



**DOI:** 10.26820/reciamuc/6.(1).enero.2022.149-158

**URL:** <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/771>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIAMUC

**ISSN:** 2588-0748

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Artículo de revisión

**CÓDIGO UNESCO:** 32 Ciencias Médicas

**PAGINAS:** 149-158



## Fibrilación Auricular, manejo según patología de base Atrial Fibrillation, management according to base pathology Fibrilação Atrial, manejo de acordo com a patologia de base

**Genesis Karina Rivera Amaiquema<sup>1</sup>; Cristhofer Alejandro Olalla Sanunga<sup>2</sup>;  
María Emperatriz Naranjo Rodríguez<sup>3</sup>; Mónica Denisse Ortega Reyes<sup>4</sup>**

**RECIBIDO:** 15/11/2021 **ACEPTADO:** 05/12/2021 **PUBLICADO:** 30/01/2022

1. Médico de la Universidad de Guayaquil; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; rige30@outlook.com;  <https://orcid.org/0000-0002-0890-5600>
2. Médico de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; crial91@outlook.com;  <https://orcid.org/0000-0002-9980-6519>
3. Médico de la Universidad de Guayaquil; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; nrme\_l@outlook.com;  <https://orcid.org/0000-0002-2252-3289>
4. Médico de la Universidad de Guayaquil; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; monicador95@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-0203-3482>

### **CORRESPONDENCIA**

**Genesis Karina Rivera Amaiquem**  
rige30@outlook.com

**Guayaquil, Ecuador**

## RESUMEN

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia recurrente más habitual en la práctica clínica. Su prevalencia se multiplica con la edad y es un factor de riesgo directo para importantes enfermedades cardiovasculares. Basado en ello, se tiene que el objetivo de este ensayo científico fue describir el manejo de la fibrilación auricular, según sus patologías de base más frecuentes. Se enmarcó en una metodología de tipo documental bibliográfica. Como técnica principal de recopilación de información se indagó sobre el tema en documentos en idioma español en las bases de datos contempladas en la biblioteca virtual de salud de Google Académico, Scielo, Dialnet, Elsevier, otras. Para ello, se utilizó la búsqueda avanzada a través de descriptores clave como: fibrilación auricular, patología de base, manejo. De este modo, se analizaron de manera general las diferentes patologías y factores de riesgo asociadas a la FA; como forma de fortalecer los conocimientos sobre el tema que permita manejar de manera adecuada esta alarmante enfermedad. Las fuentes consultadas indican que en los países desarrollados, la prevalencia de la FA es aproximadamente del 1,5-2% de la población general, afecta al 6% de los mayores de 60 años y al 8% de los mayores de 80 años, aqueja más a hombres que mujeres, y que se espera que su incidencia aumente en los años futuros, incluidos en estos pronósticos los países latinoamericanos. Dentro de las conclusiones más relevantes se subraya la cuestión de que la FA, aumenta la morbilidad y mortalidad conducente en muchos casos a situaciones discapacitantes, por tanto, se hace necesario que el personal especializado realice un diagnóstico, atención y tratamiento óptimo; a fin de minimizar las posibles complicaciones, teniendo en cuenta el control de ritmo/respuesta ventricular y la anticoagulación oral como los principales pilares en su manejo.

**Palabras clave:** Fibrilación auricular, comorbilidades asociadas, manejo.

## ABSTRACT

Atrial fibrillation (AF) is the most common recurrent arrhythmia in clinical practice. Its prevalence multiplies with age and is a direct risk factor for major cardiovascular diseases. Based on this, the objective of this scientific trial was to describe the management of atrial fibrillation, according to its most frequent underlying pathologies. It was framed in a bibliographic documentary type methodology. As the main information gathering technique, the subject was investigated in documents in the Spanish language in the databases included in the virtual health library of Google Academic, Scielo, Dialnet, Elsevier, others. For this, an advanced search was used through key descriptors such as: atrial fibrillation, underlying pathology, management. In this way, the different pathologies and risk factors associated with AF were analyzed in a general way; as a way to strengthen knowledge on the subject that allows for an adequate handling of this alarming disease. The sources consulted indicate that in developed countries, the prevalence of AF is approximately 1.5-2% of the general population, affecting 6% of those over 60 years of age and 8% of those over 80 years of age. It affects men more than women, and its incidence is expected to increase in future years, including the Latin American countries in these forecasts. Among the most relevant conclusions, the issue is highlighted that AF increases morbidity and mortality, leading in many cases to disabling situations, therefore, it is necessary for specialized personnel to carry out an optimal diagnosis, care and treatment; in order to minimize possible complications, taking into account ventricular rhythm / response control and oral anticoagulation as the main pillars in its management.

