



Manejo de la Fibrilación Auricular de nuevo diagnóstico

Dra Helen Valenzuela Leal

Cardiología Hospital de Figueres



Características clínicas

- La FA es la arritmia cardiaca sostenida más frecuente, tiene lugar en un 1-2% de la población general
- La FA aumenta 5 veces el riesgo de ACV
1 de cada 5 ACV se atribuyen a esta arritmia
- La prevalencia de la FA aumenta con la edad, desde el 0,5% a los 40-50 años hasta un 5-15% a los 80 años
- Es responsable del 3,6 %de las urgencias españolas generales



Características ECG

- El ECG muestra intervalos R-R “absolutamente” irregulares
- No hay ondas P definidas en el ECG
- La longitud del ciclo auricular variable y < 200 ms (> 300 lpm)



Clínica

- **Palpitaciones**
- **Disnea**
- **ICC**
- **EAP**
- **Eventos tromboembólicos centrales o periféricos (85% son encefálicos, el 50% dejan secuelas, y el 10% son mortales)**
- **Angor**
- **Síncope**

TIPOS DE FIBRILACIÓN AURICULAR

EPISODIO DE FA DIAGNOSTICADO POR PRIMERA VEZ

PAROXÍSTICA

Normalmente, resolución espontánea < 48h (hasta 7 d). El paciente puede estar años con crisis paroxísticas. La tasa de recurrencia es 10% el primer año y del 5% los siguientes años.

