

Abordaje inicial de la fibrilación auricular en atención primaria

Enric Estévez Rovira^{a,*} y Gerard Brugué Fontàs^b

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

^b 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^{1,2}.

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 cronicación¹.

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”¹.

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
De novo	Primer episodio diagnosticado
Paroxística	Autolimitada en el tiempo, habitualmente en menos de 24-48 h, aunque puede llegar a durar una semana
Persistente	Duración superior a las 48 horas
Permanente o crónica	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%¹.

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 mujeres³.

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)⁴.

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 contraindicación¹⁻⁴.

• **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 FA¹.

Para restablecer el ritmo sinusal existen dos opciones: cardioversión eléctrica o farmacológica¹.

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 desfibrilable¹.

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-

lar. En ausencia de ecocardiografía consideraremos como “alta probabilidad de no tener cardiopatía estructural significativa” si los siguientes parámetros son normales:

- Anamnesis: ausencia de clínica cardiológica previa.
- Exploración física de aparato cardiovascular.
- Electrocardiograma sin alteraciones (signos de necrosis, bloqueo de rama tanto derecha como izquierda, alteraciones de repolarización ni crecimientos de cavidades).
- Radiografía de tórax normal.

En caso de que exista cualquier anomalía en estos parámetros, consideraremos que el paciente puede padecer una cardiopatía estructural significativa.

En el grupo de pacientes sin cardiopatía estructural significativa, los fármacos de elección serían la flecainida como primera opción, y la amiodarona como alternativa.

Las dosis serían las siguientes:

- Flecainida: comprimidos de 100 mg, dosis de carga 200 mg por vía oral (v.o.) (300 mg si el paciente pesa más de 70 kg, en dosis única) y dosis de mantenimiento de 200-300 mg/24 h (dos veces al día).
- Amiodarona: comprimido de 200 mg o ampollas de 150 mg, en dosis inicial de 300 mg por vía endovenosa (e.v.) en 20 minutos, seguidos de 900 mg en 24 horas en perfusión continua. Dosis de mantenimiento de 200 mg/24 h v.o. Hay que recordar su posible efecto acumulativo y toxicidad pulmonar, que hace no recomendable este fármaco en tratamientos a largo plazo.

Como alternativa a estos fármacos existe la propafenona con las siguientes dosis: comprimidos de 150 mg y 300 mg, dosis inicial de 450 mg v.o. (600 mg si el paciente pesa más de 70 kg), mantenimiento de 450-900 mg/24 h (tres veces al día). Este fármaco debería evitarse en pacientes asmáticos o con patología neumológica de base por su efecto betabloqueante.

En el caso de cardiopatía estructural de base, el único fármaco indicado es la amiodarona en las dosis indicadas antes.

Cabe recordar también que existe la posibilidad de cardioversión diferida, por parte de cardiólogo de zona, antes de la cual deberíamos descoagular si está indicado, durante al menos 4 semanas.

Control de frecuencia

En caso de precisar control de frecuencia, deberíamos plantearnos igualmente si existe o no cardiopatía de base o insuficiencia cardíaca.

En caso de no presentar patología de base (o patología leve) los fármacos de elección serían:

- Betabloqueantes de elección por su beneficio en morbimortalidad (esmolol, atenolol, carvedilol, propranolol v.o. o metoprolol e.v.).

TABLA 3. Fármacos usados en tratamiento de la fibrilación auricular

FRENADORES		
Fármaco	Administración i.v.	Dosis de mantenimiento oral
Metoprolol	Bolo 2,5-5 mg máx. 3 dosis	100-200 mg
Bisoprolol		2,5-10 mg
Atenolol		25-100 mg
Propranolol	0,15 mg/kg en 1 min	10-40 mg
Carvedilol		3,125-25 mg/12 h
Verapamilo	0,0375-0,15 mg/kg en 2 min	40-360 mg
Diltiazem	5-15 mg/h en 15 min	60-360 mg
Digoxina	0,5-1 mg	0,125-0,25 mg
FÁRMACOS PARA CARDIOVERSIÓN		
Amiodarona	5 mg/kg i.v. durante 30 min	50 mg/h
Flecainida	2 mg/kg i.v. durante 10 min o 200-300 mg v.o.	
Propafenona	2 mg/kg i.v. durante 10 min o 450-600 mg v.o.	

- Calcioantagonistas (diltiazem o verapamil v.o. o e.v.). Se deberían evitar en caso de disfunción ventricular.