**Keywords:** Atrial fibrillation, associated comorbidities, management.

## RESUMO

A fibrilação atrial (FA) é a arritmia recorrente mais comum na prática clínica. Sua prevalência se multiplica com a idade e é fator de risco direto para as principais doenças cardiovasculares. Com base nisso, o objetivo deste ensaio científico foi descrever o manejo da fibrilação atrial, de acordo com suas patologias subjacentes mais frequentes. Foi enquadrado numa metodologia do tipo documental bibliográfico. Como principal técnica de coleta de informações, o assunto foi investigado em documentos em língua espanhola nas bases de dados incluídas na biblioteca virtual em saúde do Google Academic, Scielo, Dialnet, Elsevier, outros. Para isso, foi utilizada uma busca avançada por meio de descritores-chave como: fibrilação atrial, patologia subjacente, manejo. Desta forma, as diferentes patologias e fatores de risco associados à FA foram analisados de forma geral; como forma de fortalecer o conhecimento sobre o assunto que permita um manejo adequado dessa doença alarmante. As fontes consultadas indicam que nos países desenvolvidos, a prevalência da FA é de aproximadamente 1,5-2% da população geral, afetando 6% das pessoas com mais de 60 anos e 8% das pessoas com mais de 80 anos, afeta mais homens do que mulheres, e espera-se que sua incidência aumente nos próximos anos, incluindo os países latino-americanos nessas previsões. Entre as conclusões mais relevantes, destaca-se a questão de que a FA aumenta a morbimortalidade, levando em muitos casos a situações incapacitantes, portanto, é necessário que pessoal especializado realize um diagnóstico, cuidado e tratamento otimizados; de forma a minimizar possíveis complicações, tendo em conta o controle do ritmo/resposta ventricular e a anticoagulação oral como os principais pilares na sua gestão.

**Palavras-chave:** Fibrilação atrial, comorbidades associadas, manejo.

## Introducción

La fibrilación auricular (FA) es una de las arritmias más frecuentes en el mundo y conlleva importantes consecuencias clínicas [1]. En los países desarrollados, la prevalencia de la FA es aproximadamente del 1,5-2% de la población general, afecta al 6% de los mayores de 60 años y al 8% de los mayores de 80 años [2]. La prevalencia de la fibrilación auricular (FA) aumenta con la edad y casi el 10% de las personas mayores de 80 años está afectada [3], tanto en varones como en mujeres [4].

Así, la fibrilación auricular (FA) es una de las epidemias cardiovasculares del siglo XXI, que afecta más a hombres que mujeres, y que se espera que su prevalencia aumente en el porvenir de los años futuros [5]. Debido al incremento progresivo de casos en la actualidad está siendo un importante problema de salud pública global, especialmente en países en vías de desarrollo como en la región latinoamericana [6].

En tal sentido, la fibrilación auricular es la arritmia cardíaca más frecuente en humanos. Representa la participación de múltiples mecanismos auriculares que conducen a la activación eléctrica desordenada de las aurículas, ya sea por actividad propia de las aurículas u originada en las venas pulmonares [7]. Durante la fibrilación auricular, las aurículas no se contraen y el sistema de conducción auriculoventricular (AV) recibe numerosos estímulos eléctricos que promueven una conducción inconstante de los impulsos y una frecuencia ventricular irregular, en general en forma de taquicardia [3]. Las características electrocardiográficas de la FA incluyen: Intervalos R-R irregularmente irregulares (cuando la conducción auriculoventricular no está alterada); Ausencia de ondas P repetidas distintas, y Activaciones auriculares irregulares [5].

Asimismo, [8] señalan también que dentro de las características electrocardiográficas diagnósticas de la fibrilación auricular son:

la ausencia de una onda p sinusal, línea de base irregular, presencia de un intervalo R-R variable, frecuencia cardíaca auricular variable entre 350 a 600 latidos por minuto (lpm) y complejos QRS estrechos (< 120 milisegundos), en ausencia de otras alteraciones de la conducción; pudiendo presentarse como taquicardia de complejos QRS anchos (> 120 milisegundos) en pacientes con bloqueos de rama o conducción infrahisiana aberrante.