PERSISTENTE

Episodios de 7 o más días o que requiere cardioversión para finalizar

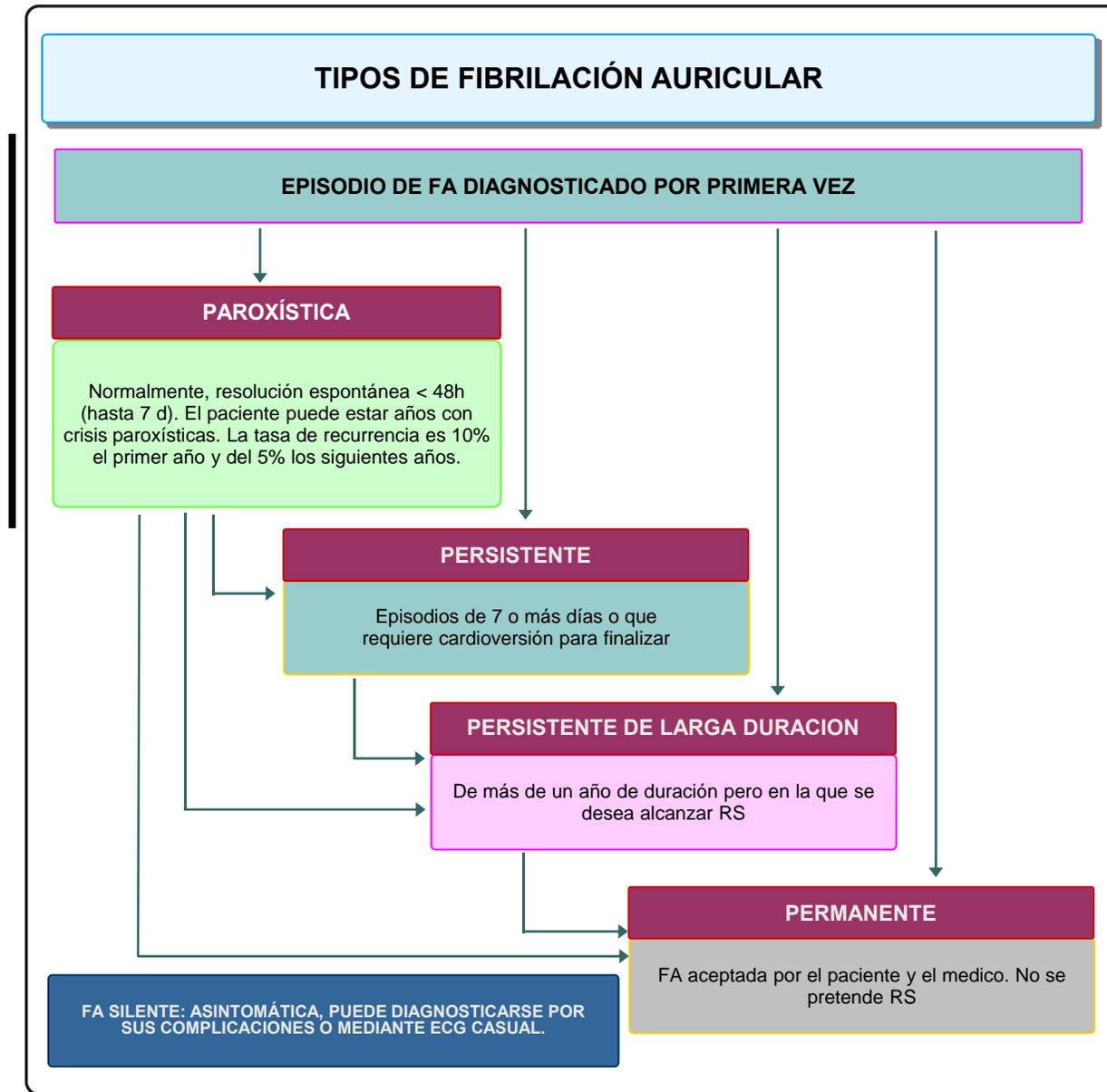
PERSISTENTE DE LARGA DURACION

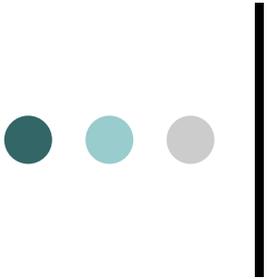
De más de un año de duración pero en la que se desea alcanzar RS

PERMANENTE

FA aceptada por el paciente y el medico. No se pretende RS

FA SILENTE: ASINTOMÁTICA, PUEDE DIAGNOSTICARSE POR SUS COMPLICACIONES O MEDIANTE ECG CASUAL.





MANEJO ACTUAL DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN AGUDO

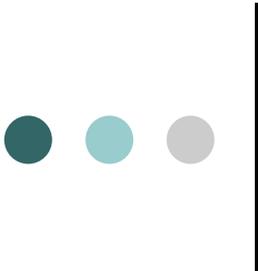
- Historia clínica y examen físico
- Electrocardiograma de 12 derivaciones
- Radiografía de Tórax
- Analítica
- Ecocardiograma



Clasificación que evalúa los síntomas

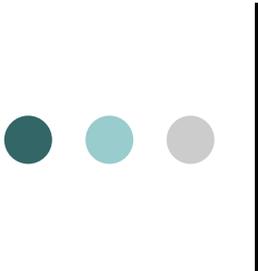
EHRA European Heart Rhythm Association

Grado de EHRA	Explicación
EHRA I	Sin síntomas
EHRA II	Síntomas leves, la actividad diaria normal no está afectada
EHRA III	Síntomas graves, la actividad diaria normal está afectada
EHRA IV	Síntomas incapacitantes, se interrumpe la actividad diaria normal



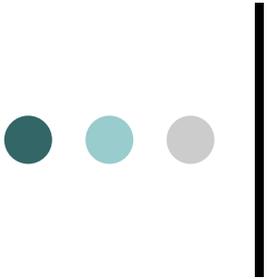
Factores de riesgo de accidente cerebrovascular y tromboembolia en la FA no valvular

Factores de riesgo mayor	Factores de riesgo menor
Accidente cerebrovascular previo AIT o embolia sistémica Edad ≥ 75 años	Insuficiencia cardíaca o FEVI $\leq 40\%$ HTA Diabetes mellitus Sexo femenino >65 años Edad entre 65 y 74 años Enfermedad vascular



