

# ***Atención Integral del Ictus en Atención Primaria***

---

## **Unidad 2. Fibrilación auricular. Detección, manejo y registro en la Historia Clínica Digital (DIRAYA)**

### ***Autores***

Fernández Romero, Antonio José

*Facultativo especialista de Cardiología. Hospital de Alta Resolución de Utrera. Sevilla.*

Manjón Collado, María Teresa

*Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Rinconada. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte.*

### **Detección de la fibrilación auricular en Atención Primaria**

La FA es la arritmia más prevalente, llegando casi al 20% en población mayor de 80 años. Su presentación de forma silente y las graves consecuencias que conlleva su presencia, como la muerte, el accidente cerebrovascular o la insuficiencia cardiaca, hace que su detección temprana sea una medida extraordinariamente importante.

Debemos promover el cribado de la FA silente ***mediante la palpación de pulso y/o auscultación cardiaca y realización de un ECG de doce derivaciones en el caso de que fuera irregular.*** Este simple método ha demostrado ser coste-efectivo en la población mayor de 65 años y otros grupos de riesgo, como pacientes con: hipertensión arterial, cardiopatías, enfermedad renal crónica, obesidad y diabetes.

### **Definición y tipos de fibrilación auricular**

La FA se define como un trazado completamente arrítmico y sin ondas p, con una línea de base fibrilada (ondas f).

Su origen inicialmente radica en las venas pulmonares y posteriormente se perpetúa por el remodelado eléctrico y estructural de la aurícula izquierda.

Se distinguen 5 tipos:

**FA diagnosticada por primera vez:** primera vez que se detecta, sea del tipo que sea.

**FA paroxística:** aquella que revierte en menos de 7 días (usualmente en menos de 48h).

**FA persistente:** aquella que dura más de 7 días pero se toma la decisión de intentar cardioversión más adelante.

**Fa persistente de larga duración:** FA de duración  $\geq 1$  año tras tomar decisión de control del ritmo cardiaco.

**FA permanente:** antiguamente conocida como crónica. Se desestima intentar cardiovertir.

# Atención Integral del Ictus en Atención Primaria

## Manejo de la FA en Atención Primaria

Los objetivos terapéuticos en la FA son siempre la prevención de las embolias y el control de frecuencia. Sin embargo, el control del ritmo es un objetivo individualizado según el perfil clínico del paciente. La atención integral del paciente con FA requiere cambios en el estilo de vida (es fundamental la abstención alcohólica) y control de los factores de riesgo cardiovascular.

Casi la totalidad de los casos de FA se pueden resolver mediante estos tres pasos:

### **1) Primer paso: determinar si la FA lleva > 48 h de evolución**

Si se desconoce el comienzo (cronología indeterminada), consideraremos que su duración es > 48h. Éste es el tiempo estimado en el que puede formarse un coágulo sanguíneo intracardiaco con el riesgo consiguiente de embolización si se realiza cardioversión.

Sólo en caso de inestabilidad hemodinámica habría que plantear la cardioversión eléctrica inmediata del paciente, independientemente del tiempo de evolución.

Conclusión: no cardiovertir (no antiarrítmicos) si tiempo de evolución > 48h ó indeterminado

### **2) Segundo paso: prevención del ictus isquémico, control de frecuencia y del ritmo (“el ABC de la FA”)**

**A. Anticoagular.** El tratamiento anticoagulante puede prevenir la mayoría de los AVC en pacientes con FA. Utilizaremos la escala CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc para determinar la indicación de anticoagular.

	CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> VASc = 1	CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> VASc ≥2
Mujer	No anticoagular	Anticoagular
Hombre	Individualizar indicación	Anticoagular

Usaremos la escala HAS-BLED para determinar el riesgo hemorrágico. Una puntuación ≥ 3 puntos significa alto riesgo hemorrágico y requiere una decisión interdisciplinaria y consensuada con el/la paciente si presenta alto riesgo embólico.

Es muy importante que en cuanto se diagnostique la FA, si cumple criterios de anticoagulación, se inicie tratamiento anticoagulante en el mismo acto médico con heparina de bajo peso molecular y posterior contacto con la Unidad de Trombología.

**B. Bradicardizar.** Es procedente el control de la frecuencia si ésta es mayor de 110 latidos por minuto en reposo.

**C. Cardiovertir.** La reversión a ritmo sinusal está indicado para mejorar los síntomas de los pacientes que siguen sintomáticos a pesar de tener la frecuencia cardiaca controlada. Si la FA tiene una cronología > 48h y se opta por esta estrategia es necesario tres semanas de anticoagulación correcta previa. La cardioversión puede realizarse farmacológicamente o eléctricamente. La cardioversión eléctrica sincronizada es el método de elección en pacientes con FA y grave deterioro hemodinámico; para ello es importante la sedación previa del paciente con midazolam o propofol, choque bifásico y siempre activando el modo sincronizado del desfibrilador.