En caso de cardiopatía de base o insuficiencia cardíaca, el fármaco de elección es la digoxina, junto con betabloqueantes a dosis bajas (tabla 3).

El objetivo del control de frecuencia es mantenerla por debajo de 110 latidos por minuto¹.

Evitar complicaciones tromboembólicas

El siguiente paso en el manejo de la FA es evitar las complicaciones tromboembólicas. Hay que recordar que la FA es la arritmia cardíaca más trombogénica.

Actualmente, para decidir si requiere o no tratamiento profiláctico, se usa la escala de CHA₂DS₂-VASc⁵ (tabla 4).

Con una puntuación de 0 en esta escala no se precisa ningún tratamiento profiláctico. En caso de ser superior a 1 en hombres o superior a 2 en mujeres estaría indicado tratamiento anticoagulante⁵.

Una vez calculado el riesgo tromboembólico siempre se debe tener en cuenta el riesgo de sangrado antes de iniciar el tratamiento. La tasa espontánea de hemorragia intracraneal secundaria al tratamiento es del 0,1-0,6%. Con un índice internacional normalizado (INR) entre 2 y 3 no se aumenta el

TABLA 4. Escala CHA2DS2-VASc

Factor de riesgo CHA2DS2-VASc	Puntuación
Insuficiencia cardíaca congestiva/disminución de FEVI	+1
Hipertensión	+1
Mayor o igual a 75 años	+2
Diabetes mellitus	+1
ACV, AIT o tromboembolia	+2
IAM o vasculopatía periférica	+1
Edad entre 65 y 74 años	+1
Sexo mujer	+1

ACV: accidente cerebrovascular; AIT: accidente isquémico transitorio; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IAM: infarto agudo de miocardio.

TABLA 5. Escala HAS-BLED

HAS-BLED	Característica clínica	Puntuación
H	Hipertensión (PAS > 160 mmHg)	1
A	Alteración de la función renal o hepática (un punto cada uno de ellos)	1-2
S	ACV	1
B	Sangrado (historia de sangrado o predisposición)	1
L	INR lábil (valores en intervalo terapéutico < 60% del tiempo)	1
E	Edad (>65 años)	1
D	Drogas (fármacos o alcohol, un punto cada uno de ellos)	1-2

ACV: accidente cerebrovascular; INR: índice internacional modificado; PAS: presión arterial sistólica.