CHA₂DS₂-VASc y criterios de ACO

Factor de riesgo	Puntuación	Criterios de ACO
ICC/Disfunción ventricular izquierda	1	<p>Una puntuación de 0 tiene bajo riesgo.No se recomienda tratamiento(o dar AAS)</p> <p>Puntuación de 1 es de riesgo intermedio se recomienda ACO menos recomendado AAS</p> <p>Una puntuación de 2 o más tiene alto riesgo por lo cual se recomienda ACO</p>
HTA	1	
Edad ≥75 años	2	
Diabetes Mellitus	1	
AVC/AIT/Tromboembolia	2	
Enfermedad vascular	1	
Edad 65-74 años	1	
Sexo femenino >65 años	1	



Tratamiento en UCIAS de la fase aguda de un paciente con FA

- **Inestabilidad hemodinámica:**
 - se realizará CVE

- **No presenta inestabilidad hemodinámica:**
 - profilaxis tromboembólica
 - controlar la respuesta ventricular
 - cardioversión electiva



Profilaxis Tromboembólica

- **Administrar HBMP 1 mg/Kg de peso cada 24 hs** (enoxaparina (Clexane ®) s/c)
- **La ACO posterior se individualizará según las recomendaciones del CHA₂DS₂ VASC y sus riesgos hemorrágicos a través del HAS-BLED**



HAS-BLED

Letra	Característica clínica	Puntos
H	Hipertensión	1
A	Función renal y hepática alteradas (1 pto c/u)	1 o 2
S	Accidente cerebrovascular	1
B	Sangrado	1
L	INR lábil	1
E	Edad avanzada > 65 años	1
D	Fármacos o alcohol (1 pto c/u)	1 o 2



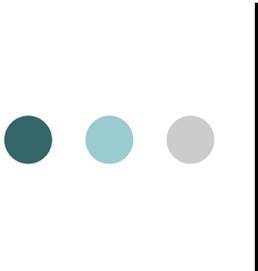
Controlar la respuesta ventricular

- **En ausencia de preexcitación:** B bloqueantes o antagonistas del calcio no dihidropiridínicos para disminuir la frecuencia ventricular
- **Pacientes sin signos de Insuficiencia Cardíaca:**
 - B.Bloqueantes
 - Diltiazem
 - Digoxina
- **Pacientes con Insuficiencia Cardíaca**
 - Amiodarona
 - Digoxina



