

Protocolo Asistencial: Fibrilación Auricular	
Elaborado por: Dr. Jesús Almendral Garrote Iago Sousa Casasnovas	Aprobado por: Dr. Francisco Fernández-Avilés
Modificaciones	

Fecha de presentación: 13/10/2007

Aprobación: Francisco Fernández-Avilés (jefe de Servicio)

Fecha de revisión: 4 años (octubre 2011)

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. PROBLEMÁTICA ARRITMOLÓGICA
 - 2.1. Definiciones
3. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) presenta tres tipos de problemas clínicos: 1) Los síntomas que se derivan de ella; 2) El daño a la función ventricular izquierda; 3) El riesgo tromboembólico.

En el presente protocolo abordaremos los dos primeros problemas por un lado, y el riesgo tromboembólico aparte. Se añaden unas consideraciones sobre cardioversión eléctrica (CVE).

Consideraremos por separado la terapéutica del episodio agudo de FA, en la que entran en juego menos variables, y la terapéutica crónica, a largo plazo del paciente con FA una vez superado el episodio agudo.

Definición operativa de FA: actividad eléctrica muy rápida e irregular en las aurículas, de una duración superior a 30 segundos.

Es una definición electrocardiográfica, y casi siempre se asocia a irregularidad de los intervalos RR. Es importante establecer una dimensión temporal de duración porque, especialmente en registros de Holter, se ven ritmos auriculares rápidos de muy corta duración (que podríamos denominar respuestas repetitivas auriculares o taquiarritmia auricular no sostenida), que pensamos que no deben tener las connotaciones diagnósticas (recurrencia tras intervenciones) ni terapéuticas (anticoagulación, etc) de la FA.

2. TRATAMIENTO CRÓNICO DE LA FA

La FA representa una constelación muy amplia de presentaciones y situaciones clínicas, y muchas veces es acompañante de cardiopatías y situaciones de disfunción cardiológica por lo que su abordaje debe realizarse considerando una serie de variables asociadas. De entre las posibles variables a considerar, elegimos como de la mayor importancia las siguientes: a) los síntomas que experimenta el paciente derivados de la

arritmia; b) El patrón de FA (paroxística vs persistente ó crónica); c) la patología cardiaca estructural de base; d) Edad del paciente.

Debe mencionarse que, aunque este enfoque difiere del de las Guías no así básicamente su contenido. La razón de este enfoque es que resulta más adecuado a lo que un protocolo asistencial pretende: las guías analizan cada opción terapéutica y nos presentan su campo de aplicación; sin embargo, en un protocolo asistencial es más útil plantearse cual es la constelación de variables clínicas con que se nos presenta el paciente, y proponer las soluciones más adecuadas a cada situación clínica, y además en un orden escalonado que nos ayude a priorizar cada una de las alternativas. Naturalmente, estas propuestas estarán básicamente en consonancia con el contenido informativo de las guías.

• Variables Clasificadoras

Para tratar de simplificar y esquematizar nuestro enfoque, a cada una de estas variables le daremos tan solo 2 posibilidades:

- a) Los síntomas que experimenta el paciente derivados de la arritmia: sintomático, frente a asintomático (u oligosintomático)
- b) El patrón de FA: paroxística frente a persistente ó crónica
- c) La patología cardiaca estructural de base: con cardiopatía frente a sin cardiopatía (la HTA no se incluye como cardiopatía)
- d) Edad del paciente: ≤ 70 años, > 70 años.

Comentarios generales

Bajo el epígrafe “asintomático” incluimos no solo la ausencia de síntomas derivados de la FA, sino también la ausencia de disfunción ventricular atribuible a FA (taquimiocardiopatía). También pueden incluirse aquí pacientes con muy escasos episodios de FA paroxística (< 1 episodio al año) con síntomas no severos durante los episodios.

En la FA sintomática paroxística, rara vez las medidas de control de frecuencia son eficaces en personas jóvenes, por lo que debemos intentar control de ritmo en primera instancia. Sin embargo, en pacientes ancianos puede ser una opción a ensayar.

