

FIBRILACIÓN AURICULAR

Descripción:

Definición: Es la arritmia más frecuente en la práctica clínica. Su incidencia aumenta con la edad. En los pacientes de >80a puede llegar a ser el 6 %..

Clasificación: Primer episodio/ FA recurrente/ FA paroxística/ FA persistente/ FA secundaria..

Diagnostico/ Clínica: ECG aparecen QRS estrechos e irregulares sin evidencia de ondas P. Dolor torácico, disnea, palpitaciones o intolerancia al esfuerzo.

Factores predisponentes: Insuficiencia cardíaca, enfermedad valvular, HTA, cardiopatías congénitas, embolia pulmonar, EPOC y el hipertiroidismo.

Parametros a monitorizar

FC : <110 lpm

ECG: ritmo sinusal

INR:2-3 previo cardioversión

CICr., Ajuste HBPM

K, Mg: empeoran arritmia

Objetivos del tratamiento:

1. Control la frecuencia (siempre) y ritmo (si no contraindicado: anticoagulación o symas < 48 h).

2. Aliviar síntomas y evitar complicaciones derivadas del derioro hemodinámico.

3. Prevenir ACV.

Patologías concomitantes a tener en cuenta

-ICC: Calcioantagonistas (verapamilo o diltiazem)

-DM: los β -bloqueantes no cardioselectivos pueden enmascarar síntomas de hipoglucemia y prolongar la recuperación de la misma. Calcioantagonistas: diltiazem.

-EPOC: si es posible evitar β -bloqueantes. Empeoramiento de asma o EPOC con propafenona

-HRB con β -bloqueantes (utilizar cardioselectivos: atenolol, bisoprolol y metoprolol)

-Insuficiencia hepática: Aumenta vida media de los β -bloqueantes lipofílicos (propranolol, metoprolol).

Amiodarona monitorizar. Propafenona reducir dosis en 20-30%. Ajuste de dosis/evitar: flecainida

-Insuficiencia renal: Aumenta vida media de los β -bloqueantes hidrofílicos (atenolol, sotalol). Antiarrítmicos clase IC. calcioantagonista de elección: diltiazem. Dabigatran contraindicado.

-Hipo/hipertiroidismo: amiodarona

-HTA: prevención primaria FA con IECA/ARAII

VALIDACIÓN FARMACOTERAPEUTICA:

-Control de la respuesta ventricular:

Si IC: elección digoxina IV. Primero tratar IC

No IC: β -bloqueantes (mejor en cardiopatía isquémica) o calcioantagonistas (mejor en diabéticos, HRB, vasculopatiac

- Cardioversión farmacológica

Segura si tpo inicio síntomas < 48 h o anticoagulado o ecocardiograma que descarte trombo

Antiarrítmicos clase IC: Flecainida o propafenona. Si cardiopatía estructural se recomienda amiodarona IV.

-Tratamiento a largo plazo: >48h:

Mantenimiento del ritmo sinusal o control de la respuesta ventricular. antiarrítmico clase IC, sotalol o amiodarona y en el segundo caso β -bloqueantes (de elección), calcioantagonistas o digoxina.

-Anticoagulación crónica SIEMPRE que tenga un factor de riesgo embólico elevado (ictus o AIT, embolia previa, estenosis o prótesis cardíaca), con >1 factor de riesgo moderado (edad >75a, HTA, fracción de eyección <35%, diabetes mellitus)

El riesgo tromboembólico se estratifica con la escala CHAHD-2 y CHADS2-VAS2 y, en función de ese riesgo y el de sangrado (escala HAS-BLED) está indiacdo anticoagulación de por vida

Independientemente del riesgo a largo plazo, el **riesgo embólico aumenta después de la cardioversión (espontánea, farmacológica o eléctrica). Retirar a las 3 sem de la cardioversion si no hay fact de riesgo**

- INR FA no valvular 2-3

Bibliografía:

1. Martín Martínez a y col. Manejo de los pacientes con fibrilación auricular en los servicios de urgencias hospitalarios (actualización 2012). Emergencias 2012; 24: 300-324

Fecha:

Nov 2014