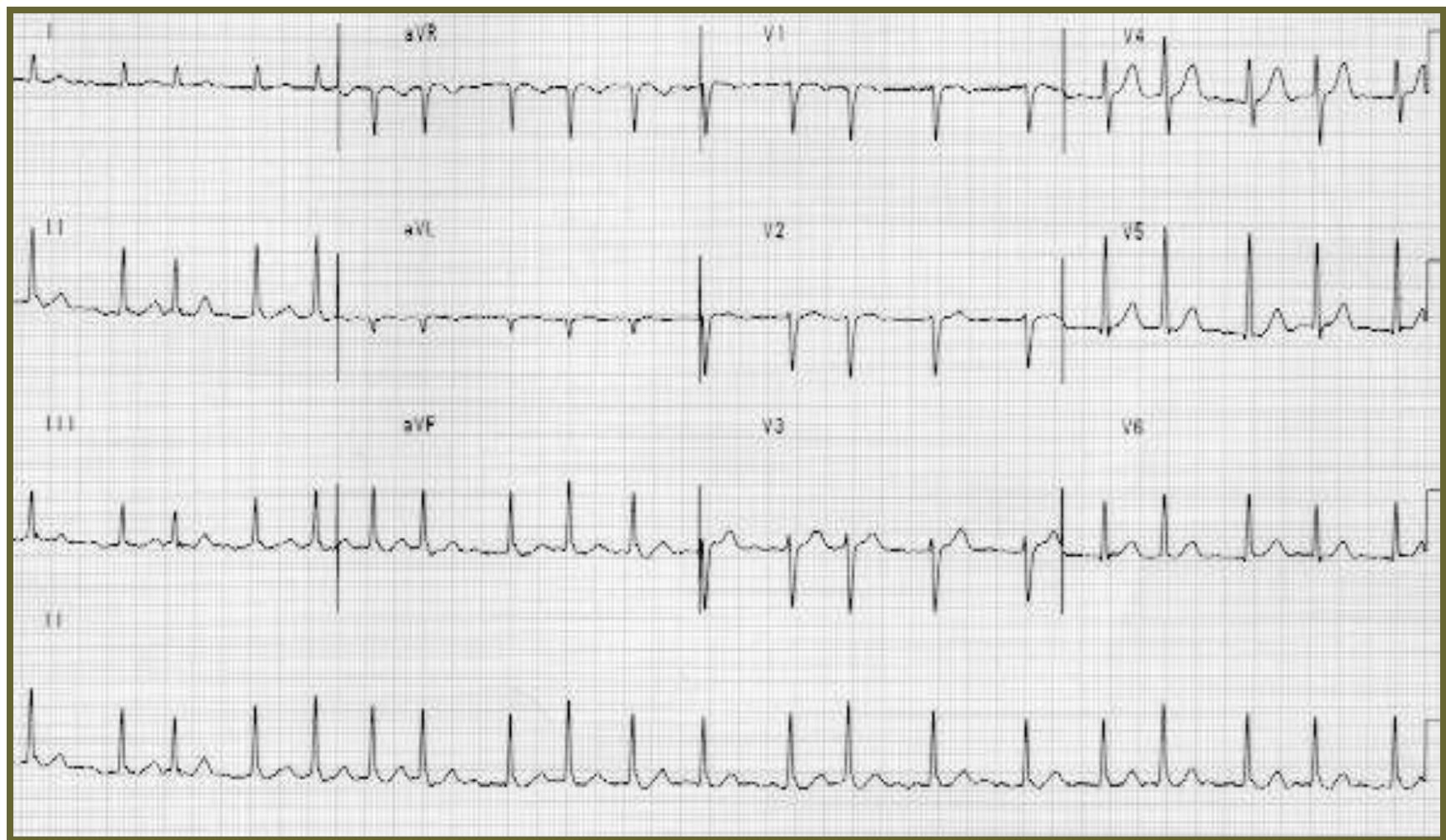
UCIAs: 48h de dolor abdominal, vómitos y diarrea abundante.