Los IECAs ó ARA II tienen probada acción antiarrítmica, y con frecuencia serán acompañantes del tratamiento farmacológico de control de ritmo, dado que la mayoría de estos pacientes, al presentar HTA ó algún tipo de cardiopatía, los van a requerir. En los pacientes sin otra indicación de estos fármacos, se individualizará su indicación.

La presencia de cardiopatía estructural condiciona en los siguientes aspectos: a) plantearse el tratamiento sobre la cardiopatía de base y el efecto que eso pueda tener sobre la FA; b) posible proarritmia de fármacos de clase I, por lo que, en general se usarán más la amiodarona o el sotalol; c) en la medida en que la cardiopatía de base no pueda controlarse, la efectividad de los tratamientos para control de ritmo puede verse disminuida; d) por el contrario, los pacientes con cardiopatía en los que la FA tiene protagonismo sintomático son los que más pueden beneficiarse de las medidas terapéuticas sobre la FA; e) Por supuesto, el grado de severidad de la cardiopatía también influye en las decisiones; f) La mera existencia de HTA, tan frecuente, en general, no lo consideramos como presencia de cardiopatía de base.

La presencia de marcada dilatación auricular izquierda puede influir también en la opción terapéutica, en general asociada a cardiopatía estructural, aunque también al tipo y duración de la FA. Una AI > 50-55 mm inclina en contra, aunque no contraindica por completo, la ablación, la cardioversión, y, en general, las terapias dirigidas a control de ritmo, al hacerlas menos eficaces.

En toda FA persistente sin cardiopatía, debe ofrecerse, al menos una vez, la CVE seguida de tratamiento farmacológico con flecainida + atenolol. Aunque muchos pacientes recurren, algunos persisten en RS largo tiempo, especialmente si la FA debutó coincidiendo con un evento intercurrente.

En la FA persistente, la posibilidad de cardioversión farmacológica es remota, por lo que no se incluye esta opción como parte del tratamiento “crónico” de la FA. Sí se incluirá dentro del apartado “tratamiento del episodio agudo” (I. B.)

Antes de una CVE, el paciente debe ser pretratado con fármacos. La flecainida se prescribirá un mínimo de 3 días antes de la CVE (habitualmente 1 comp cada 12 hrs) y la amiodarona un mínimo de 15 días antes de la CVE (habitualmente 4 comp diarios durante 1 semana seguido de 1 comp diario)

No usar SOTALOL en casos de perfil de riesgo aumentado de torsades, definido por: 1) QTc > 460 ms (en casos de QTc limítrofe, evaluar QT a las 48 hrs), 2) hipopotasemia, 3) insuficiencia renal mayor que ligera, 4) bradicardia importante basal.

• Opciones terapéuticas

Frente a las diferentes situaciones clínicas, se nos ofrecen una serie de opciones terapéuticas, que se enumeran a continuación:

- Terminación del episodio
 - Cardioversión eléctrica
 - Cardioversión farmacológica
- Prevención de las recurrencias
 - Fármacos antiarrítmicos
 - Ablación de FA
 - Cirugía de FA
 - Estimulación eléctrica: marcapasos
- Control de frecuencia ventricular
 - Fármacos antiarrítmicos
 - Ablación de la unión AV + marcapasos
- **Grupo 1: FA paroxística sintomática sin cardiopatía en ≤ 70 años.**
 - 1º escalón: Fármacos antiarrítmicos: flecainida (propafenona si efectos adversos) + betabloqueantes.
 - 2º escalón: Ablación de FA.
- **Grupo 2: FA paroxística sintomática sin cardiopatía en > 70 años.**