La fibrilación auricular (FA) tiende a ocurrir en pacientes con una cardiopatía subyacente [3]. Por otro lado, [4] la FA se asocia con enfermedad cardíaca orgánica, sin embargo, la aparición de FA se relaciona cada vez más no con la presencia de cardiopatía establecida, sino con la combinación de factores de riesgo cardiovascular muy ligados al estilo de vida (obesidad, sedentarismo, hipertensión, diabetes mellitus, síndrome de apneas/hipopneas del sueño, etc.

También, [1] la fibrilación auricular (FA) se ha visto asociada a hiponatremia e hipopotasemia condiciones frecuentes en enfermedad renal e insuficiencia cardíaca, que predisponen al desarrollo defibrilación auricular.

Siendo que, en los países desarrollados, donde factores como el envejecimiento de la población y cambio de estilos de vida, convergen, se puede anticipar que la FA llegará a tener cotas epidémicas en los próximos años [9].

De ahí que, este estudio tuvo como objetivo describir el manejo de la fibrilación auricular, según sus patologías de base más frecuentes.

## Desarrollo

Aunque en diversos estudios se ha sugerido que la prevalencia de la fibrilación auricular (FA) es un trastorno importante del ritmo cardíaco en países desarrollados, las tendencias confirman un crecimiento en la incidencia de FA, relacionados al envejecimiento de

la población, sumado al aumento de los factores de riesgo ligados al cambio en el ritmo y el estilo de vida, aspectos de los cuales no escapan las naciones en vías de desarrollo.

### Etiología

Se considera que dentro de las causas más comunes de fibrilación auricular se encuentran: la Hipertensión; Enfermedad coronaria; Miocardiopatía; Valvulopatías (estenosis mitral, insuficiencia mitral, insuficiencia tricuspídea); Hipertiroidismo; Consumo excesivo de alcohol (corazón posfiesta) [3]. De manera similar, [4] han señalado que entre las posibles causas del incremento de la FA se pueden mencionar el envejecimiento de la población, el aumento de los factores de riesgo cardiovascular, especialmente hipertensión arterial y obesidad y, la mejora de la supervivencia a enfermedades cardiovasculares.

Por otro lado, [10] destacan que desde el punto de vista práctico, las causas de la FA, se pueden dividir en cardíacas y no cardíacas. Así, dentro de las causas cardíacas, se tiene: Cardiopatía hipertensiva; Cardiopatía isquémica; Valvulopatías, especialmente la mitral de origen reumático; Miocardiopatías (dilatada, restrictiva e hipertrófica); Cirugía cardíaca; Pericarditis y Cardiopatías congénitas. Por su parte, las causas no cardíacas engloban: Envejecimiento (es la principal causa de FA); Cirugía mayor no cardíaca; Infecciones; Tirotoxicosis; Trastornos electrolíticos; Procesos malignos de pulmón y mediastino; Alcohol, cigarros, café y estrés; Hipotermia; Fiebre; Neumonía; Intoxicación digitalica; Anemia y; Sarcoidosis, feocromocitoma y amiloidosis.

### Manifestaciones Clínicas

La fibrilación auricular suele ser asintomática, pero muchos pacientes experimentan palpitaciones, molestias torácicas inespecíficas o síntomas de insuficiencia cardíaca (debilidad, mareos, disnea), en particular cuando la frecuencia ventricular es muy rápida (con frecuencia, entre 140 y 160 lati-

dos/minuto) [3]. En líneas generales, los síntomas varían con la frecuencia ventricular, la duración de la FA, la existencia de cardiopatía asociada y la percepción individual. Las formas clínicas de inicio incluyen: Embolias, sobre todo cerebrovasculares [11]. Los pacientes también podrían presentar signos y síntomas de accidente cerebrovascular agudo o de lesión de otros órganos debido al desarrollo de embolias sistémicas [3].

Asimismo, [11] señala que se pueden presentar palpitaciones, dolor torácico, disnea, mareo o síncope este último es un síntoma poco frecuente pero grave, relacionado con la enfermedad del seno, obstrucción hemodinámica (estenosis aórtica, miocardiopatía hipertrófica obstructiva), ACV o preexcitación. Puede, igualmente estar presentes miocardiopatía inducida por la taquicardia (taquimiocardiopatía). Aparece en pacientes con taquiarritmia de larga evolución, cuya frecuencia ventricular no se ha controlado. Otra repercusión sintomática esta relacionada con inestabilidad hemodinámica: común en presencia de frecuencias ventriculares extremas relacionadas con cardiopatías graves.