No palpitaciones, no dolor torácico, no clínica de IC

- EF: T^a 36.9°C, PA 102/44 mmHg, FC 119 lpm. Abdomen normal. No signos de IC
- ECG: FA conducida con FVM 110-120 lpm, QRS estrecho, sin otras alteraciones
- Analítica: ligera leucocitosis y neutrofilia, resto normal
- RxTórax: ICT límite, no condensaciones, no signos de IC

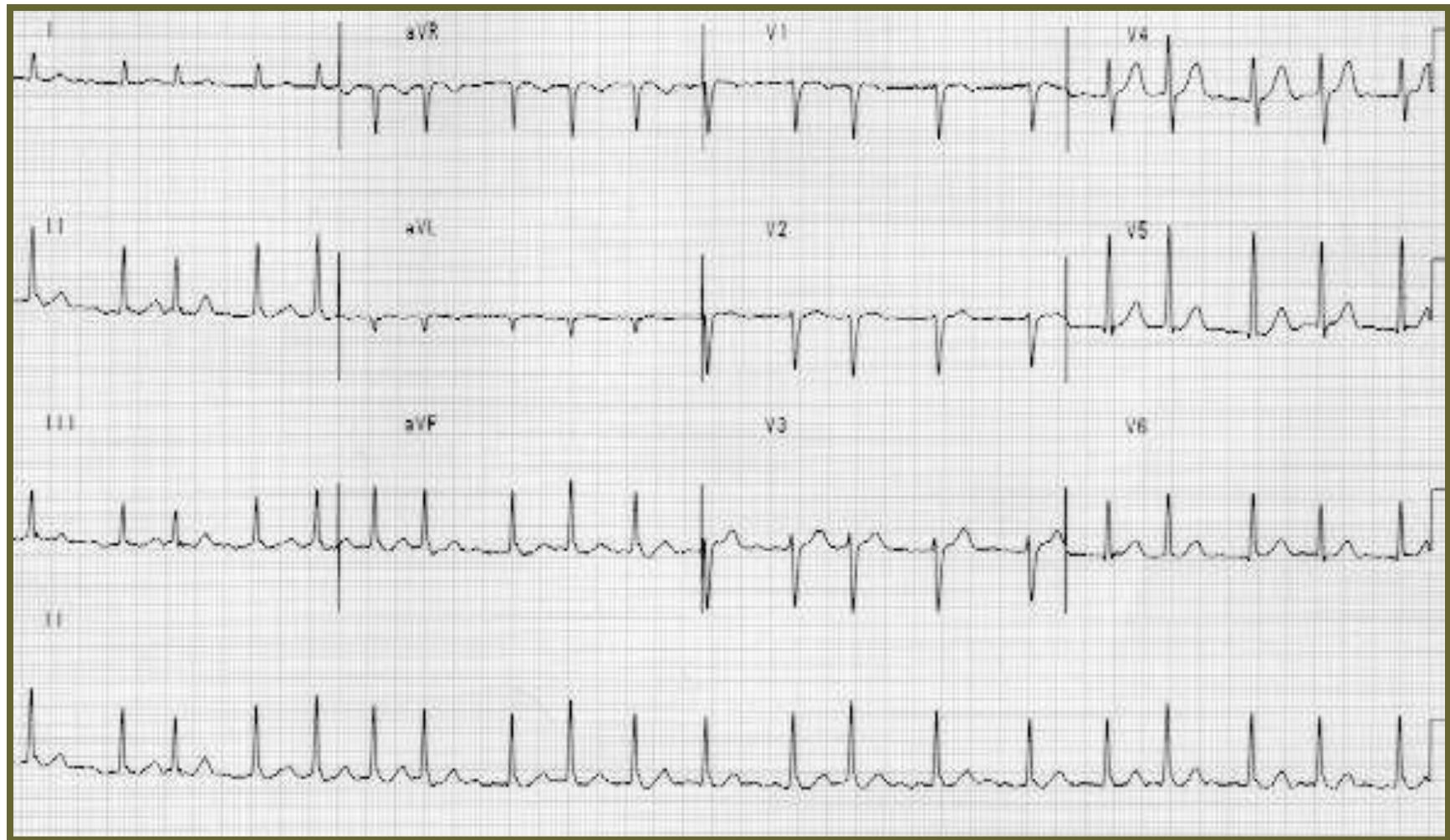
ECG

FVM 120 lpm



¿Cuàl sería vuestra actitud inicial desde el punto de vista eléctrico?

1. Cardioversión eléctrica
2. Iniciar Amiodarona y tratamiento frenador
3. Iniciar sólo tratamiento frenador
4. Rehidratación y esperar a iniciar tratamiento frenador



FA de duración desconocida.

No podemos estar seguros del tiempo que lleva
Paciente hemodinámicamente estable

De entrada, cuál pensáis sería la estrategia más apropiada para prevenir eventos tromboembólicos?