Cardioversión electiva

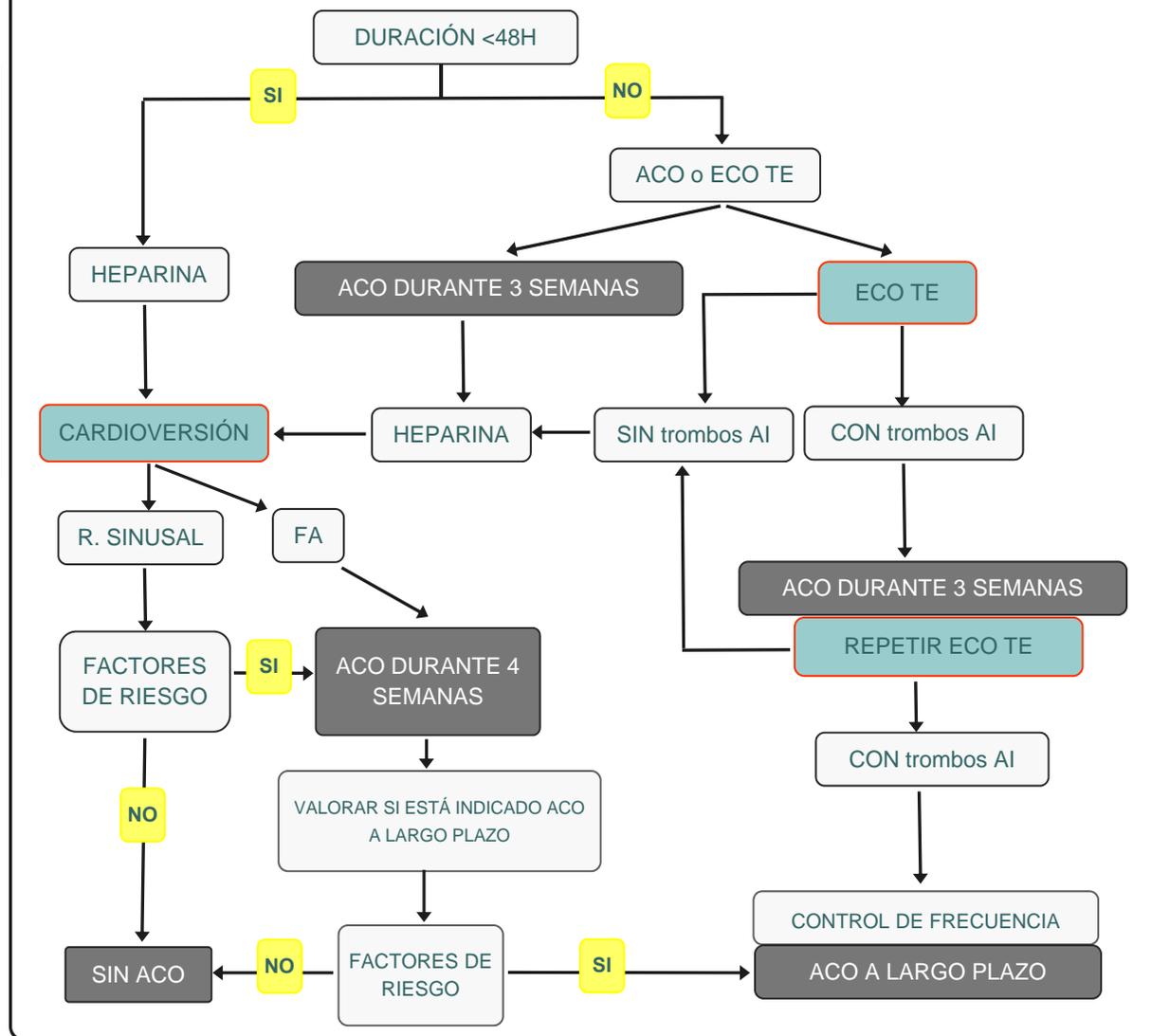
- En FA de <48 hs de duración previamente de administrar HPBM, se puede intentar la CV a RS
- **CVE**
- **Farmacológica**