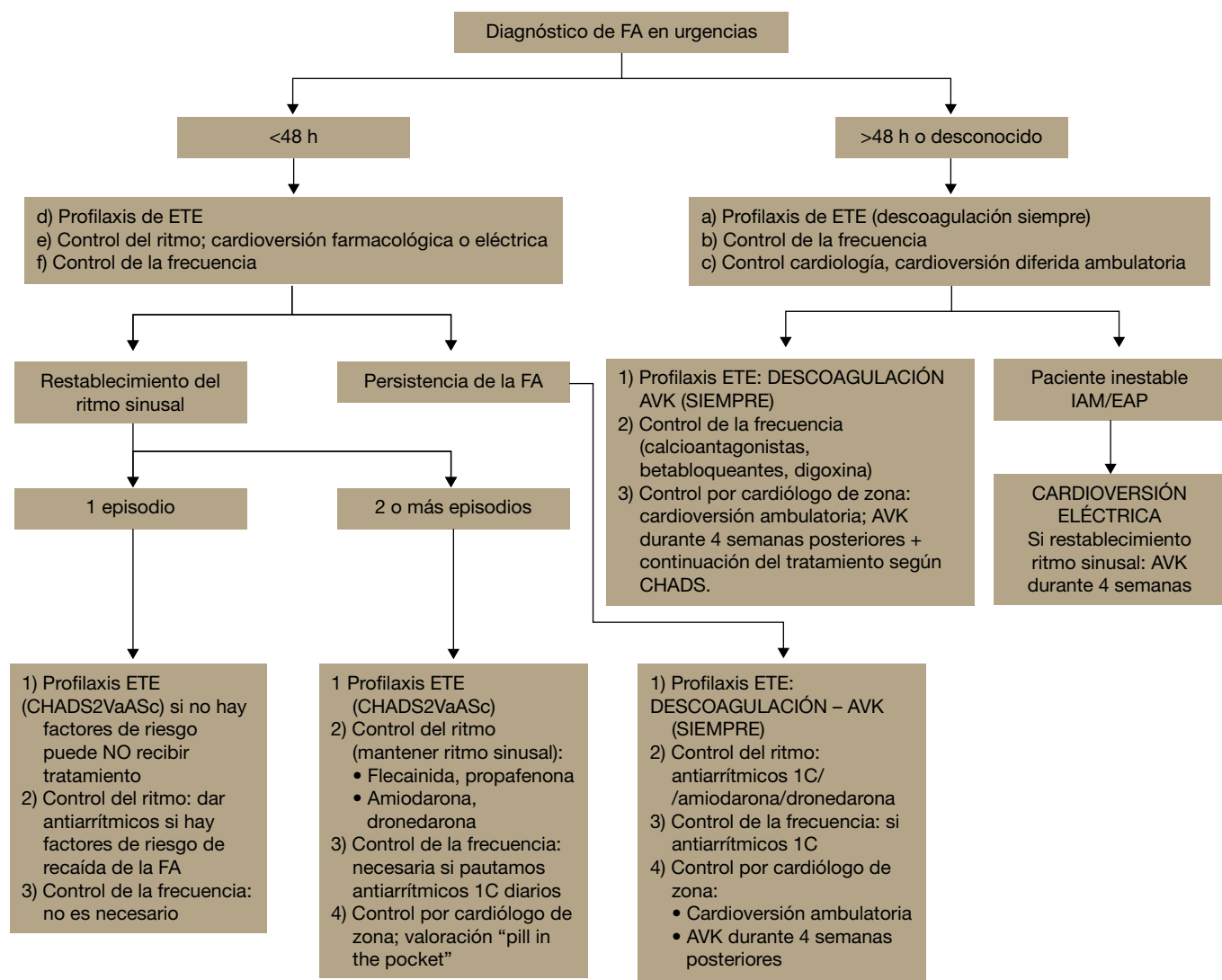


Figura 1. Algoritmo de actuación ante una fibrilación auricular.

AVC: accidente cerebrovascular; AVK: antiVitamina K; EAP: edema agudo de pulmón; ETE: enfermedad tromboembólica; IAM: infarto agudo de miocardio.

riesgo de sangrado respecto a valores inferiores de INR, y es estadísticamente significativo el aumento de riesgo de sangrado con INR > 4. Para ello se utiliza preferentemente la escala de HAS-BLED⁶ (tabla 5).

Los fármacos de elección para la anticoagulación siguen siendo, hasta el momento, los antivitamina K como el acenocumarol, siempre y cuando se mantenga dentro del rango terapéutico indicado, aunque existen nuevos fármacos anti-coagulantes directos (ACOD) tales como apixabán, rivaroxabán, dabigatrán, entre otros.

Finalmente, a modo de resumen adjuntamos en la figura 1 el algoritmo que muestra el correcto diagnóstico y tratamiento de la FA.

Errores frecuentes

- Recordar realizar el diagnóstico diferencial correctamente con el resto de las arritmias cardíacas.
 - Usar tratamiento con ácido acetilsalicílico en caso de resultado de escala CHA₂DS₂-VASc de 0 en hombres o de 1 en mujeres.
 - Usar el DEA para la cardioversión de la FA en paciente inestable hemodinámicamente.

- No usar betabloqueante en pacientes en los que su indicación es clara.

Bibliografía

1. 2016 ESC/EACTS Guidelines for the Management of Atrial Fibrillation. *Eur Heart J.* 2016;37:2893-962.
2. Gómez-Doblas JJ, Muñoz J, Alonso Martín JJ, Rodríguez-Roca G, Lobos JM, Awamleh P, et al. Prevalence of atrial fibrillation in Spain. OFRECE study results. *Rev Esp Cardiol.* 2014;67:259-69.
3. Cea-Calvo L, Redón J, Lozano JV, Fernández-Pérez C, Martí-Canales JC, Llisterri JL, et al. Estudio PREV ICTUS. *Rev Esp Cardiol.* 2007;60:616-24.
4. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D, Casadei B, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS: The Task Force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC, endorsed by the European Stroke Organisation (ESO). *Eur Heart J.* 2016;37:2893-962.
5. Joundi RA, Cipriano LE, Sposato LA, Saposnik G; on behalf of the Stroke Outcomes Research Working Group. Ischemic stroke risk in patients with atrial fibrillation and CHA₂DS₂-VASc score of 1. Systematic review and meta-analysis. *Stroke.* 2016;47:1364-7.
6. Esteve-Pastor MA, García-Fernández A, Macías M, Sogorb F, Valdés M, Roldán V, et al. Is the ORBIT bleeding risk score superior to HAS-BLED score in anticoagulated atrial fibrillation patients? *Circ J.* 2016; 80:2102-8.