1. Nada, riesgo tromboembólico muy bajo
2. Iniciar AAS
3. Iniciar AAS + Clopidogrel
4. Iniciar Sintrom
5. Iniciar NACO
6. HBPM

ANTICOAGULAR : SI/NO

88 años

CHADS₂: 3

Amaurosis fugax

CHA₂DS₂Vac: 4

**Se inició anticoagulación con
Sintrom**

Tratamiento:

Masdil bolus (2,5cc)+ Heparina bajo peso molecular

ECG al alta: ACxFA 55/60 lpm, con buena tolerancia.

Tratamiento: masdil 60 1/12h

Se deriva a :

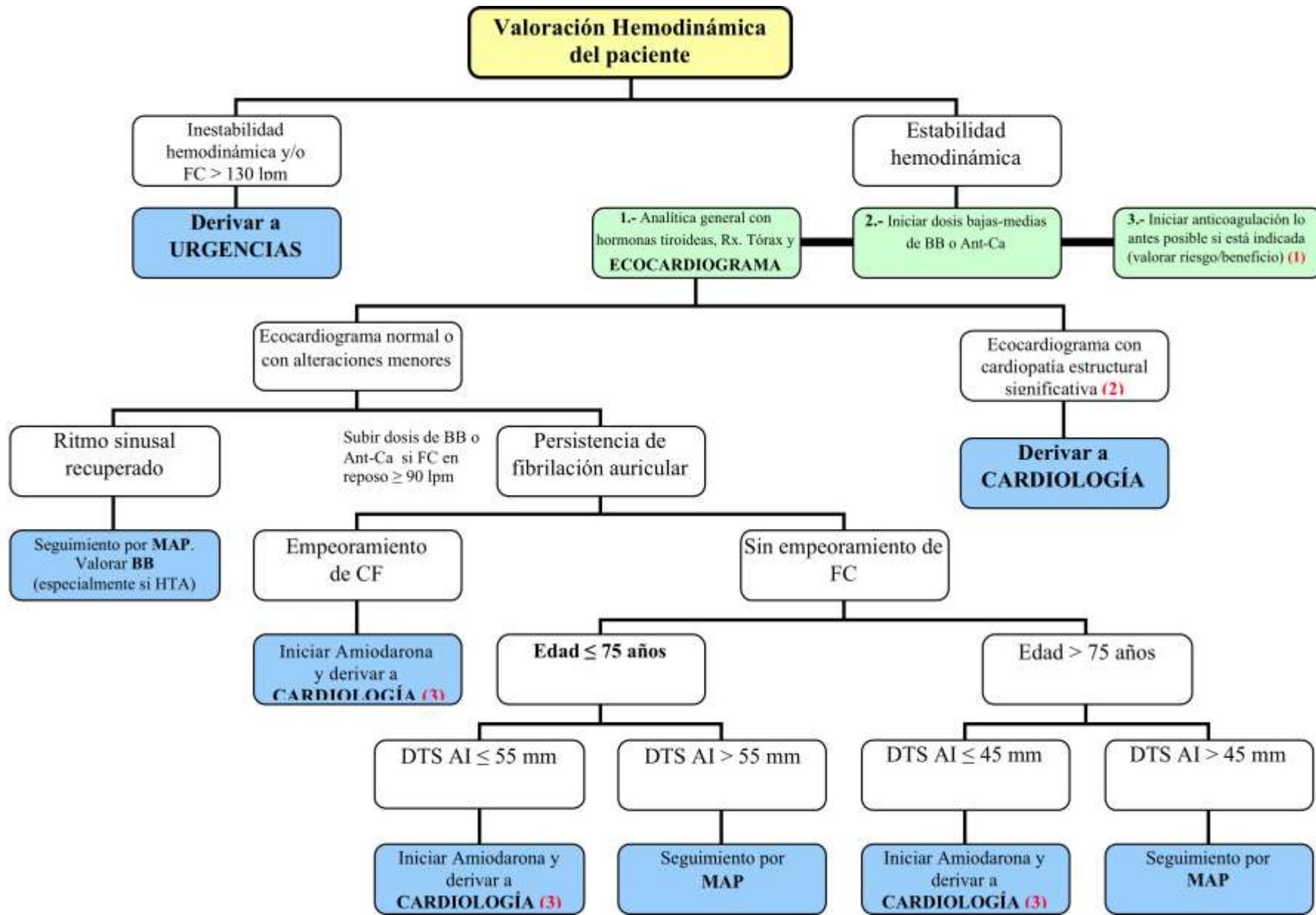
Consulta de arrítmias

Hemostasia

Médico de familia

¿Cuál sería la mejor opción en este momento?