### Clasificación

La fibrilación auricular (FA) tiene una presentación clínica diversa con diversa, de tal forma que la European Society of Cardiology (ESC) y la American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) han propuesto 5 tipos de FA, atendiendo a criterios cronológicos, de duración, relevancia y clínica de su presentación [12]. Así, se tiene: (a) Fibrilación auricular (FA) de nuevo diagnóstico: este patrón se refiere al diagnóstico reciente de la arritmia, independientemente de la duración, sintomatología o severidad de la misma;

(b) Fibrilación auricular (FA) paroxística: es la fibrilación auricular que dura < 1 semana después de haberse convertido a ritmo sinusal normal espontáneamente o con una intervención. Los episodios pueden recaer [3];

(c) Fibrilación auricular (FA) persistente: el episodio dura más de 7 días. Por lo general requiere cardioversión farmacológica o eléctrica [12];

(d) Fibrilación auricular persistente de larga data que prevalece más de 1 año, pero todavía existe la posibilidad de restaurar el ritmo sinusal [3] y;

(e) la fibrilación auricular permanente no se puede convertir al ritmo sinusal (el término también incluye pacientes para quienes se ha tomado la decisión de no intentar la conversión a ritmo sinusal). Cuanto más prolongada es la fibrilación auricular, menos probable es su conversión espontánea y más difícil la cardioversión debido al remodelado de las aurículas (cambios inducidos por la frecuencia auricular rápida en los parámetros electrofisiológicos auriculares, en los que predomina una disminución de la refractariedad auricular y también podría observarse una dispersión espacial de la refractariedad auricular, con reducción de la velocidad de conducción auricular o ambas) [3].

### Diagnóstico de la Fibrilación Auricular

El diagnóstico definitivo de la FA se realiza a través de una Electrocardiografía (ECG) de 12 derivaciones que constata el típico patrón de intervalos RR irregulares, ausencia de la onda P y actividad auricular irregular [6]. Es importante remarcar que para el diagnóstico la duración del episodio debe ser superior a 30 segundos [5]. La ecocardiografía y las pruebas de función tiroidea son importantes para la evaluación clínica [3]. De esta forma, la ecocardiografía es siempre adecuada para evaluar el tamaño auricular, la función ventricular, hipertrofia ventricular izquierda, cardiopatía congénita y cardiopatía valvular [13]. El protocolo diagnóstico de los pacientes con esta arritmia también requiere la evaluación de la función renal, hepática y tiroidea, además de otros paraclínicos relevantes como electrolitos y hematología completa [6]. La radiografía de tórax es adecuada; si la anamnesis o los hallazgos de la

exploración física indican una enfermedad pulmonar. En los pacientes de alto riesgo se recomienda la prueba de esfuerzo físico para evaluar la existencia de una cardiopatía isquémica [13].

### Manejo de la Fibrilación Auricular Según Patología de Base

Una vez abordadas las causas, el tratamiento de la fibrilación auricular debe centrarse en el control de la frecuencia y el ritmo ventricular y en la prevención de las complicaciones tromboembólicas [11]. El tratamiento de la FA es complejo y debe individualizarse en cada paciente, tomando en cuenta la sintomatología, la evaluación del riesgo de eventos trombo-embólicos o hemorrágicos, los factores de riesgos concomitantes y la disponibilidad de recursos [6]. La importancia del manejo integral y holístico del paciente, garantiza la comunicación y participación en la toma de decisiones, con un claro énfasis en la importancia del control de las morbilidades y factores de riesgo, a fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes [5].

Los últimos estudios han contribuido a mejorar el pronóstico de la enfermedad gracias a mejores estrategias de diagnóstico y tratamiento (anticoagulación y control del ritmo o de la frecuencia cardíaca con fármacos antiarrítmicos) y adaptadas a las necesidades individuales de cada paciente [14].

### Manejo inicial

El manejo inicial se asienta en realizar una historia clínica rigurosa ante sospecha de FA o FA conocida. Los objetivos prioritarios son:

- 1.- Clasificar el grado de sintomatología (I,B): Se ha propuesto la clasificación EHRA [15] (European Heart Rhythm Association) que proporciona una puntuación creciente en función del grado de sintomatología.

**Tabla 1.** Escala EHRA (European Heart Rhythm Association).

| Escala EHRA     |   |
|-----------------|---|
| <b>EHRA I</b>   | Sin síntomas                                      |
| <b>EHRA II</b>  | Síntomas leves (actividad diaria no interferida)  |
| <b>EHRA III</b> | Síntomas moderados (actividad diaria interferida) |
| <b>EHRA IV</b>  | Síntomas incapacitantes                           |

**Fuente:** [15]

2.- Estimación del riesgo de ACV y búsqueda de factores predisponentes (edad, HTA, DM o enfermedad arteriosclerótica). La estimación del riesgo se basa en la utilización inicialmente de la escala CHADS<sub>2</sub> [16].