- 1er escalón: Fármacos antiarrítmicos: flecainida (propafenona si efectos adversos) + betabloqueantes
 - 2º escalón: Control de frecuencia con fármacos: betabloqueantes o calcioantagonistas no dihidropiridínicos (preferentemente verapamilo), pudiendo asociarse digoxina.
 - 3er escalón: En caso de disfunción sinusal añadida: marcapaso AAI ó DDD. Si se desarrolla respuesta ventricular lenta ó bloqueo AV farmacológico: marcapasos VVI ó DDD continuando con fármacos frenadores del nodo AV.
 - 4º escalón: Amiodarona.
 - 5º escalon: Ablación del nodo AV junto con implantación de MP; en casos excepcionales puede plantearse ablación de FA.
- **Grupo 3: FA paroxística sintomática con cardiopatía en ≤ 70 años.**
- 1er escalon: Fármacos antiarrítmicos: Sotalol si cardiopatía coronaria, Amiodarona si disfunción ventricular.
 - 2º escalon: Ablación de FA, individualizando las indicaciones.
- **Grupo 4: FA paroxística sintomática con cardiopatía en > 70 años.**
- 1er escalon: Control de frecuencia con fármacos: betabloqueantes o calcioantagonistas no dihidropiridínicos (preferentemente verapamilo), pudiendo asociarse digoxina.
 - 2º escalon: Fármacos antiarrítmicos: Sotalol si cardiopatía coronaria, amiodarona si disfunción ventricular.
 - 3º escalon: Ablación de la unión AV e implantación de marcapasos.
- **Grupo 5: FA persistente sintomática sin cardiopatía en ≤ 70 años.**
- 1er escalon: Cardioversión eléctrica seguida de control de ritmo con fármacos antiarrítmicos: flecainida (propafenona si efectos adversos) + betabloqueantes.
 - 2º escalon: Cardioversión eléctrica seguida de control de ritmo con fármacos antiarrítmicos: preferentemente amiodarona.
 - 3º escalon: Ablación de FA.
 - 4º escalon: Control de frecuencia con fármacos: betabloqueantes o calcioantagonistas no dihidropiridínicos (preferentemente verapamilo), pudiendo asociarse digoxina.
 - 5º escalon: Ablación de la unión AV e implantación de marcapasos.

- **Grupo 6: FA persistente sintomática sin cardiopatía en > 70 años.**
 - 1er escalon: Cardioversión eléctrica seguida de control de ritmo con fármacos antiarrítmicos: flecainida (propafenona si efectos adversos) + betabloqueantes.
 - 2º escalon: Control de frecuencia con fármacos: betabloqueantes o calcioantagonistas no dihidropiridínicos (preferentemente verapamilo), pudiendo asociarse digoxina.
 - 3º escalon: Cardioversión eléctrica seguida de control de ritmo con amiodarona.
 - 4º escalon: Ablación de la unión AV e implantación de marcapasos o, rara vez, ablación de FA.
- **Grupo 7: FA persistente sintomática, con cardiopatía en ≤ 70 años.**
 - 1er escalon: Cardioversión eléctrica seguida de control de ritmo con fármacos antiarrítmicos: preferentemente Amiodarona.
 - 2º escalon: Ablación de FA.
 - 3º escalon: Control de frecuencia con fármacos: betabloqueantes o calcioantagonistas no dihidropiridínicos (preferentemente verapamilo), pudiendo asociarse digoxina.
 - 4º escalon: Ablación de la unión AV e implantación de MP.
- **Grupo 8: FA persistente sintomática con cardiopatía en > 70 años.**
 - 1er escalon: Cardioversión eléctrica seguida de control de ritmo con fármacos antiarrítmicos: preferentemente Amiodarona.
 - 2º escalon: Control de frecuencia con fármacos: betabloqueantes o calcioantagonistas no dihidropiridínicos (preferentemente verapamilo), pudiendo asociarse digoxina.
 - 3º escalon: Ablación de la unión AV e implantación de MP.
- **Grupo 9: FA paroxística asintomática sin cardiopatía en ≤ 70 años.**
 - 1er escalon: Fármacos antiarrítmicos: Flecainida (propafenona si efectos adversos) + Betabloqueantes.
 - 2º escalon: Control de frecuencia con fármacos: betabloqueantes o calcioantagonistas no dihidropiridínicos (preferentemente verapamilo), pudiendo asociarse digoxina.
- **Grupo 10: FA paroxística asintomática sin cardiopatía en > 70 años.**

