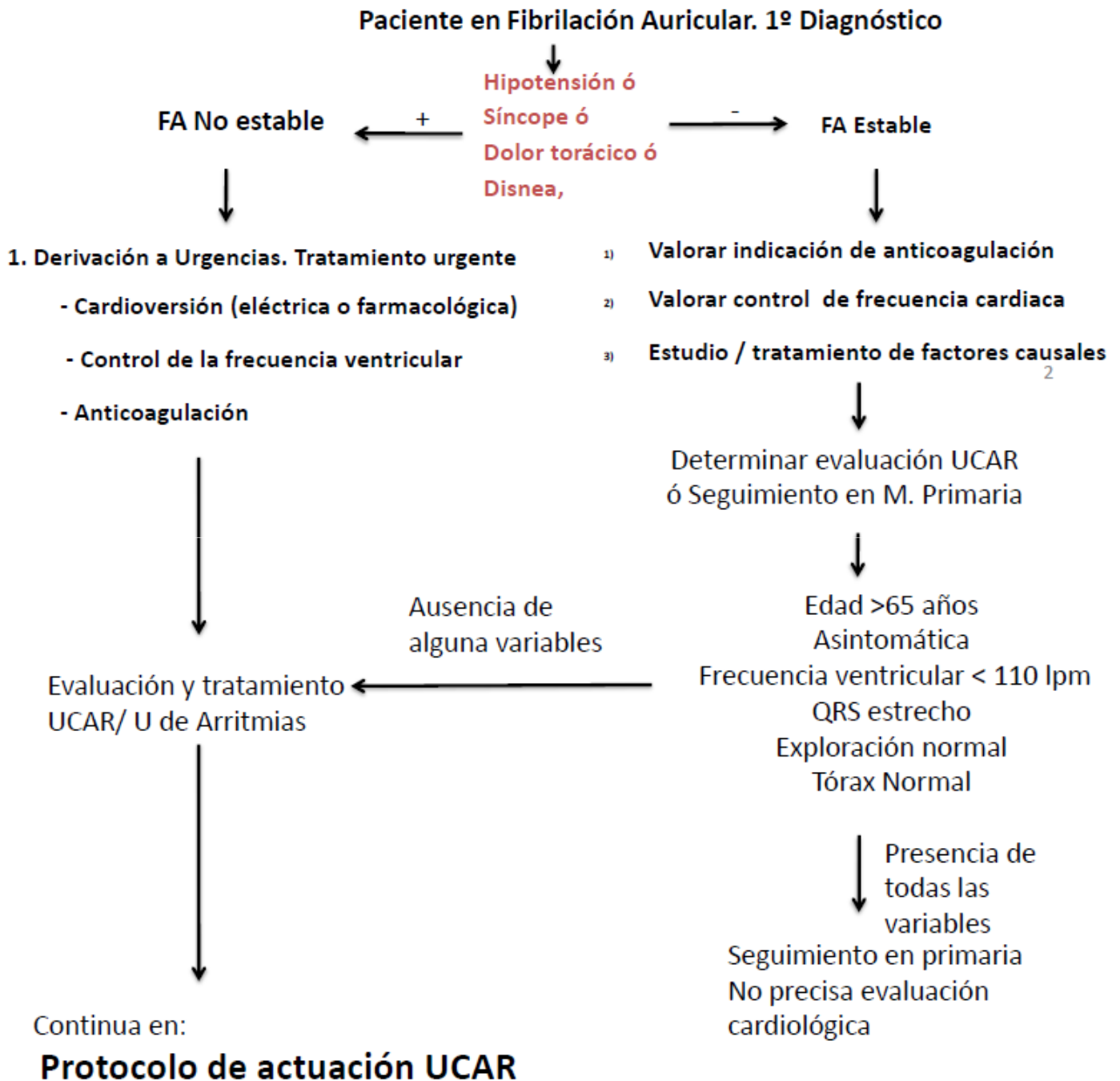


Fibrilación Auricular

Decisiones en paciente con fibrilación auricular:

- Valorar tratamiento urgente (derivación a urgencias).
- Valorar referencia a UCAR
- Valorar anticoagulación oral
- Valorar control del ritmo vs. control frecuencia
- Valorar método control del ritmo: fármacos vs. Ablación
- Valorar método control de la frecuencia ventricular