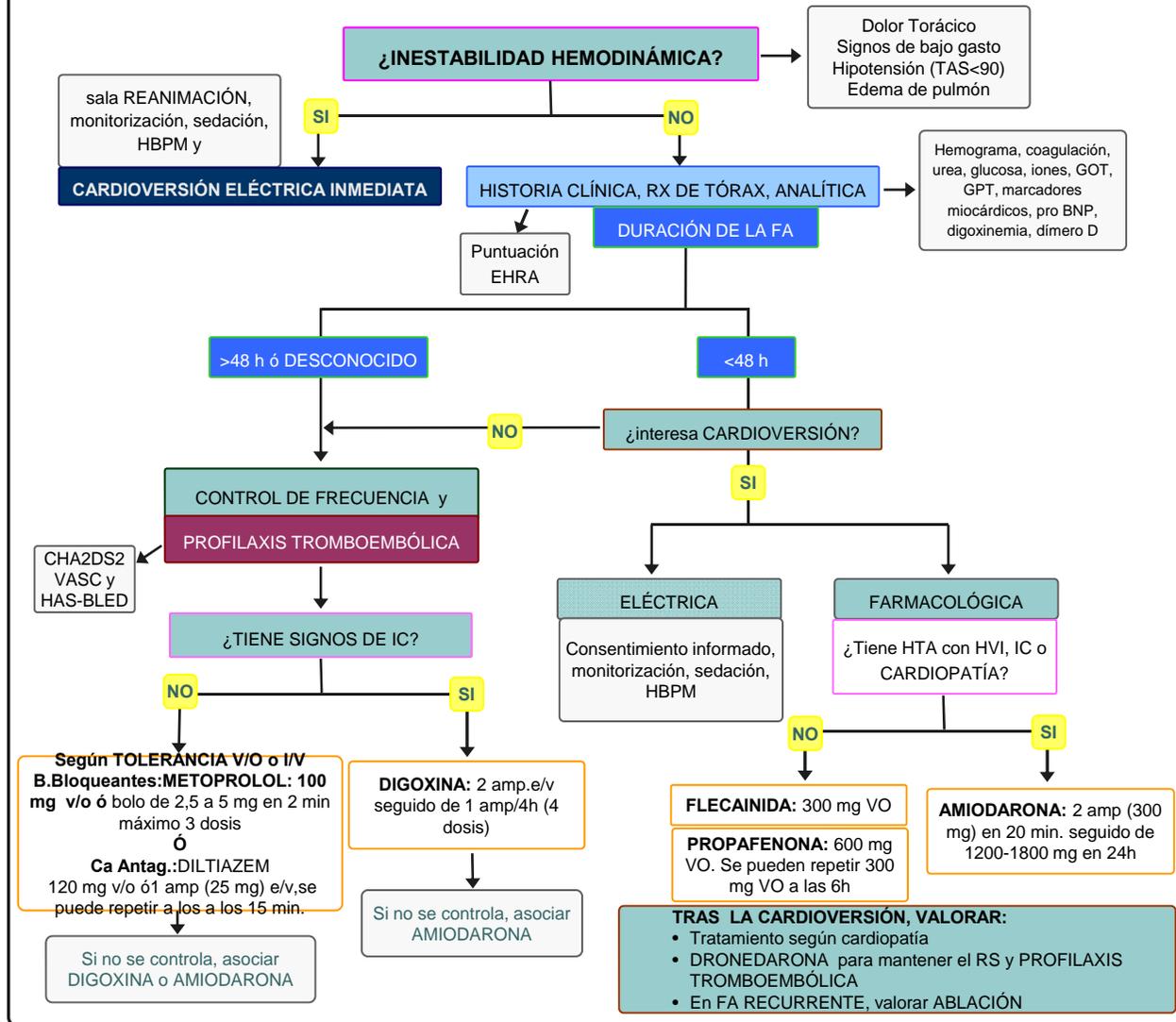
Cardioversión farmacológica

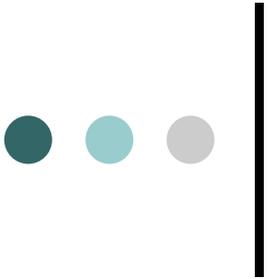
Fármaco	Dosis	Dosis de seguimiento
Amiodarona	5 mg/kg e/v durante 30 min	50 mg/h
Flecainida	2mg/kg e/v durante 10 min. o 200-300 mg v/o	
Propafenona	2 mg/kg e/v durante 10 min. o 450-600 mg v/o	
Vernakalant	3 mg/kg e/v durante 10 min.	Segunda infusión 2 mg/kg e/v durante 10 min después de 15 min de intervalo

CARDIOVERSIÓN DE FA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE



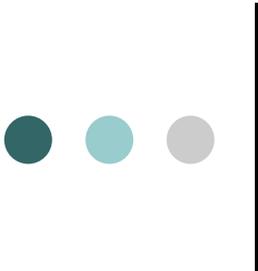
ACTUACIÓN EN URGENCIAS ANTE UN PACIENTE CON FA





TRATAMIENTO A LARGO PLAZO DE LA FA

- Profilaxis del tromboembolismo
- El control de la frecuencia ventricular y del ritmo sinusal
- El tratamiento de otros factores cardiovasculares asociados



CHA₂DS₂-VASc y criterios de ACO

Factor de riesgo	Puntuación	Criterios de ACO
ICC/Disfunción ventricular izquierda	1	<p>Una puntuación de 0 tiene bajo riesgo.No se recomienda tratamiento(o dar AAS)</p> <p>Puntuación de 1 es de riesgo intermedio se recomienda ACO menos recomendado AAS</p> <p>Una puntuación de 2 o más tiene alto riesgo por lo cual se recomienda ACO</p>
HTA	1	
Edad ≥75 años	2	
Diabetes Mellitus	1	
AVC/AIT/Tromboembolia	2	
Enfermedad vascular	1	
Edad 65-74 años	1	
Sexo femenino >65 años	1	