**Tabla 2.** Escala CHADS<sub>2</sub>

| Escala CHADS <sub>2</sub> . Factores de Riesgo                      | Puntuación |
|---|------------|
| <b>Insuficiencia cardíaca/disfunción ventricular izquierda (VI)</b> | 1          |
| <b>Hipertensión</b>   | 1          |
| <b>Edad ≥ 75 años</b>   | 1          |
| <b>Diabetes mellitus</b>  | 1          |
| <b>Antecedente de ictus/ AIT</b>                                    | 2          |

**Fuente:** [16]

La Escala CHADS<sub>2</sub> fue objeto de ciertas modificaciones de algunas variables que dieron como resultado final el puntaje CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC, la cual ayuda a discriminar mejor a los pacientes que tienen bajo riesgo (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC de 0 en hombres y 1 en mujeres), para los cuales el tratamiento anticoagulante no estaría indicado y además mejoraría la capacidad de distinguir a los pacientes de alto riesgo [17].

**Tabla 3.** Escala CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC.

| Escala CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASC                | Puntuación |
|--|------------|
| <b>Factores de riesgo mayores</b>                            |            |
| Edad > 75 años   | 2          |
| Antecedente de ictus o AIT                                   | 2          |
| <b>Factores de riesgo no mayores clínicamente relevantes</b> |            |
| Insuficiencia cardíaca/disfunción VI                         | 1          |
| Hipertensión   | 1          |
| Diabetes mellitus  | 1          |
| Enfermedad vascular  | 1          |
| Edad 65-74 años  | 1          |
| Sexo femenino  | 1          |

**Fuente:** [14]

También se considera necesario evaluar el riesgo de hemorragia cuando se prescribe tratamiento anticoagulante (I,A). Antes de iniciar tratamiento anticoagulante y en el caso de pacientes ancianos pluripatológicos es preciso cuantificar el riesgo de complicaciones hemorrágicas mediante la escala HAS-BLEED [17] (IIa,B).

**Tabla 4.** Escala HAS-BLED.

| Escala HAS-BLED. Factores de Riesgo            | Puntuación |
|--|------------|
| Hipertensión mal controlada                    | 1          |
| Alteración renal o hepática (1 punto por cada) | 1 ó 2      |
| Accidente cerebrovascular (ACV)                | 1          |
| Historia de hemorragia                         | 1          |
| INR lábil (cociente internacional normalizado) | 1          |
| Edad >65 años                                  | 1          |
| Fármacos o alcohol (1 punto por cada)          | 1 ó 2      |

**Fuente:** [18]

3.-Identificar los posibles desencadenantes y complicaciones (aumento de la mortalidad, hospitalizaciones, disfunción cognitiva, función ventricular izquierda, calidad de vida y capacidad para el ejercicio) [14].

**Control del ritmo**

Una de las principales decisiones que se debe tomar frente a un paciente diagnosticado con FA, es la cardioversión inmediata del episodio arrítmico [6]. El control del ritmo puede ser necesario en pacientes con FA paroxística o persistente con el objetivo de eliminar los síntomas, mejorar la capacidad de ejercicio o prevenir la miocardiopatía inducida por taquicardia (taquimiocardiopatía) secundaria a la FA [14]. Estudios han demostrado el hecho de que iniciar el control del ritmo cardiaco con fármacos antiarrítmicos o ablación en pacientes con fibrilación auricular temprana, recién diagnosticada, resulta en una disminución significativa del riesgo de eventos cardiovasculares graves (embolia, infarto, insuficiencia cardiaca o muerte cardiovascular) [19].

El manejo antiarrítmico se divide en dos estrategias: control de respuesta ventricular y control de ritmo [20]. La restauración

del ritmo sinusal o cardioversión puede ser obtenida mediante cardioversión eléctrica, cardioversión farmacológica, ablación percutánea o quirúrgica (Kirchhof , y otros, 2016). Cualquiera de estos métodos es igualmente efectivo y la elección de uno sobre otro depende más de las condiciones del paciente o falla previa de uno de ellos; siendo la cardioversión eléctrica de elección en el paciente hemodinámicamente inestable, en quien la restauración del ritmo debe ser inmediata o en pacientes con contraindicaciones para las otras terapias [20].