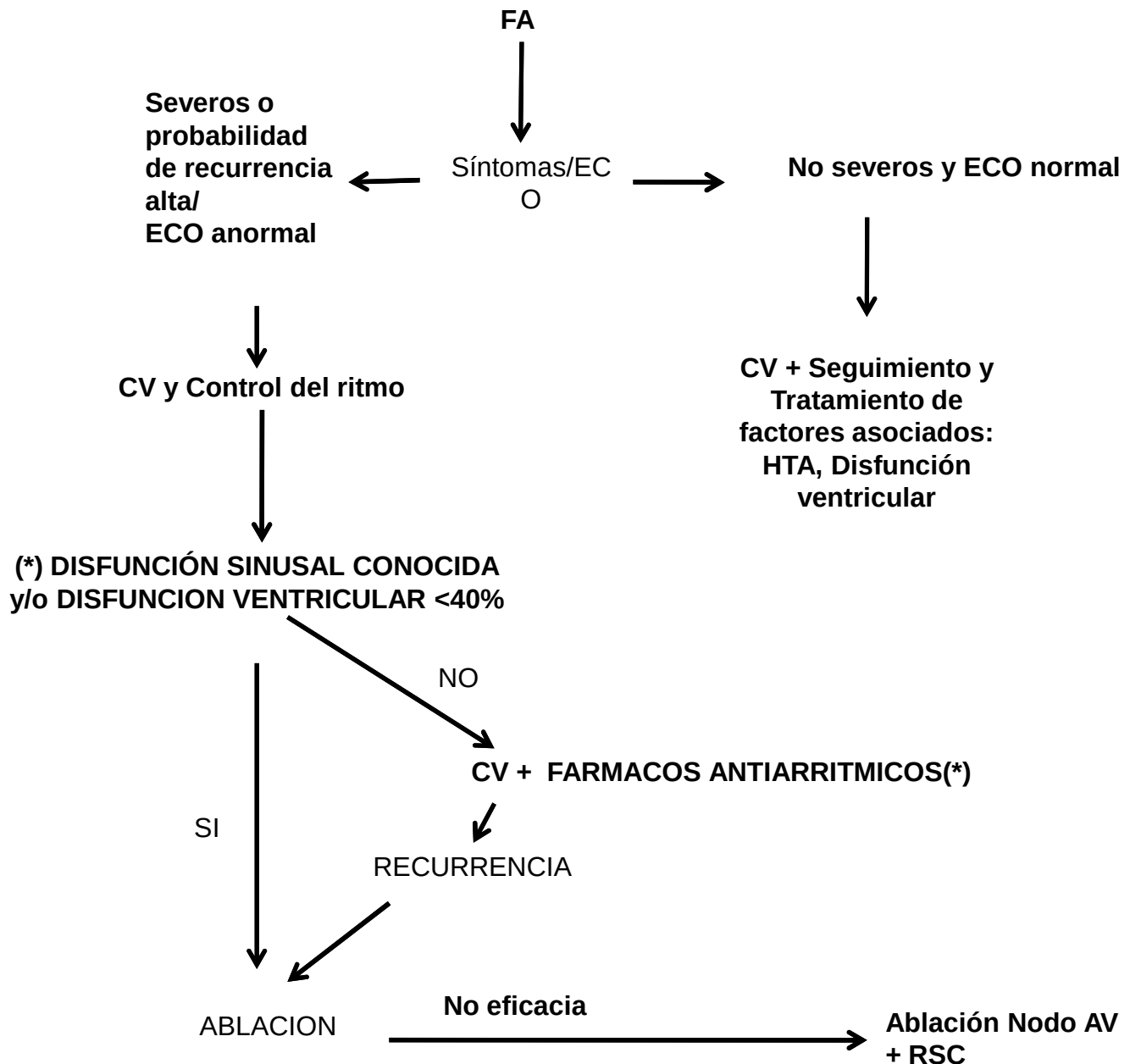
Evaluación Tratamiento De La Fibrilación Auricular