Tratamiento antitrombótico

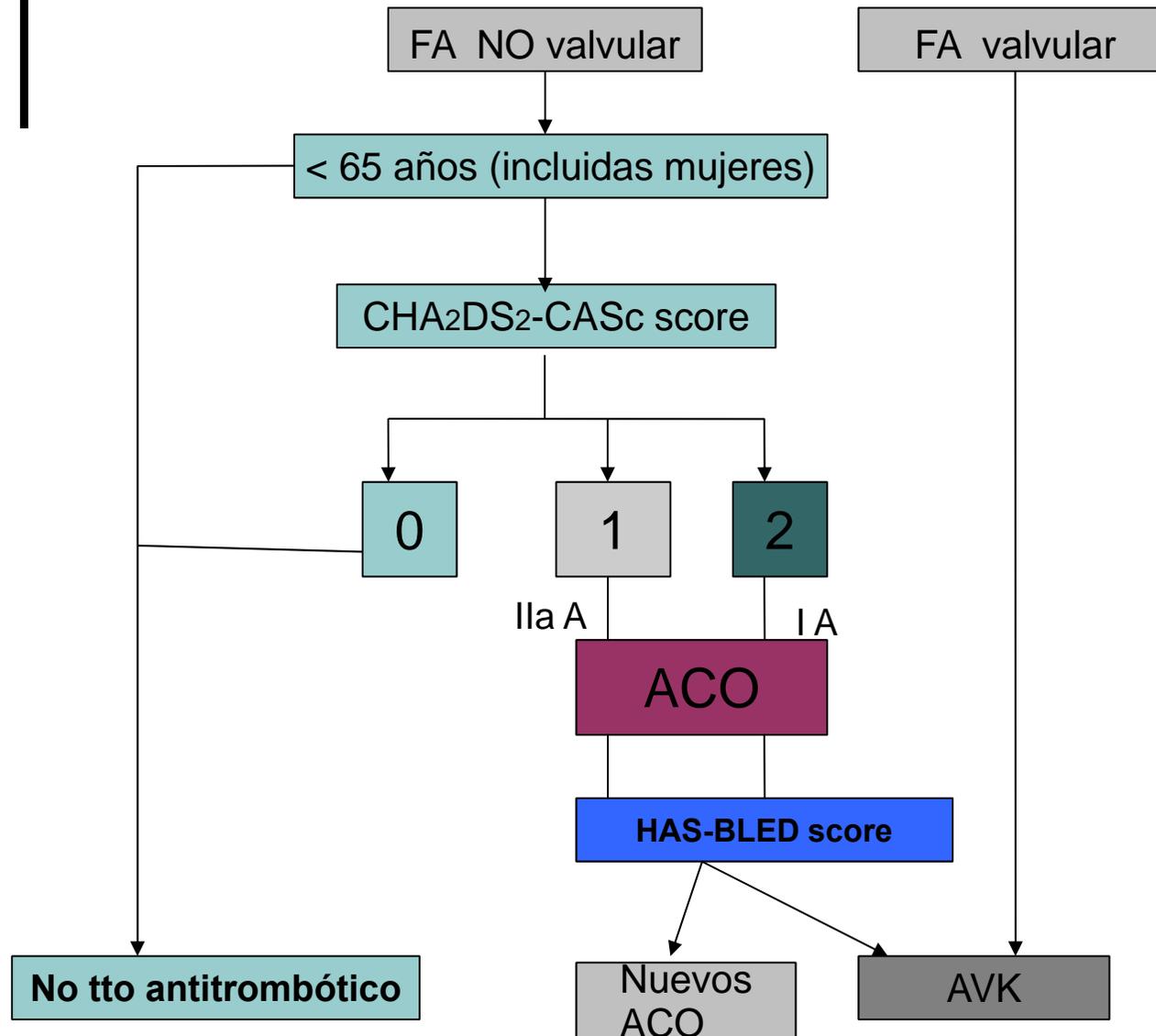
- Anticoagulantes antagonistas de la vitamina K
- **Cumarinas:** Warfarina y Acenocumarol (Sintrom ®)

- Inhibidores orales directos de la trombina
- **Dabigatrán etexilato (Pradaxa ® 110 o 150 mg cada 12 hs)**