### **3) Tercer paso: uso de fármacos**

Mediante la fácil regla nemotécnica (A-B-C-D-F) se puede realizar un excelente manejo del paciente con FA en el ámbito de la Atención Primaria.

**A. Amiodarona:** podemos considerarlo el “comodín” ya que es un fármaco con múltiples propiedades antiarrítmicas (arritmias supra y ventriculares), tiene efectos cronotrópicos negativos, se puede usar en pacientes jóvenes y ancianos, con y sin cardiopatías y en situaciones agudas o crónicas. Es por ello que sirve para todas las opciones de FA. Sin embargo, debido a sus múltiples efectos secundarios si se toma a largo plazo, su uso debe ser relegado al último escalón o cuando no se disponga de otras opciones.

**B. Betabloqueantes:** son los bradicardizantes de primera elección para el control de la frecuencia cardiaca. Su uso está contraindicado en hipotensión arterial, asma, EPOC agudizado e insuficiencia cardiaca aguda.

**C. Calcioantagonistas no dihidropiridínicos (Verapamil o Diltiazem):** bradicardizantes de segunda elección si no se pueden usar los betabloqueantes. Se debe evitar su uso concomitante con betabloqueantes, así como en hipotensión arterial. Están contraindicados en insuficiencia cardiaca (aguda o crónica).

**D. Digoxina:** se recomienda su uso como bradicardizante de primera opción en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda o si la hipotensión arterial impide el uso de betabloqueantes o calcioantagonistas. Puede asociarse a éstos si se necesita conseguir un control más efectivo de la frecuencia cardiaca. Es necesario realizar una monitorización de la digoxinemia en su uso crónico. Dosis iv: 0,5 mg en bolo. Dosis v.o: 0,06 a 0,25 mg/día.

**F: Flecainida:** fármaco antiarrítmico cardioversor de elección en pacientes sin cardiopatía. Previo a la introducción de flecainida se deben dar fármacos bradicardizantes. Dosis iv: 1,5 mg/kg diluidos en 100 cc de SF en 10 minutos. Dosis vo: 100 mg/12h (se puede usar la técnica “*pill in the pocket*” bajo indicación del cardiólogo/a).

Si el paciente tiene o se sospecha cardiopatía estructural e indicación de cardioversión, la opción más segura es usar “el comodín”: **Amiodarona**. Su uso iv puede provocar hipotensión arterial. Sus efectos secundarios a largo plazo son: alteración de la función tiroidea, prolongación QT, fibrosis pulmonar y depósitos corneales. Evitar la

## ***Atención Integral del Ictus en Atención Primaria***

---

exposición prolongada al sol. Dosis iv: 300 mg diluidos en 250 cc SG 5 %. Dosis v.o: 200 mg/24 h.

*Otras opciones de tratamiento cardioversor a largo plazo:*

*Propafenona:* cardioversor farmacológico con las mismas consideraciones que flecainida.

*Dronaderona:* cardioversor farmacológico y bradicardizante. Requiere visado. La indicación la debe establecer Cardiología. Contraindicado en FA permanente y en IC III-IV NYHA.

*Sotalol:* betabloqueante especial con propiedades antiarrítmicas. Sólo por Cardiología.

### **Pasos a seguir por el/la médico/a de familia**

1. Realizar cribado en población de riesgo mediante toma de pulso y ECG.
2. Realizar historia y exploración clínica para detectar problemas cardiovasculares y solicitar analítica general con perfil tiroideo. Calcular CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc y HASBLED.
3. Iniciar anticoagulación oral a todos los pacientes con FA si cumple indicación.
4. Control farmacológico de la frecuencia cardiaca. Objetivo: < 110 lpm en reposo.
5. Interconsulta reglada a Cardiología para manejo conjunto.
6. Remisión a urgencias hospitalarias si el paciente está sintomático con respuesta ventricular rápida (> 130 lpm) o lenta (<60 spm) o con inestabilidad hemodinámica.

### **Registro en historia clínica digital Diraya**

Codificar diagnóstico de FA: código 427.31 del CIE 9 en la Hoja de Problemas de la Historia Clínica Digital.

### ***Bibliografía***

- Guías ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración con la EACTS. Rev Esp Cardiol 2017; 70:50. e1-e84