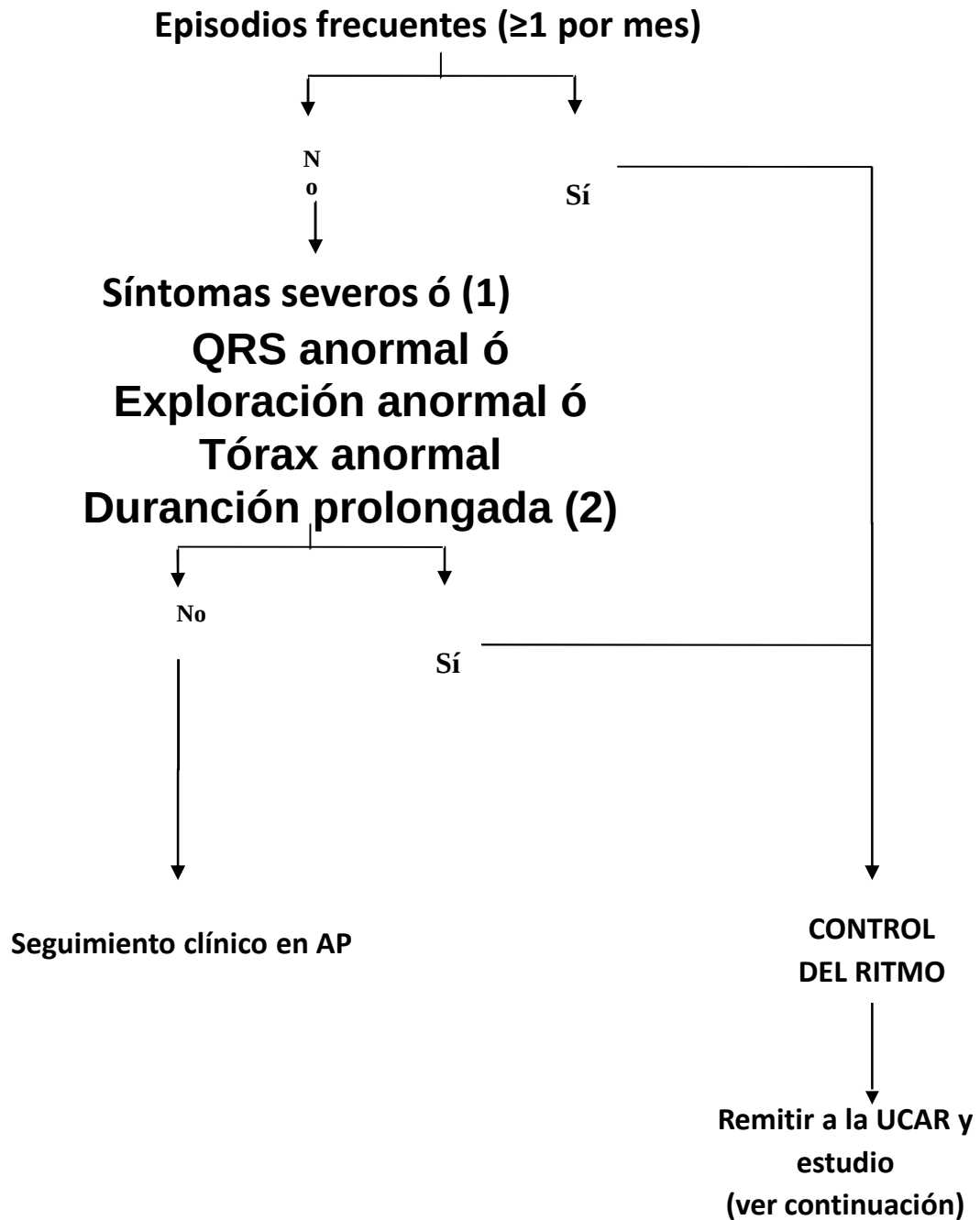
Protocolo Actuación UCAR

seguimiento 1 figura

Aplicable a paciente en FA primer episodio



FA Paroxística

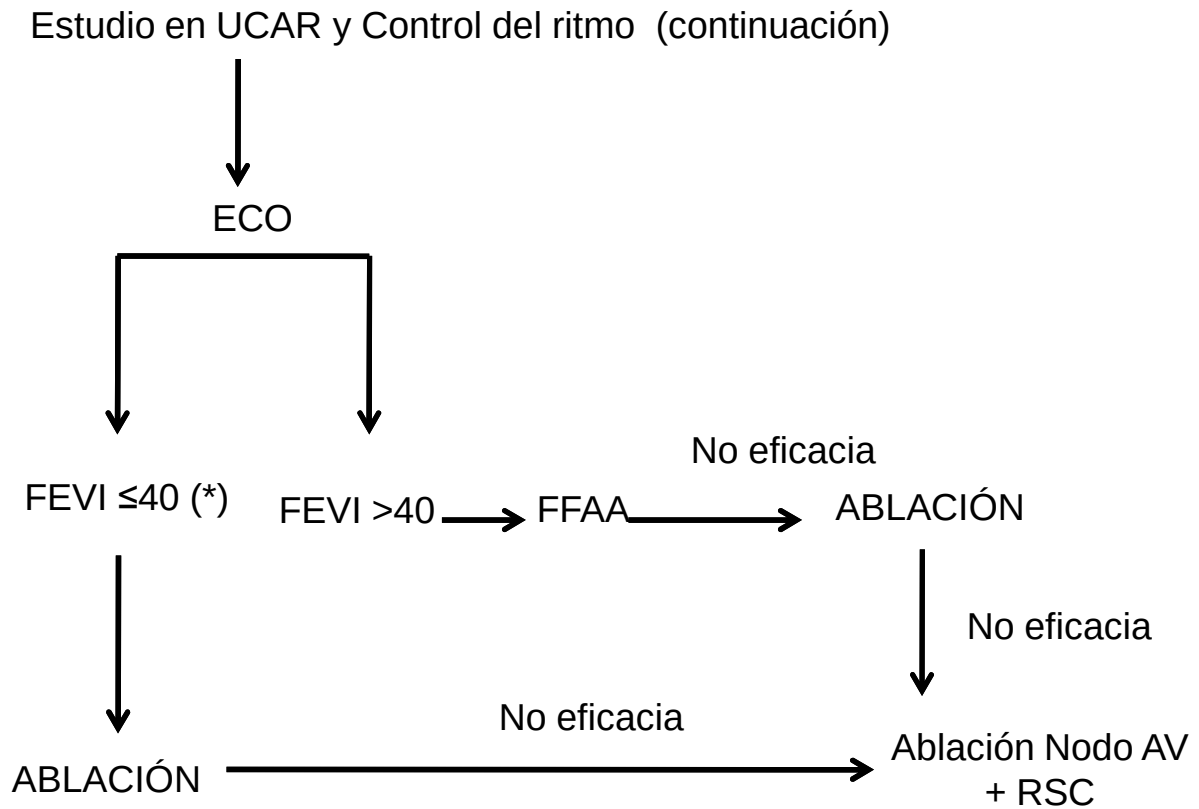


(1) Síncope/presíncope, dolor torácico, disnea, hipotensión

(2) > 2 horas

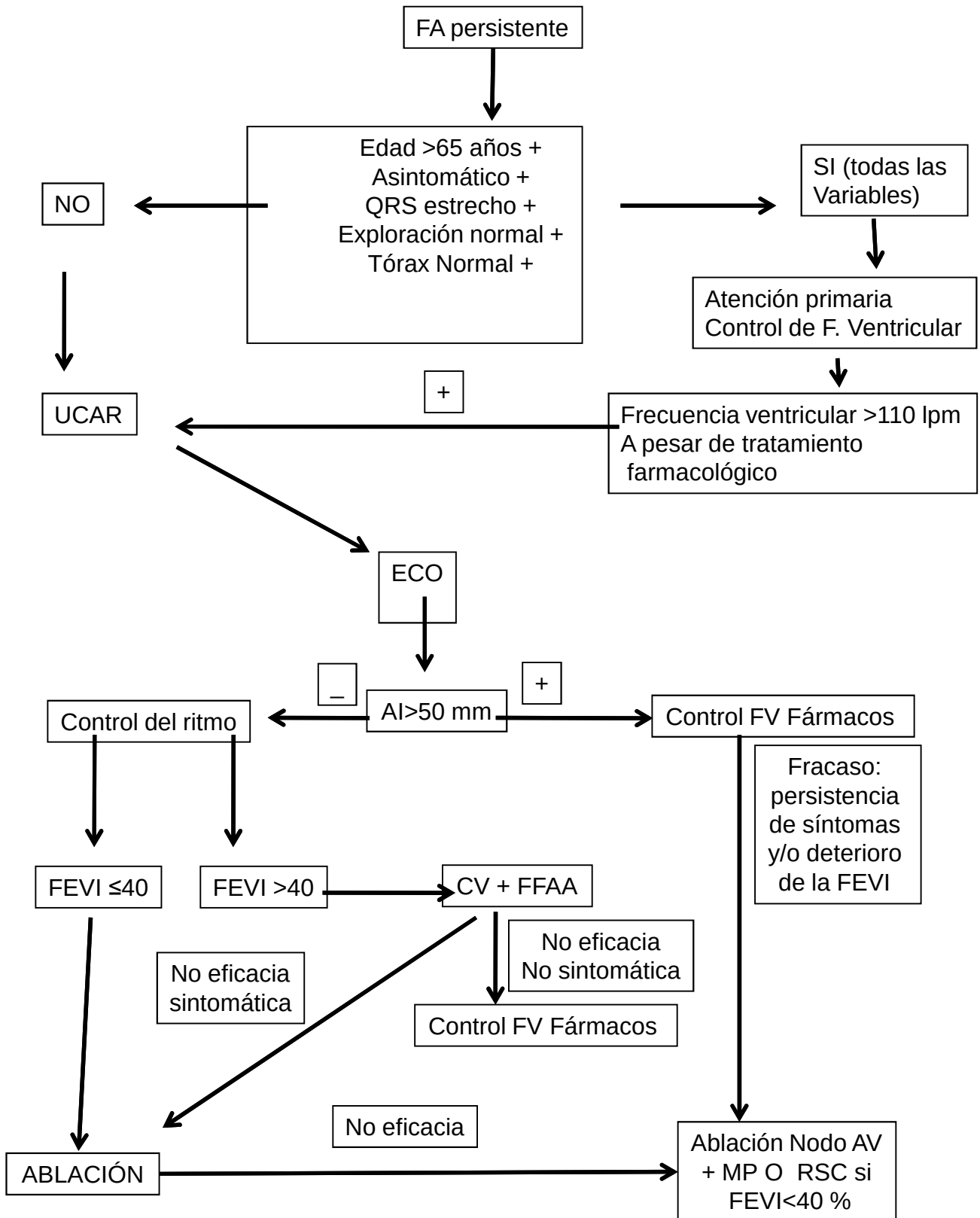
FA Paroxística

Estudio UCAR (continuación)



(*) ALTO RIESGO DE RECURRENCIA CON FARMACOS ANTIARRITMICOS Y DE EVOLUCIÓN A PERSISTENTE

FA Persistente



FIBRILACIÓN AURICULAR

Criterios de atención en cada nivel

CRITERIOS DE DERIVACION A URGENCIAS

- Clínica o hemodinámicamente inestable
 - Sincope
 - Dolor torácico
 - Hipotensión
 - Disnea
- Muy sintomática
- Con FC muy rápida sin respuesta a tratamiento

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A LA UCAR

- Siempre como abordaje inicial (salvo pacientes con severo deterioro clínico/biológico con FA oligo/asintomática no candidatos a estrategia de control de ritmo ni pruebas diagnósticas)

CRITERIOS DE SEGUIMIENTO EN UCAR

- Paciente joven (<65 años)
- FA paroxística frecuente
- FA sintomática (interferencia con la vida normal)
- Cardiopatía estructural de base
- Estrategia de control del ritmo
- Fracaso del control de la frecuencia

CRITERIOS DE SEGUIMIENTO EN AP

- FA permanente ó persistente con decisión tomada de estrategia de control de frecuencia ventricular y:
 - FA oligo/asintomática (no interfiere con vida normal)
 - Ausencia de cardiopatía estructural
 - Con control de la frecuencia ventricular eficaz
- Situación clínica/biológica que indica manejo conservador
- FA paroxística muy poco frecuente, asintomática, sin cardiopatía estructural y sin WPW