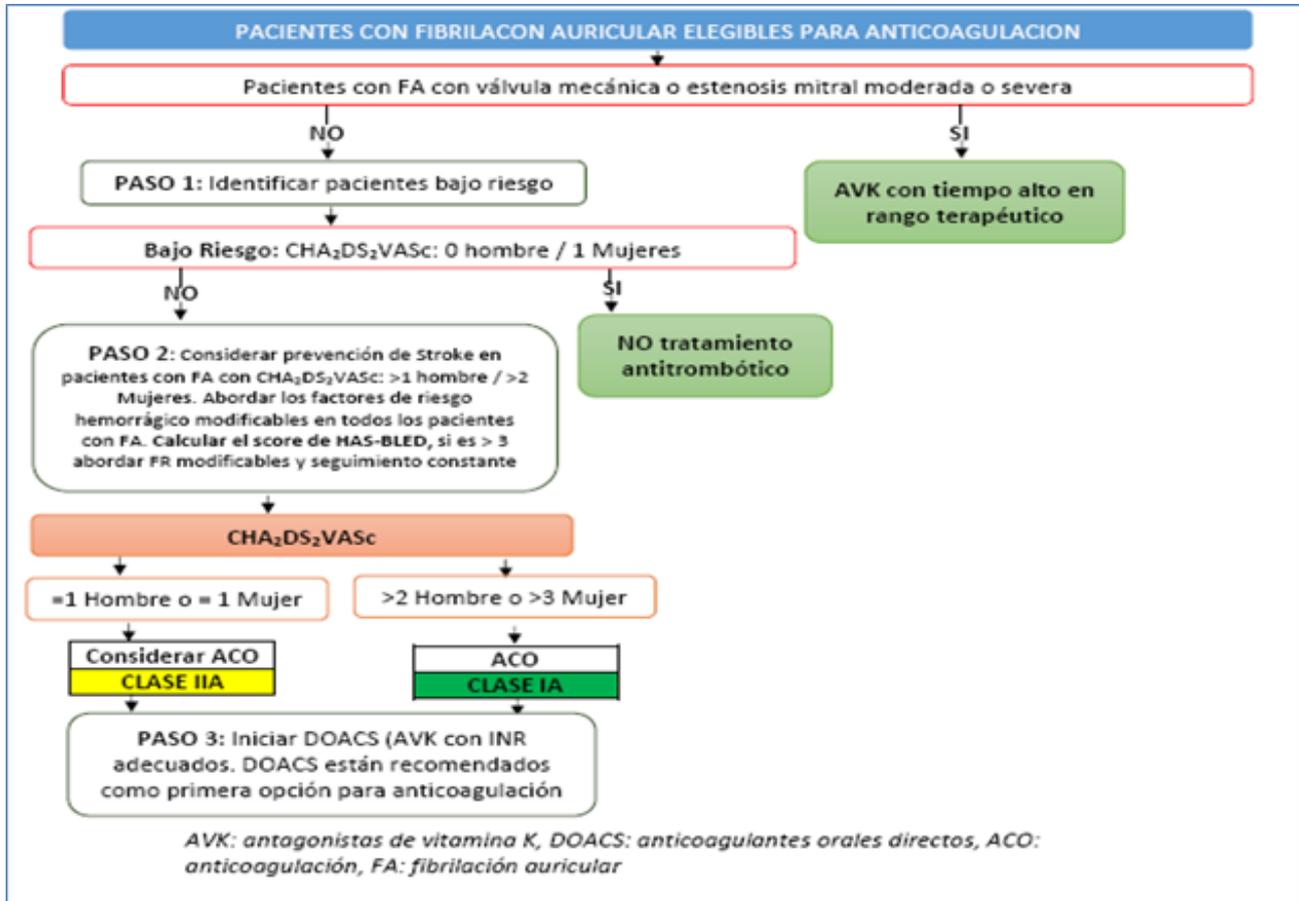
**Prevención de las complicaciones tromboembólicas**

Este es otro pilar de manejo de la fibrilación auricular. La FA aumenta cinco veces el riesgo de accidente cerebrovascular, pero este riesgo no es homogéneo, dependiendo de la presencia de múltiples factores de riesgo [5]. La selección del medicamento a utilizar estará definido según el nivel de riesgo de sufrir un embolismo cerebrovascular o sistémico [20]. Las guías actuales recomiendan en primera instancia considerar los factores de riesgo y características individuales del paciente que indicarían un alto riesgo de eventos tromboembólicos, que se encuen-



tran resumidos en el índice CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc (tabla 3) [20]. Un puntaje mayor o igual a dos es una indicación absoluta para anticoagulación. En los pacientes con un puntaje de 1 deberán evaluarse la presencia de otros factores indicativos de anticoagulación [20].