1. Todo igual, seguimiento.
2. Cambiar Diltiazem por Bisoprolol, seguimiento
3. Aumentar Diltiazem, seguimiento
4. Inicio Amiodarona y cito en 1 mes, si persiste a Cardiología
5. Remito a Cardiología para valorar CVE
6. Solicitar nuevo Ecocardiograma



CONTROL DE LA FV COMO TRACTAMIENTO

Se puede considerar en:

- Pacientes con FA de larga duración.
- Cardiopatía estructural asociada
- Tamaño aurícula izda
- Fallo en intentos previos de reinstaurar el RS.
- Pacientes poco sintomáticos
- Edad avanzada
- Tipo de FA

Pacientes < 65 años, 1er episodio de FA o mala tolerància a la FA o disfunció ventricular se benefician más del CONTROL del RITMO.

12/07/2011 **CARDIOLOGÍA**

Paciente de 88 años con excepcional calidad de vida, remitido a la unidad de arrítmias por diagnóstico casual (en el contexto de una GEA) de ACXFA en urgencias, iniciándose tratamiento con masdil e.v y vía oral posterior. Actualmente con sintrom.

Desde el punto de vista clínico totalmente asintomático.

ECG (hoy): ACXFA a 48 lpm.

PLAN: Disminuyo dosis de masdil 60 1/día. Dejo ACO por AP de amaurosis fugaz con carótidas normales.

Control por MF

¿Cuál es la frecuencia cardíaca objetivo en nuestro paciente?

1. La frecuencia en la que no tenga síntomas
2. Menor de 80 lpm en reposo y 110 durante el ejercicio
3. Menor de 110 en reposo
4. Entre 150 y 200 lpm sin síntomas

OBJECTIVO CONTROL DE LA FV

- Disminuir síntomas
- Mejorar la situación hemodinámica
- Evitar la aparición de miocardiopatía por la taquicardia o la disfunción ventricular (IC)
- Objetivo del tratamiento:
 - FC en reposo 60-80 lpm.
 - FC en actividad menor 90-115 lpm.

Lenient versus Strict Rate Control in Patients with Atrial Fibrillation

N Eng J Med 2010

* Hipòtesis planteada:

El control laxo no es inferior al control estricto de la Fc

Estudio de no inferioridad diseñado para comparar dos estrategias de control de la Fc en pacientes con FA crónica

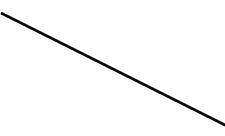
Estudio randomizado i abierto con 614 pacientes. Seguimiento 3 años en:

FA > 1 any, <80a, Fc mitja 80'x i amb TAO



Control laxo

Fc reposo <110'x



Control estricto

Fc reposo <80'x i <110'x en EF (~GPC)

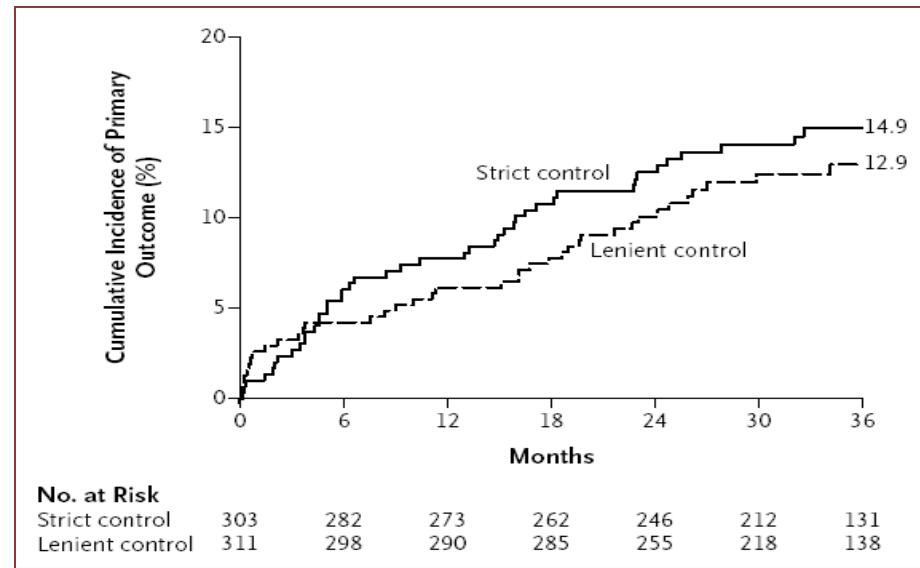
Lenient versus Strict Rate Control in Patients with Atrial Fibrillation

N Eng J Med 2010

Sin DS en el objetivo primario

(† CV, ingrés per IC, ictus, arítmies, MCP o DAI)

RR 0,84 (IC 90% 0,58-1,21)



CONCLUSIÓN: La estrategia de control laxo de Fc no es inferior a la de control estricto en la prevención de eventos CV mayores.