- 1er escalon: Control de frecuencia con fármacos: betabloqueantes o calcioantagonistas no dihidropiridínicos (preferentemente verapamilo), pudiendo asociarse digoxina.
- **Grupo 11: FA paroxística asintomática con cardiopatía en ≤ 70 años.**
 - 1er escalon: Control de frecuencia con fármacos: betabloqueantes o calcioantagonistas no dihidropiridínicos (preferentemente verapamilo), pudiendo asociarse digoxina.
- **Grupo 12: FA paroxística asintomática con cardiopatía en > 70 años.**
 - 1er escalon: Control de frecuencia con fármacos: betabloqueantes o calcioantagonistas no dihidropiridínicos (preferentemente verapamilo), pudiendo asociarse digoxina.
 - **Gru1er escalon**: Cardioversión eléctrica seguida de control de ritmo con fármacos antiarrítmicos: flecainida (propafenona si efectos adversos) + betabloqueantes.
 - 2º escalon: Control de frecuencia con fármacos: betabloqueantes o calcioantagonistas no dihidropiridínicos (preferentemente verapamilo), pudiendo asociarse digoxina.
- **Grupo 14: FA persistente asintomática sin cardiopatía en > 70 años.**
 - 1er escalon: Cardioversión eléctrica seguida de control de ritmo con fármacos antiarrítmicos: flecainida (propafenona si efectos adversos) + betabloqueantes.
 - 2º escalon: Control de frecuencia con fármacos: betabloqueantes o calcioantagonistas no dihidropiridínicos (preferentemente verapamilo), pudiendo asociarse digoxina.
- **Grupo 15: FA persistente asintomática con cardiopatía en ≤ 70 años.**
 - 1er escalon: Control de frecuencia con fármacos: betabloqueantes o calcioantagonistas no dihidropiridínicos (preferentemente verapamilo), pudiendo asociarse digoxina.
- **Grupo 16: FA persistente asintomática con cardiopatía en > 70 años.**
 - 1er escalon: Control de frecuencia con fármacos: betabloqueantes o calcioantagonistas no dihidropiridínicos (preferentemente verapamilo), pudiendo asociarse digoxina.
- **Grupo 13: FA persistente asintomática sin cardiopatía en ≤ 70 años.**

Gr	Síntomas	Patrón	Cardiopatía	Edad	1º escalón	2º escalón	3º escalón	4º escalón	5º escalón	Consulta Arritmias
1	Sí	Paroxística	No	≤ 70 años	Fleca + BB	Ablac FA				Escalón 2
2	Sí	Paroxística	No	> 70 años	Fleca + BB	C F Frec	- Si ENS: MP - Si BAV por FAA: C F Frec + MP	Amiod	AbNAV+M P ó Abl FA	Escalón 3
3	Sí	Paroxística	Sí ⁽¹⁾	≤ 70 años	Sota ó Amiod	Ablac FA ⁽²⁾				Escalón 3
4	Sí	Paroxística	Sí ⁽¹⁾	> 70 años	C F Frec	Sota ó Amiod	AbNAV+MP			Escalón 3
5	Sí	Persistente	No	≤ 70 años	CVE + Fleca + BB	CVE + Amiod	Abl FA	C F Frec	AbNAV+M P	Escalón 2
6	Sí	Persistente	No	> 70 años	CVE + Fleca + BB	C F Frec	CVE + Amiod	AbNAV+M P ó Abl FA		Escalón 3
7	Sí	Persistente	Sí ⁽¹⁾	≤ 70 años	CVE + Amiod	Abl FA ⁽³⁾	C F Frec	AbNAV+M P		Escalón 4
8	Sí	Persistente	Sí ⁽¹⁾	> 70 años	CVE + Amiod	C F Frec	AbNAV+MP			Escalón 4
9	No	Paroxística	No	≤ 70 años	Fleca + BB	C F Frec				NO
10	No	Paroxística	No	> 70 años	C F Frec					NO
11	No	Paroxística	Sí (*)	≤ 70 años	C F Frec					NO
12	No	Paroxística	Sí (*)	> 70 años	C F Frec					NO
13	No	Persistente	No	≤ 70 años	CVE + Fleca + BB	C F Frec				NO
14	No	Persistente	No	> 70 años	CVE + Fleca + BB	C F Frec				NO
15	No	Persistente	Sí ⁽¹⁾	≤ 70 años	C F Frec (Cir?)					NO
16	No	Persistente	Sí ⁽¹⁾	> 70 años	C F Frec (Cir?)					NO