La siguiente figura [5] resume cuando y a quién iniciar anticoagulación (ACO) en 3 pasos:



**Imagen 1.** Anticoagulación. La Guía de los 3 Pasos.

### Cierre percutáneo de orejuela izquierda (LAA)

Este procedimiento se recomienda para aquellos pacientes con fibrilación auricular (FA) que no pueden tomar medicamentos anticoagulantes. En la cavidad superior izquierda del corazón, es donde se forma la mayoría de los coágulos relacionados con la fibrilación auricular. La oclusión de LAA puede considerarse para la prevención de accidentes cerebrovasculares en pacientes con FA y contraindicaciones para el tratamiento anticoagulante a largo plazo como, hemorragia intracraneal sin causa reversible [5].

### Estrategias de estilo de vida para la fibrilación auricular (FA)

La mejor opción para reducir el riesgo de aparición de la FA, es sin duda alguna mantener un estilo de vida sano. Por lo general, un estilo de vida sano incluyen [21]: Realizar una actividad física de forma regular; Seguir una dieta sana para el corazón, baja en sal, grasas saturadas, grasas trans y colesterol; Tratar la hipertensión arterial; Evitar cantidades excesivas de alcohol y cafeína; No fumar; Controlar el colesterol y Mantenga un peso saludable.

## Conclusiones

La fibrilación auricular (FA) es una enfermedad, que cada vez más cobra una importancia mayor, a tal punto que está siendo considerada como una de las epidemias cardiovasculares del siglo XXI, es decir, un problema de salud pública a nivel global. Esta patología está asociada a factores tales como: la edad, cardiopatía subyacente y la combinación de factores de riesgo cardiovascular muy ligados al estilo de vida (obesidad, sedentarismo, hipertensión, diabetes mellitus, síndrome de apneas/hipopneas del sueño, entre otras).

En los países desarrollados es donde se observa una incidencia significativa, factores como el envejecimiento de la población y cambio de estilos de vida, convergen de manera sustancial, por tanto, diversos autores coinciden en afirmar que en los próximos años la FA puede llegar a tener cotas epidémicas. En la región latinoamericana, según los resultados de diversas investigaciones se ha observado un incremento progresivo de casos de FA.

Siendo que la FA, es trastorno importante del ritmo cardíaco que aumenta los factores de riesgo cardiovasculares y por ende de la morbilidad y mortalidad conducente en muchos casos a situaciones discapacitantes, se hace necesario que el personal especializado realice un diagnóstico, atención y tratamiento óptimo; a fin de minimizar las posibles complicaciones, teniendo en cuenta el control de ritmo/respuesta ventricular y la anticoagulación oral como los principales pilares en su manejo.

## Bibliografía

- [1] Castro, J., Quintero, S., Valderrama, F., Diaztagle, J., & Ortega, J. (2020). Prevalencia de fibrilación auricular en pacientes hospitalizados por Medicina interna. *Revista Colombiana de Cardiología*. Volumen 27. Número 6. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2019.01.007>. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563319301044#!>, pp.557-563.
- [2] Reyes, F., Pérez, M., Figueredo, E., Núñez, B., & Jiménez, K. (2018). Fibrilación auricular. Panorámica sobre un tema actualizado. *Correo Científico Médico*. Vol.22. No.4. Holguín, Cuba. Versión On-line ISSN 1560-4381. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812018000400014](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812018000400014).
- [3] Brent, L. (2021). Fibrilación auricular (Fib A). *Libin Cardiovascular Institute of Alberta, University of Calgary*.
- [4] Gómez, J., López, M., Esteve, I., & Barón, G. (2016). Epidemiología de la fibrilación auricular. *Revista Española de Cardiología Supl.* 2016;16(A). <https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S1131358716300073>, pp.2-7.
- [5] SIAC. (2020). Guía de la ESC 2020 para el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular. *Sociedad Interamericana de Cardiología (SIAC)/ Congreso Europeo de Cardiología. ESC Congress*, pp.1-17.
- [6] Tuárez, G., Siviachay, T., Salazar, R., Pintado, V., Criollo, J., Pérez, M., y otros. (2019). Epidemiología, diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular: ¿dónde estamos y hacia dónde vamos? *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, vol. 14, núm. 4. *Sociedad Latinoamericana de Hipertensión*. <https://www.redalyc.org/journal/1702/170263002025/html/>, p. 497.
- [7] Pava, L., & Perafán, P. (2016). Generalidades de la fibrilación auricular. *Revista Colombiana de Cardiología*;23(S5). <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2016.10.003>. [www.elsevier.es/revcolcar](http://www.elsevier.es/revcolcar), pp.5-8.
- [8] Forero, J., Moreno, J., Agudelo, C., Rodríguez, E., & Sánchez, P. (2017). Fibrilación auricular: enfoque para el médico no cardiólogo. *IATREIA Vol 30(4)*. DOI 10.17533/udea.iatreia.v30n4a05, pp.404-422.
- [9] Pérez, J., Pérez, N., & Moreno, J. (2013). Epidemiología de la fibrilación auricular en España. *Rev Esp Cardiol*; 66:561-5.
- [10] Peña, V., Rodríguez, A., Sánchez, E., Quintana, L., Riverón, J., & al, e. (2012). Fibrilación auricular. En: *Diagnóstico y Tratamiento en medicina interna*. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas. p.154.
- [11] Pinski, S. (2013). Fibrilación auricular: ¿es una arritmia inocente o peligrosa? *Rev Argentina Cardiol*; 81(2). [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1850-37482013000200028](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482013000200028).
- [12] Consuegra, L., Melgarejo, A., Galcera, J., Alonso, N., Díaz, A., Escudero, G., y otros. (2015). Pronóstico a corto y largo plazo de la fibrilación auricular previa y de Novo en pacientes con in-

