

## Abordaje inicial de la fibrilación auricular en atención primaria

Enric Estévez Rovira<sup>a,\*</sup> y Gerard Brugué Fontàs<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Equipo de Atención Primaria Banyoles y adjunto de urgencias del Hospital Josep Trueta. Girona. España.

<sup>b</sup>Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Adjunto de urgencias. Hospital Josep Trueta. Girona. España.

\*Correo electrónico: eestevez.girona.ics@gencat.cat

### Puntos clave

- La fibrilación auricular es la arritmia cardíaca sostenida más frecuente y tromboembolígena, por lo que su diagnóstico debe ser certero y precoz.
- El diagnóstico se basa en el electrocardiograma, y se define como ritmo irregular con ausencia de ondas P.
- El tratamiento farmacológico de elección para la cardioversión en paciente sin cardiopatía estructural de base es la flecainida, y en caso de cardiopatía estructural, la amiodarona.
- El tratamiento farmacológico de elección para el control de la frecuencia cardíaca son los betabloqueantes, y la digoxina en caso de insuficiencia cardíaca o cardiopatía significativa.
- Para el manejo de la profilaxis tromboembólica se usarán las tablas de CHA2DS2-VASc y la de HAS-BLED.

**Palabras clave:** Fibrilación auricular • Arritmia • Cardiopatía.

### Epidemiología

Se trata de la arritmia cardíaca más frecuente, con una prevalencia actual del 0,4-1% en la población general y de hasta más del 10% en población mayor de 75 años<sup>1,2</sup>.

Esta arritmia está relacionada con un aumento de hasta cinco veces el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular (ACV). La repercusión clínica de esta arritmia está relacionada con un aumento del doble en mortalidad, aumento del número de ingresos hospitalarios y una tendencia a la cronicación<sup>1</sup>.

### Diagnóstico

La fibrilación auricular (FA) se define, según las guías de la American Heart Association/European Society of Cardiology (AHA/ESC), como “una taquiarritmia supraventricular caracterizada por la activación descoordinada de las aurículas, y provocando el deterioro de la función mecánica del corazón”<sup>1</sup>.

Electrocardiográficamente, el diagnóstico se basa en la siguiente premisa: ritmo irregular (distancia R-R irregular) con ausencia de ondas P.

En la tabla 1 se muestra la clasificación de la fibrilación auricular.

La presentación clínica de la FA es muy variable: puede aparecer de forma asintomática (control rutinario en consulta), con diferentes síntomas inespecíficos (palpitaciones, malestar, mareo, disnea, etc.) o como una urgencia médica (edema agudo de pulmón, ACV, tromboembolia pulmonar, etc.).

El diagnóstico de la FA se basa en una correcta anamnesis, exploración física y pruebas complementarias indicadas. Dentro de la historia clínica es importante centrarse en aquellas patologías que favorecen la aparición de la FA o pueden perpetuarla, tales como hipertensión arterial (HTA), diabetes, patología tiroidea y diferentes cardiopatías (valvulopatías, miocardiopatía dilatada, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, etc.).

Estadísticamente, los factores de riesgo más relacionados con la FA son: la HTA (40%), la insuficiencia cardíaca

TABLA 1. Clasificación de la fibrilación auricular

Tipo de fibrilación auricular	Definición
<b>De novo</b>	Primer episodio diagnosticado
<b>Paroxística</b>	Autolimitada en el tiempo, habitualmente en menos de 24-48 h, aunque puede llegar a durar una semana
<b>Persistente</b>	Duración superior a las 48 horas
<b>Permanente o crónica</b>	Han fracasado los mecanismos de cardioversión o no está indicado el restablecimiento del ritmo sinusal

(35%), las diferentes valvulopatías (30%), la diabetes mellitus y la cardiopatía isquémica (20% cada una de ellas). La patología tiroidea está únicamente relacionada en un 3%<sup>1</sup>.

La HTA es el factor de riesgo más relacionado con la FA. Según el estudio PREV-ICTUS, hasta el 70% de los pacientes con FA son hipertensos, con un riesgo relativo en hombres de 1,5 y de 1,4 en mujeres<sup>3</sup>.