FIBRILACIÓN AURICULAR

Control de ritmo vs. Control de frecuencia

CRITERIOS DE CONTROL DEL RITMO (Fármacos antiarrítmicos)

- Primer episodio de FA ó FA paroxística con alguno de:
 - Síntomas severos ó inestabilidad hemodinámica
 - Alta probabilidad de recurrencia (cardiopatía estructural)
 - Recurrencias frecuentes (>1 al mes)
- FA persistente o de edad indeterminada con alguno de:
 - Muy sintomática (interfiere con vida normal)
 - Disfunción VI
 - Edad <65 años
 - Fracaso control frecuencia

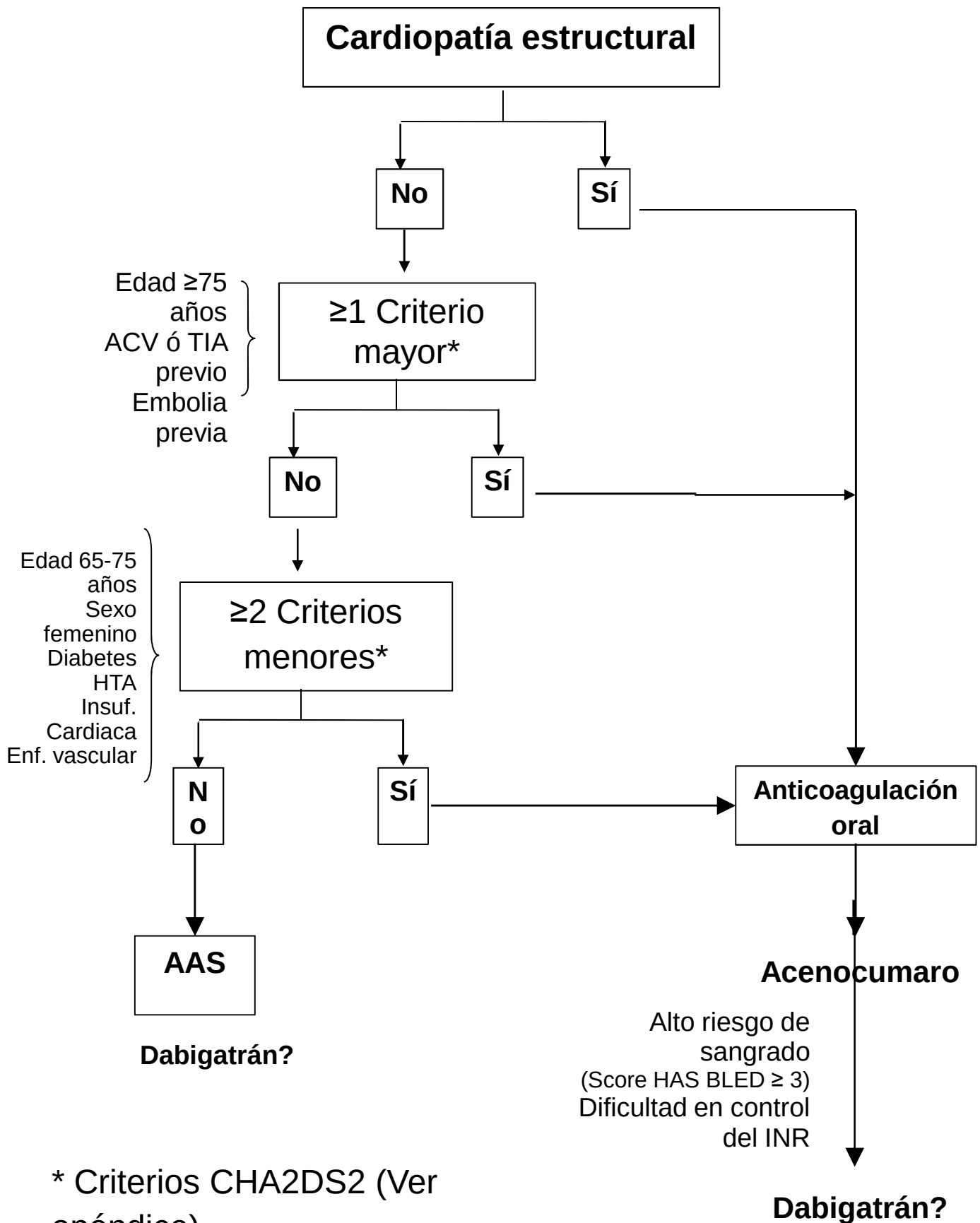
CRITERIOS DE CONTROL DE FRECUENCIA (Fármacos controladores de frecuencia)