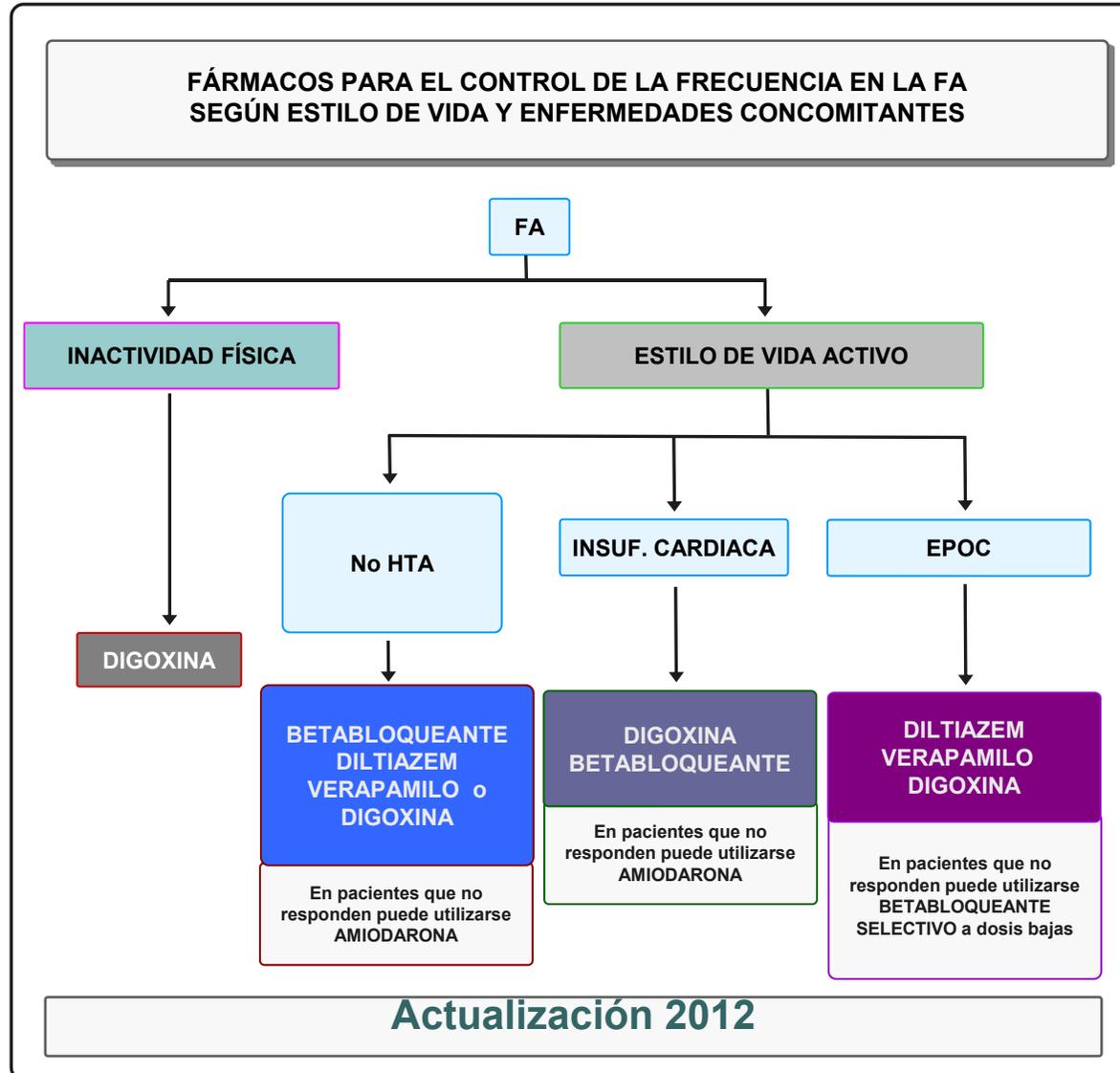
- Inhibidores orales del factor Xa
- **Rivaroxaban: (Xarelto ® 20 mg)**
- **Apixaban: (Eliquis ® 5 mg cada 12 hs)**