Reflexiones:

- * Cual es el efecto a largo plazo de un control poco estricto de la Fc? (estudio a 3 años)
- * Se tiene que tratar en base a la Fc o a los síntomas?

CONCLUSIONES (GUIAS AHA 2014)

1. El control de la FC en reposo (< 80 lpm) , es una estrategia razonable para el tratamiento sintomático de la FA. El control laxo (FC >110) , puede contemplarse siempre y cuando los pacientes se encuentran asintomáticos y la función sistólica se conserve. Clas II. NE B.
2. En los pacientes que presentan síntomas relacionados con la FA durante la actividad, el adecuado control de la FC se debe evaluar durante el esfuerzo, ajustando el tratamiento farmacológico cuando sea necesario para mantener la FC dentro del rango fisiológico. Clase I. NE C

21/01/2012 URGENCIAS:

Varón de 89 años que consulta por palpitaciones, de 12 horas de evolución.

EXPLORACIÓ FÍSICA

T^aaxi 36.0 °C, TA s 117/99 mmHg; SAT O₂ 97 %

AC: Tones cardiacos arrítmicos, sin soplos, AP: murmullo vesicular conservado, abdomen sin hallazgos

EXPLORACIÓ COMPLEMENTÀRIA

Analítica: glucosa 143, urea 54, creatinina 0.89, CK 110, troponina I 0.15, Na/K 140/4.40, leucocitos 5.900, Hb 14.7, VCM 100, plaquetas 181.000, INR 2.5, PTTA 36.1

Rx tórax: sin hallazgos

ECG: fibrilación auricular a 120 lpm sin alteraciones en la repolarización

DIAGNÒSTICS

427.31 Fibril-lació auricular

TRACTAMENT I RECOMANACIONS A L'ALTA

Continuar sintrom según pauta de hemostasia

Diltiacem 120 retard cada 12 horas

Emconcor 5mg un comprimido por la mañana

CONTROL

DESTINACIÓ A L'ALTA: REMISSIÓ A ATENCIÓ PRIMÀR

25/01/12 ATENCIÓN PRIMARIA

Disnea, astenia y edemas

ECG: ACXFA, EJE 30, PR 0,24, 40x'

Disminuir distiazem 1/día

10/02/12

Persiste Disnea de esfuerzo

No signos ICC. 40x'

Suspendemos diltiazem

16/02/12

Mejoría clínica importante

ECG: FA,eje 30,no alt rep, 40x'

Disminuir bisoprolol 2,5 mg

23/02/12

Igual, asintomático. 60x'

¿Qué fármacos utilizamos para frenar la FC en la FA crónica?

1. Primero un antagonista del calcio o bbloqueante
2. Si tenemos que añadir un segundo fármaco añadimos el AC o BB
3. Si tenemos que añadir un segundo fármaco añadimos digital
4. La amiodarona
5. La dronedarona
6. Ablación del nodo AV con estimulación ventricular permanente

CONTROL DE LA FV: FARMACOS FRENADORES

Los fàrmacos más utilizados para controlar la FV son:

- **β-bloqueadores** (propanolol, atenolol, bisoprolol)
- **Antagonistas del calcio no dihidropiridinicos:**
(verapamil i diltiazem).
- **Digitàlicos (digoxina)**
- **Amiodarona?**
- **Dronedarona?**

- Iniciar tratamiento con bbloq o Antca .
- Los dos primeros grupos consiguen controlar la fc durante el ejercicio. La Digoxina sólo la frena en reposo.
- En ancianos los efectos 2ros de los fàrmacos pueden ser una limitación importante
- Si la monoterapia no controla los síntomas se puede considerar la combinación con 2 de los siguientes fármacos: bbloq, AntCa, digoxina

FÀRMACOS FRENADORES

En pacientes sin cardiopatia estructural:

- β -bloqueantes
- Antagonistas del Calcio: verapamil, diltiazem.

En pacientes con cardiopatia estructural

- Digital.
- β -bloquejants (IC no descompensada)
- Amiodarona: No se considera un fàrmaco de elección para el control de la freqüència por sus efectos adversos en tractamientos largos.

GRACIAS