- FA persistente o de edad indeterminada con todos los siguientes:
 - Edad >65 años
 - Asintomática (sin afectación de vida normal)
 - Ausencia de disfunción ventricular
 - QRS estrecho

CRITERIOS DE SEGUIMIENTO SIN FÁRMACOS PARA CONTROL DE RITMO / FRECUENCIA

- FA paroxística con todos los siguientes:
 - Asintomático (sin afectación de vida normal)
 - Sin cardiopatía
 - Recurrencias poco frecuentes (<1 al mes)

ANTICOAGULACIÓN EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR



Riesgo de sangrado. Escala HAS-BLED

TABLA 10. Características clínicas del sistema de puntuación de sangrado HAS-BLED

Letra	Característica clínica*	Puntos
H	Hipertensión	1
A	Función renal y hepática alteradas (un punto cada una)	1 o 2
S	Accidente cerebrovascular	1
B	Sangrado	1
L	INR lábil	1
E	Edad avanzada (> 65 años)	1
D	Fármacos o alcohol (un punto cada uno)	1 o 2
		Máximo 9 puntos

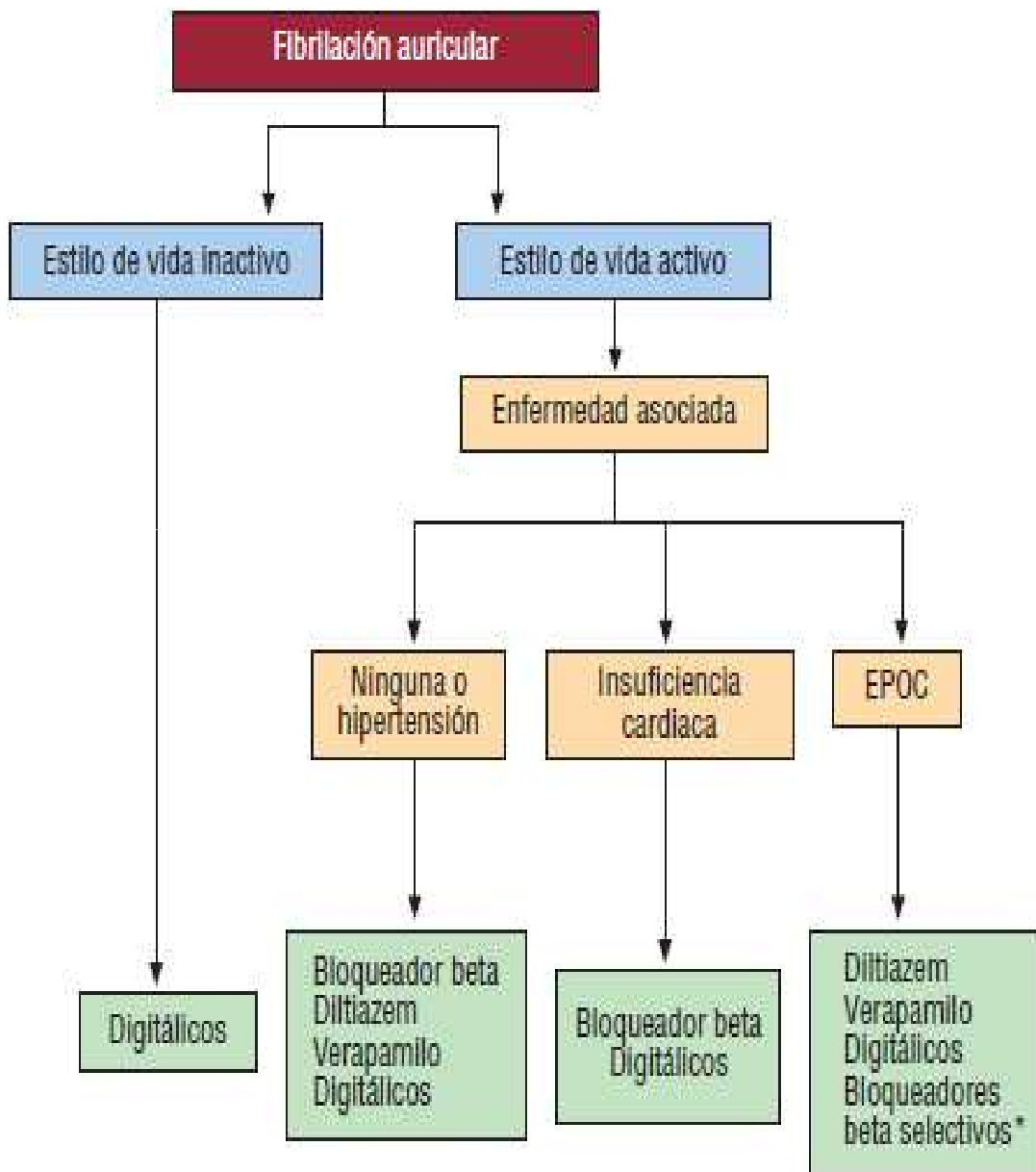
INR: razón normalizada internacional.