Tabla 1: Tratamiento crónico de fibrilación auricular. Sota: sotalol; BB: betabloqueantes; Fleca: flecainida; CVE: cardioversión eléctrica; C F Frec: control farmacológico de frecuencia; Cir: cirugía; Abl FA: ablación de FA; AbNAV: ablación de nodo AV; ENS: enfermedad de nodo sinusal; BAV por FAA: bloqueo AV por fármacos antiarrítmicos, (1) En casos con cardiopatía, el primer paso será la optimización del tratamiento sobre la patología de base; (2) Individualizar dependiendo del tipo/severidad de la cardiopatía; (3) Protocolo de investigación en marcha: ablación de FA en la ICC.

3. TRATAMIENTO DEL EPISODIO AGUDO DE FA

El objetivo esencial es el control de los síntomas, constituyendo algo secundario el restaurar el ritmo sinusal. A tal efecto, deben primarse las consideraciones de seguridad sobre las de eficacia. Es presumible que a veces sea desconocido el patrón previo de presentación ó incluso la duración del episodio actual.

- **Variables clasificatorias**

Los aspectos que más nos ayudan en la decisión son:

- a) **Síntomas que experimenta el paciente derivados de la arritmia:** los hemos dividido en “severos” si se presume que la FA le condiciona una situación que amenaza la vida, “moderados”, si aqueja, por ej. incomodidad manifiesta ó hipotensión ligera, “ligeros (o nulos)” por ej un hallazgo en un paciente que acude por otro motivo.
- b) **Patrón de FA:** desconocido, paroxística ó crónica. Debemos reconocer que la FA paroxística es, por naturaleza, autolimitada y regresará a ritmo sinusal con independencia de nuestra terapéutica. El tratº en este caso pretende acelerar el paso a ritmo sinusal, pero es en este sentido en el que más debe insistirse en la seguridad frente a la eficacia. Cuando el paciente presenta su primer episodio de FA, por definición ignoramos el patrón.
- c) **Duración del episodio:** una mayor duración del episodio (> 48 hrs) tiene dos implicaciones: primero, una menor probabilidad de restauración farmacológica del ritmo sinusal, segundo, un mayor riesgo tromboembólico al recuperar el ritmo sinusal, independientemente del tratamiento que se realice para ello (FAA ó CVE). Con frecuencia, la duración es desconocida.
- d) **Presencia ó ausencia de disfunción ventricular:** La mayor parte de la experiencia clínica con fármacos de clase I (ej flecainida) se ha realizado en pacientes sin disfunción ventricular, en los que han demostrado ser razonablemente seguros. Aunque las guías no son explícitas a este respecto, viene siendo práctica común de

muchos grupos el evitar fármacos de clase I en pacientes con disfunción ventricular conocida, por lo que en estos casos se preferirá la CVE ó el uso de amiodarona que, a pesar de las evidencias de sus propiedades inotroponegativas, se ha usado en pacientes con disfunción cardíaca significativa con una tasa moderada de efectos adversos.

• Comentarios generales

Ante la duda acerca de la duración del episodio, si los síntomas no son severos, es preferible postponer los intentos de cardioversión hasta que el paciente lleve > 3 semanas anticoagulado.

El mencionar el Sintrom en esta tabla se refiere exclusivamente a su uso en relación estricta con la cardioversión. Su uso más general se trata más adelante.

• Opciones terapéuticas

Ante las diferentes situaciones clínicas se pueden elegir las siguientes actuaciones:

- a) Intentar cardioversión farmacológica
- b) Intentar cardioversión eléctrica (inmediata ó tras fracaso de cardioversión farmacológica)
- c) Control farmacológico de frecuencia

➤ Grupo 1: Síntomas severos con FA de patrón desconocido ó paroxístico y duración del episodio < 48 h:

- 1er escalon: Cardioversión eléctrica inmediata. Ingreso hospitalario.