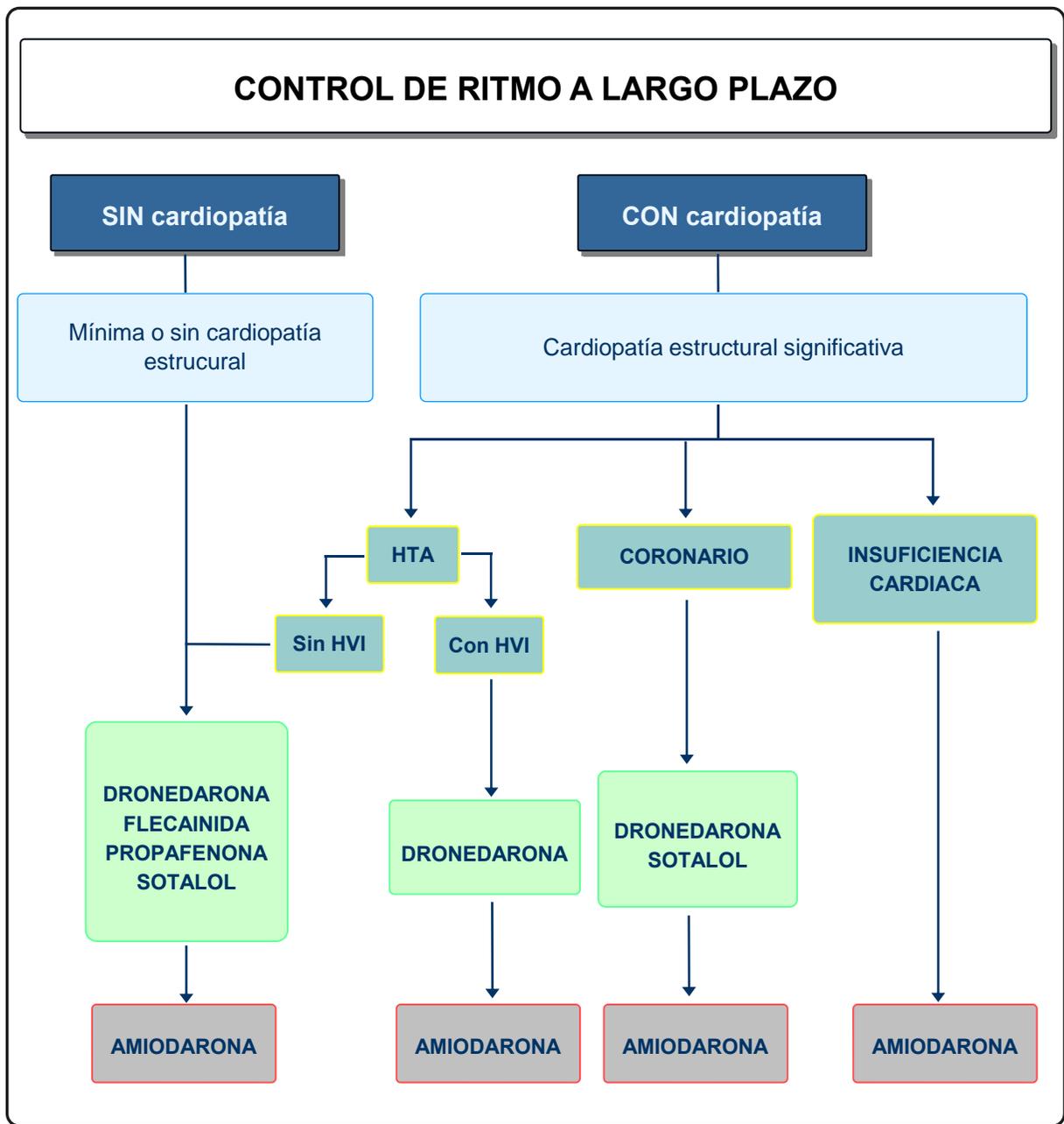
Resumen del tratamiento ACO

Actualización 2012



El control de la respuesta ventricular







Gracias