*«Hipertensión» se define como presión arterial sistólica > 160 mmHg. «Función renal alterada» se define como la presencia de diálisis crónica o trasplante renal o creatinina sérica $\geq 200 \mu\text{mol/L}$. «Función hepática alterada» se define como enfermedad hepática crónica (p. ej., cirrosis) o evidencia bioquímica de trastorno hepático significativo (p. ej., bilirrubina > 2 veces el límite superior normal, en asociación con aspartato aminotransferasa/alaninaminotransferasa/fosfatasa alcalina > 3 veces el límite superior normal, etc.). «Sangrado» se refiere a historia previa de sangrado y/o predisposición al sangrado, p. ej., diátesis, anemia, etc. «INR lábil» se refiere a valor de INR inestable/elevado o poco tiempo en el intervalo terapéutico (p. ej., < 60%). «Fármacos o alcohol» se refiere al uso concomitante de fármacos, como antiplaquetarios, antiinflamatorios no esteroideos, abuso de alcohol, etc.

Adaptado de Pisters et al^[60].

Control farmacológico de la frecuencia ventricular

La elección de los fármacos depende del estilo de vida y de la enfermedad subyacente



Uso de beta-bloqueantes:

- En pacientes con insuficiencia cardíaca, disfunción VI ó EPOC: **Bisoprolol ó Carvedilol**
- En demás pacientes: **Atenolol**

FIBRILACIÓN AURICULAR

Papel del médico de Atención Primaria

1. **Diagnóstico de la FA**, sobre todo la asintomática (Ex. Física, ECG)
2. **Realizar ECG** y valorar en el mismo la presencia de posible causa subyacente (infarto, hipertrofia del VI, síndrome de preexcitación...)
3. **Identificar pacientes a los que sea necesario remitir a otro nivel asistencial:** Valorar criterios para estrategias de tratamiento, riesgos...
4. **Valorar la necesidad de iniciar tratamiento:**
 - para la prevención de accidentes embólicos
 - para el control de la frecuencia o del ritmo
5. **Iniciar diagnóstico causal y pruebas complementarias apropiadas**
 - Estudio función tiroidea (posible causa de FA, sobre todo en ancianos)
 - Rx de tórax si sospecha patología pulmonar/ o Insuficiencia cardíaca.
 - Bioquímica (alteraciones de electrolitos → precipitante o ↑ toxicidad)
 - Recuento sanguíneo (anemia → aumenta la FC y empeora síntomas)
 - Estudio de coagulación (factores de riesgo trombótico/hemorrágico)
 - Función hepática (nivel basal para control hepatotoxicidad de fcos.)
6. **Monitorizar el tratamiento ya establecido y sus resultados**
 - Comprobar éxito de la estrategia (persistencia en RS o control de FC)
 - Controlar y minimizar el riesgo de toxicidad del tratamiento
 - Anticipar interacciones farmacológicas clínicamente relevantes