

Fibrilación auricular

No es solo "controlar la frecuencia": la ESC 2024 la ordena en cuatro decisiones – AF-CARE – y la anticoagulación se decide por riesgo, no por el ritmo.

Dr. David Rojas · Médico Internista Certificado ·
@davidrojas_medicinainterna

Basado en la guía ESC/EACTS 2024 de fibrilación auricular: Van Gelder IC, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation (Eur Heart J 2024 · DOI: 10.1093/eurheartj/ehae176).

- 01 Qué es y clasificación
- 02 El marco AF-CARE
- 03 Anticoagulación: CHA₂DS₂-VA
- 04 DOAC vs warfarina
- 05 Control de frecuencia
- 06 Control de ritmo
- 07 Ablación y ritmo temprano
- 08 FA aguda y la trampa del WPW
- 09 Comorbilidades y estilo de vida
- 10 Novedades ESC 2024
- 11 Lo que sí funciona
- 12 Para llevar a la guardia

01 Qué es y clasificación

CAJA DE DECISIÓN

FA = taquiarritmia supraventricular con activación auricular **desorganizada** → ritmo **irregularmente irregular** sin onda P, con respuesta ventricular variable. Se confirma con un ECG (o trazo de ≥ 30 s). Importa porque **quintuplica el riesgo de EVC** y causa taquicardiomiopatía e insuficiencia cardiaca.

Clasícala por duración para guiar el ritmo: **de primer diagnóstico**, **paroxística** (< 7 días, autolimitada), **persistente** (> 7 días), **persistente de larga duración** y **permanente** (se acepta y no se busca revertir).

02 El marco AF-CARE (ESC 2024)

AF-CARE – CÓMO SE ORDENA EL MANEJO DE LA FA



Las 4 letras se atienden en TODOS los pacientes; la "E" reevalúa porque la FA y su riesgo cambian con el tiempo.

la comorbilidad (C) es el suelo de todo lo demás

Marco AF-CARE recreado por Sala-7 a partir de la guía ESC 2024 de fibrilación auricular.

03 Anticoagulación: CHA₂DS₂-VA

LO QUE CAMBIÓ (ESC 2024)

El riesgo se estima con **CHA₂DS₂-VA** – la guía 2024 **quitó el sexo** de la cuenta. **≥ 2 puntos → anticoagula; = 1 → considéralo**. La decisión es por **riesgo de EVC, no por el patrón ni por si "ya está en ritmo"**. Los **antiagregantes NO sirven** para prevenir el EVC en FA.

C insuficiencia cardiaca (1) · H hipertensión (1) · A₂ edad ≥ 75 (2) · D diabetes (1) · S₂ EVC/AIT previo (2) · V enfermedad vascular (1) · A edad 65-74 (1). Si la anticoagulación está contraindicada de forma definitiva, valora el **cierre de orejuela**.

04 DOAC vs warfarina

Situación	Conducta
FA no valvular	DOAC de elección (apixabán, rivaroxabán, edoxabán, dabigatrán) sobre warfarina: menos hemorragia intracraneal.
Válvula mecánica o estenosis mitral moderada-grave	Warfarina (los DOAC están contraindicados).
ERC avanzada	Ajusta dosis del DOAC; individualiza en diálisis.

Ajusta la dosis del DOAC por **edad, peso y función renal**. Evita combinar con antiagregantes salvo indicación específica (p. ej. SCA/stent reciente, por tiempo limitado).

05 Control de frecuencia

- **Primera línea:** betabloqueador o calcioantagonista no dihidropiridínico (**diltiazem/verapamilo**). La **digoxina** es coadyuvante (útil en hipotensión o IC).
- Meta inicial **indulgente:** frecuencia en reposo **< 110 lpm**; baja más solo si persisten síntomas o disfunción.
- **No** uses verapamilo/diltiazem si hay **FEVI reducida** (inotrópicos negativos).