Por otro lado, así como en la insuficiencia cardíaca existe una clasificación de la sintomatología (New York Heart Association), en la FA también existe una clasificación sintomatológica, aunque es poco utilizada en la práctica clínica diaria. Se trata de la clasificación de la European Heart Rhythm Association (EHRA) (tabla 2) (modificada en la última guía del 2016)<sup>4</sup>.

El diagnóstico diferencial de la FA incluye patología muy diversa. Se debería realizar el diagnóstico diferencial con diferentes arritmias cardíacas, entre las cuales estarían las extrasístoles auriculares y ventriculares, la taquicardia paroxística, el síndrome de Wolff-Parkinson-White..., cuadros de ansiedad, vértigo y/o mareo, insuficiencia cardíaca o disnea de otro origen diferente al cardíaco. También debe descartarse la FA en pacientes que son atendidos por patología sugerente de origen cerebrovascular (ACV y accidente isquémico transitorio).

## Tratamiento

En el manejo agudo de la FA, los principales objetivos son:

- **Reducir o eliminar los síntomas:** control de la frecuencia o restablecimiento del ritmo sinusal.
- **Prevenir o evitar posibles complicaciones:** profilaxis de la enfermedad tromboembólica y tratamiento de la insuficiencia cardíaca.
- **Reducir o eliminar los síntomas:** al empezar el tratamiento de un paciente con FA *de novo*, el primer punto que debemos plantearnos es si precisa restablecer el ritmo sinusal o bien controlar la frecuencia cardíaca. En este sentido, no existen diferencias a largo plazo entre estas dos op-

TABLA 2. Clasificación de la European Heart Rhythm Association (EHRA)

Grado EHRA	Explicación
EHRA I	Sin síntomas
EHRA IIa	Síntomas leves: la actividad de la vida diaria no está afectada
EHRA IIb	Síntomas moderados; la actividad de la vida diaria no está afectada, pero preocupa al paciente
EHRA III	Síntomas graves: la actividad de la vida diaria sí que está afectada
EHRA IV	Síntomas incapacitantes que interrumpen las actividades de la vida diaria

ciones terapéuticas en cuanto a mortalidad, tasa de ACV, calidad de vida o desarrollo de insuficiencia cardíaca. Para tomar esta decisión se debe tener en cuenta la sintomatología del paciente (escala EHRA) y los diferentes factores de riesgo y perpetuación de la FA. Sería razonable, por tanto, el control de la frecuencia en pacientes de edad avanzada y una escala de EHRA de I o IIa, y control del ritmo en el resto de los pacientes que no presenten ninguna contraindicación<sup>1-4</sup>.

• **Restablecimiento del ritmo sinusal:** si indicamos restablecimiento del ritmo sinusal, debemos recordar que hasta en un 50%, los casos de FA se resuelven espontáneamente durante las primeras 2 horas sin realizar ninguna actuación, y que esta está contraindicada pasadas 48 horas del inicio de la FA<sup>1</sup>.

Para restablecer el ritmo sinusal existen dos opciones: cardioversión eléctrica o farmacológica<sup>1</sup>.

Para la toma de esta decisión nos basaremos en la normalidad hemodinámica del paciente. En caso de inestabilidad hemodinámica, estaría indicada la cardioversión eléctrica. En cuanto a esta, se debe tener en cuenta que es preferible usar parches de cardioversión antes que las palas del desfibrilador por su mayor contacto con el paciente y seguridad en el procedimiento. Igualmente, recordar que la posición más adecuada sería la posteroanterior, aunque por su comodidad es más utilizada la posición habitual de pectoral izquierdo y subclavicular derecha.

Es importante recordar que el desfibrilador externo automático (DEA) no es adecuado para la cardioversión de la FA, ya que se trata de una cardioversión y no una desfibrilación y, por tanto, el DEA no detectaría ningún ritmo desfibrilable<sup>1</sup>.

Si se indica cardioversión farmacológica (paciente estable hemodinámicamente) nos basaremos en la existencia o no de cardiopatía estructural de base para decidir el fármaco adecuado.

Definiríamos cardiopatía estructural como toda cardiopatía excepto la miocardiopatía hipertensiva con hipertrofia leve o moderada y el prolapso mitral sin insuficiencia valvu-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8758356>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8758356>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)