- farto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. *Rev Española Cardiol*; 68(1). <http://www.revespcardiol.org/es/pronostico-corto-largo-plazo-fibrilacion/articulo/90372037/>, pp.31–38.
- [13] Prieto, S., & Ceresetto, J. (2010). Fibrilación auricular y terapéutica anticoagulante. *Rev Med Univers*; 6(1). [http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitaes/3196/prietormu6-1.pdf](http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitaes/3196/prietormu6-1.pdf), pp.1-26.
- [14] Cid, L., & López, J. (2013). Guía de práctica clínica en fibrilación auricular. *Archivos de Medicina*. Vol. 9. No. 4:3. doi: 10.3823/1207. *MedPub Journals*. <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/gua-de-prctica-clinica-en-fibrilacin-auricular.pdf>, pp.1-15.
- [15] Kirchhof, P., Auricchio, A., Bax, J., Crijns, H., Camm, J., Diener, H., y otros. (2007). Outcome parameters for trials in atrial fibrillation: executive summary. Recommendations from a consensus conference organized by the German Atrial Fibrillation Competence Network (AFNET) and the European Heart Rhythm Association (EHRA). *Eur Heart J*; 28:2803-17.
- [16] Camm, A., Kirchhof, P., Lyp, G., Schotten, U., Savelieva, I., Ernst, S., y otros. (2010). European Heart Rhythm Association. European Association for CardioThoracic Surgery Guidelines for the management of atrial fibrillation. The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*; 31: 2369-429.
- [17] Rojas, A., Sáenz, O., Garay, M., & Vergara, E. (2020). Evaluación del tratamiento de valvular y no valvular-fibrilación auricular y su relación con los eventos adversos en pacientes ingresados en el Servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel. *Revista Colombiana de Cardiología*. Volumen 27, número 6. <https://doi.org/10.1016/j.rc-car.2019.09.015>. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563319301974>, pp. 529-537.
- [18] Pisters, R., Lane, D., Nieuwlaat, R., & et al. (2010). A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation: the Euro Heart Survey. *Chest*; 138: 1093-1100.
- [19] Kirchhof, P., Camm, J., Goette, A., Brandes, A., Eckardt, L., Elvan, A., y otros. (2020). Terapia temprana de control del ritmo en pacientes con fibrilación auricular. *Revista The New England Journal of Medicine* 2020; 383:1305-1316. DOI: 10.1056/NEJMoa2019422. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2019422>.
- [20] Kirchhof, P., Benussi, S., Kotecha, D., Ahlsson, A., Atar, D., Casadei, B., y otros. (2016). ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J*. 2016 Oct;37(38):2893-962.
- [21] American Heart Association. (2016). Estrategias de estilo de vida para la fibrilación auricular (Fib o FA). American Heart Association.

### CITAR ESTE ARTICULO:

Rivera Amaiquema, G. K., Olalla Sanunga, C. A., Naranjo Rodríguez, M. E., & Ortega Reyes, M. D. (2022). Fibrilación Auricular, manejo según patología de base. *RECIAMUC*, 6(1), 149-158. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(1\).enero.2022.149-158](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(1).enero.2022.149-158)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.