➤ Grupo 2: Síntomas severos con FA de patrón desconocido ó paroxístico y duración del episodio > 48 hr:

- 1er escalón: Cardioversión eléctrica inmediata previo bolo de heparina sódica y seguida de perfusión de Heparina e inicio de Sintrom por un mínimo de 4 semanas. Ingreso hospitalario.

➤ **Grupo 3: Síntomas severos FA crónica conocida:**

- Control farmacológico de frecuencia al tiempo que debe considerarse que la descompensación tenga una causa no arritmológica. Ingreso hospitalario.

➤ **Grupo 4: Síntomas moderados con FA de patrón desconocido ó paroxístico y duración del episodio < 48 hr, sin disfunción ventricular:**

- 1º escalón: Flecainida en primera instancia, si fracasa, se realizará CVE pasadas 12 horas. Remitir al cardiólogo de área para estudio, en casos con historia recurrente ó de fracasos ó toxicidad farmacológica previa remitir a consulta de Arritmias.

➤ **Grupo 5: Síntomas moderados con FA de patrón desconocido ó paroxística y duración del episodio < 48 hr, con disfunción ventricular:**

- 1º escalón: Cardioversión eléctrica ó Amiodarona. Si se usa Amiodarona sin éxito, se realizará CVE pasadas 12 horas. Remitir al cardiólogo de área para estudio, en casos con historia recurrente ó de fracasos ó toxicidad farmacológica previa remitir a consulta de Arritmias.

➤ **Grupo 6: Síntomas moderados con FA de patrón desconocido ó paroxístico y duración del episodio > 48 hr ó desconocida:**

- 1º escalón: Control farmacológico de frecuencia y anticoagulación. Remitir al cardiólogo de área para estudio, en casos con historia recurrente ó de fracasos ó toxicidad farmacológica previa remitir a consulta de Arritmias.

➤ **Grupo 7: Síntomas moderados con FA crónica conocida:**

- 1er escalon: Control farmacológico de frecuencia. Remitir al cardiólogo de área para estudio.

➤ **Grupo 8: Síntomas ligeros con FA de patrón desconocido ó paroxístico y duración del episodio < 48 h, sin disfunción ventricular:**

- 1er escalon: Cardioversión farmacológica con Flecainida en primera instancia, si fracasa, se realizará cardioversión eléctrica pasadas 12 horas. Remitir al cardiólogo de área para estudio.

➤ **Grupo 9: Síntomas ligeros con FA de patrón desconocido o paroxístico y duración del episodio < 48 hr, con disfunción ventricular:**

- 1er escalon: Cardioversión eléctrica o farmacológica con Amiodarona. Si se usa Amiodarona sin éxito, se realizará CVE pasadas 12 horas. Remitir al cardiólogo de área para estudio.

➤ **Grupo 10: Síntomas ligeros con FA de patrón desconocido o paroxístico y duración del episodio > 48 hr ó desconocida:**

- 1er escalon: Control farmacológico de frecuencia e inicio de anticoagulación. Remitir al cardiólogo de área para estudio.

➤ **Grupo 11: Síntomas ligeros con FA crónica conocida:**

- 1er escalon: Control farmacológico de frecuencia. Continuar con la asistencia médica tal como la estuviera realizando.