06 Control de ritmo

- **Cardioversión** (eléctrica o farmacológica) si la FA es sintomática o reciente; si > 48 h sin anticoagulación, **eco transesofágico** o 3 semanas de anticoagulación antes, y 4 semanas después.
- **Antiarrítmicos:** flecainida/propafenona si **no hay cardiopatía estructural**; amiodarona, dronedarona o sotalol según el contexto (amiodarona en disfunción ventricular).

07 Ablación y control temprano del ritmo

LO QUE CAMBIA LA PRÁCTICA

El **control temprano del ritmo** (dentro del primer año del diagnóstico) reduce eventos cardiovasculares (EAST-AFNET 4). La **ablación con catéter** es de **primera línea** para mantener el ritmo en la FA paroxística sintomática y mejora desenlaces en **FA con insuficiencia cardiaca y FEVI reducida** (CASTLE-AF).

08 FA aguda y la trampa del WPW

- **Inestable** (hipotensión, isquemia, edema agudo) → **cardioversión eléctrica sincronizada** inmediata.
- **FA preexcitada (WPW): NO uses bloqueadores del nodo AV** (adenosina, verapamilo, diltiazem, digoxina, betabloqueador) – favorecen la conducción por la vía accesoria y pueden degenerar en FV. Usa **procainamida** o **cardioversión eléctrica**.

09 Comorbilidades y estilo de vida

Es la base (la "C" de AF-CARE) y modifica el curso de la enfermedad:

- **Pérdida de peso** ($\geq 10\%$) y ejercicio reducen la carga de FA.
- Trata la **hipertensión**, la **apnea del sueño** y la diabetes; **reduce el alcohol** (la abstinencia disminuye recurrencias).
- Optimiza la insuficiencia cardiaca: el control de la FA y de la comorbilidad se retroalimentan.

10 Novedades de la guía ESC/EACTS 2024

LO QUE REENCUADRA LA GUÍA

La FA se trata como **enfermedad progresiva**: cada decisión (control de riesgo y ablación) busca no solo aliviar síntomas, sino **reducir la progresión** de la FA. Por eso la **ablación con catéter es de primera línea** en la FA paroxística sintomática para **reducir síntomas, recurrencia y progresión**.

- **Metas de comorbilidad con número** (la "C" deja de ser genérica): presión arterial **120-129 mmHg**, **pérdida de peso $\geq 10\%$** en sobrepeso/obesidad y alcohol **≤ 3 bebidas (≤ 30 g) por semana**.
- **Anticoagula sin importar el CHA₂DS₂-VA** en **miocardiopatía hipertrófica** o **amiloidosis cardiaca** con FA: el score no aplica, el riesgo embólico ya es alto.
- Reevaluación dinámica del riesgo (la "E"): el CHA₂DS₂-VA y los síntomas **se recalculan en cada visita**, no una sola vez al diagnóstico.

LO QUE SÍ FUNCIONA – CHECKLIST FA

- ✓ Ordena el manejo con **AF-CARE**: comorbilidad · anticoagular · reducir síntomas · reevaluar.
- ✓ Anticoagula por **CHA₂DS₂-VA ≥ 2** (sin contar el sexo); **DOAC de elección**.
- ✓ **Antiagregantes NO** previenen el EVC; warfarina solo en válvula mecánica/estenosis mitral.
- ✓ Frecuencia: BB o diltiazem/verapamilo (no en FEVI baja); meta < 110 en reposo.
- ✓ **Control temprano del ritmo** < 1 año; **ablación** 1.^a línea en paroxística sintomática y en IC-FEr.
- ✓ Inestable → **cardioversión**; **WPW preexcitado** → **nada de bloqueadores del nodo AV**.
- ✓ Baja peso, trata apnea/HTA y **reduce el alcohol**.

PARA LLEVAR A LA GUARDIA

- **AF-CARE** ordena todo; la comorbilidad es el suelo del tratamiento.
- Anticoagula por **riesgo (CHA₂DS₂-VA), no por el ritmo**; DOAC > warfarina; antiagregantes no.
- Frecuencia indulgente (< 110); ritmo temprano y **ablación** en seleccionados.
- Inestable → cardioversión; **WPW** → **procainamida/cardioversión, nunca bloqueo del nodo AV**.