

Fibrilación Auricular.

Dr. Antonio Rodríguez

Fibrilación Auricular

- Fibrilación auricular intermitente.
- Fibrilación auricular persistente.
- Fibrilación auricular permanente.

Epidemiología

- La arritmia mas común en la practica.
- Su frecuencia aumenta con la edad.
- Prevalencia de 5% ptes de 65 anos.
- Causa común y condiciones asociadas: HTA, Cardiomiopatía, Enf. Valvular, Enfermedad nodo sinusal, WPW, Abuso de alcohol, Tirotoxicosis.

Historia y Examen físico.

- El paciente puede estar asintomático.
- Palpitaciones, mareos, presincope, fatiga, disnea.
- Sincope franco no es común.
- Síndrome taquicardia-bradicardia.
- Arritmia ventricular en pacientes con FA y Miocardiopatía.

Examen físico.

- Pulso irregular.
- Variable intensidad del primer ruido.
- No hay S4, tampoco onda "A".
- Plétora yugular en insuficiencia cardiaca.
- R3 y "Rales" en insuficiencia cardiaca.

Diagnostico Diferencial Electrocardiográfico.

- Aleteo auricular.
- Multifocal auricular taquicardia (MAT).
- Impulsos aberrantes.

Tratamiento.

- Control de la respuesta ventricular
- Mantenimiento del ritmo sinusal
- Prevención AVC

Control farmacológico de la respuesta ventricular

- B-Bloqueantes: particularmente importantes en hipertiroidismo, enf.coronaria, miocardiopatía, post.operado del corazón.
- Calcio antagonistas.
- Digital.
- Amiodarona.

Control NO farmacológico de la respuesta ventricular

- Ablación del nodo A-V. con colocación de marcapaso VVIR en pacientes con fibrilación crónica, o DDIR en casos de FA intermitente.
- "Modulación" Nodo A-V

Mantenimiento del ritmo sinusal.

- Clase IA:

Quinidina
Disopiramida
Procainamida

Aumentan conducción AV Monitorizar QTc.
- Clase IC:

Propafenona
Flecainida

Disminuye conducción AV, evaluar duración QRS, primera elección con corazón normal.

Mantenimiento del ritmo sinusal.

- Clase III:

Amiodarona
Sotalol
Dofetilide
Ibutilide

Amiodarona agente de elección para pacientes con disfunción ventricular. Todos aumentan el Q-T. Dofetilide, Ibutilide son mas nuevos (bloqueadores corrientes de potasio).

Cual es mejor ?

Estudio **AFFIRM** no muestra una supremacía clara entre las dos estrategias de tratamiento, es mas en el grupo de los pacientes con control de ritmo existe una tendencia hacia efectos adversos pulmonares, gastrointestinales, bradiarritmias y torsión de punta

N Engl J Med 347:1825-1833, 2002

Eléctrica cardioversion

- Onda bifásica es mejor que monofásica.
- Requiere menos energía.
- Es mejor la posición de las paletas antero-posterior.
- La asociación de antiarrítmicos mas AT II puede mejorar el % de éxito.
- ETE antes si la FA tiene mas 48hrs.

Prevención de AVC, factores de riesgo para tromboembolismo.

▪ Riesgo Clínico

Edad avanzada
 Previo AVC
 Hipertensión arterial
 Diabetes
 Falla cardiaca.
 Valvas protésicas
 Tirotoxicosis

▪ Riesgo Ecocardiografico

Disfunción VI
 Crecimiento AI
 Humo
 Vel. apendice menos 0.5 cmxseg.

Manejo anticoagulación en fibrilación auricular

Edad-años	Factor Riesgo	Recomendación
Menos 65 años	Presente	Warf.INR 2-3
	Ausente	AAS o nada.
65-75 años	Presente	Warf.INR 2-3
	Ausente	ASS.
Mayor 75 años		Warf.INR 2-2.5.

Chest 108 (Suppl):352S-359S, 1995