Grupo	Síntomas	Patron de FA:	Duración	Disfunción Ventricular	1º escalón	2º escalón	Destino
1	Severos	Descon o Parox	< 48 h	Cualquiera	CVE		Ingreso
2	Severos	Descon o Parox	Descon o > 48 h	Cualquiera	CVE + Anticoag		Ingreso
3	Severos	Crónica	Crónica	Cualquiera	C F Frec + causa descomp		Ingreso (?)
4	Moderados	Descon o Parox	< 48 h	No	Flecainida	CVE tras 12 h	Cardiólogo Area / C Arritmias
5	Moderados	Descon o Parox	< 48 h	Sí	Amio ó CVE	CVE tras 12 h	Cardiólogo Area / C Arritmias
6	Moderados	Descon o Parox	Descon o > 48 h	Cualquiera	C F Frec + Anticoag		Cardiólogo Area / C Arritmias
7	Moderados	Crónica	Crónica	Cualquiera	C F Frec		Cardiólogo Area
8	Ligeros	Descon o Parox	< 48 hr	No	Flecainida	CVE tras 12 h	Cardiólogo Area
9	Ligeros	Descon o Parox	< 48 hr	Sí	Amio ó CVE	CVE tras 12 h	Cardiólogo Area
10	Ligeros	Descon o Parox	Descon o > 48 h	Cualquiera	C F Frec + Anticoag		Cardiólogo Area
11	Ligeros	Crónica	Crónica	Cualquiera	C F Frec		Mismo

Tabla 2: Tratamiento agudo de FA. Amio: amiodarona; C F Frec: control farmacológico de frecuencia; CVE: cardioversión eléctrica

4. PREVENCIÓN DEL RIESGO TROMBOEMBÓLICO

El esquema propuesto en las últimas guías parece adaptable a nuestro entorno, aunque plantea algunas incertidumbres, en las que hay que tomar decisiones. En la tabla que proponemos (Tabla 3) se sustituyen esas incertidumbres al modificar lo que las guías llaman “Less validated or weaker risk factors” por “factores de riesgo menor” (Tabla 4), y proponer una dicotomía entre los factores intermedios de tal forma que si solo hay uno se indique aspirina y si hay uno asociado a un factor menor se indiquen dicumarínicos (Tabla 3).

Categoría de riesgo	Recomendación
- Ningún factor - Solo factores de riesgo menor 1 factor de riesgo intermedio, sin factores menores	AAS 100 mg/d (*)
1 factor de riesgo intermedio + ≥ 1 factor de riesgo menor ≥ 2 factores de riesgo intermedio ≥ 1 factor de riesgo mayor	Anticoagulación, INR objetivo 2 a 3 (**)

Tabla 3. Recomendaciones de tratamiento antitrombótico en la FA. (*) En casos en los que el factor de riesgo intermedio sea Insuficiencia cardíaca ó FEVI $\leq 35\%$, se valorará el uso de anticoagulación. (**) En prótesis valvulares mecánicas se propone INR entre 2,5 y 3,5.

Menor	Intermedio	Mayor
Sexo femenino Edad 65-74 años Cardiopatía Isq. Hipertiroidismo	Edad ≥ 75 años Hipertensión Insuficiencia cardiaca FEVI $\leq 35\%$ Diabetes	ACVA o AIT Embolia previa Estenosis mitral Prótesis valvular

Tabla 4. Clasificación de los factores de riesgo tromboembólico.

5. CONSIDERACIONES ACERCA DE LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA PROGRAMADA

Nuestras recomendaciones para la realización de una cardioversión eléctrica programada son:

- Emplear siempre dicumarínicos, estando el INR entre 2 y 3 durante ≥ 3 semanas antes de la CVE y ≥ 4 semanas después
- En casos especiales, en los que la clínica desaconseje esperar varias semanas, realizar ETE y, si no hay trombos: empezar heparina y sintrom simultaneos, indicar CVE a la mayor brevedad (por ej en Hospital de Día), suspendiendo heparina cuando INR ≥ 2 y prosiguiendo con dicumarínicos durante ≥ 4 semanas
- Pretratar con fármacos antiarrítmicos, según las preferencias descritas en tabla 1: flecainida desde 3 días antes en ausencia de cardiopatía, sotalol (desde 3 días antes) ó amiodarona (desde 15 días antes) en presencia de cardiopatía de base severa, y continuar con el tratamiento iniciado si la CVE resulta agudamente efectiva.
- Se recomienda el uso de desfibriladores de onda bifásica y posición de palas anteroposterior, si se dispone de placas desechables.
- Energía: empezar con 200 julios con onda bifásica, si es ineficaz, subir a 360 julios.