

**ASUREMBA**  
ASOCIACIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DE BADAJOZ

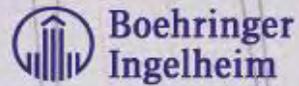


ENTIDAD COLABORADORA



SOCIEDAD EXTREMEÑA DE  
**Cardiología**

PATROCINADORES



AstraZeneca



MÁS INFORMACIÓN:

[www.asuremba.com](http://www.asuremba.com)

[inscripciones@asuremba.com](mailto:inscripciones@asuremba.com)

# JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN URGENCIAS CARDIOLÓGICAS

17 Y 19 DE ABRIL DE 2018

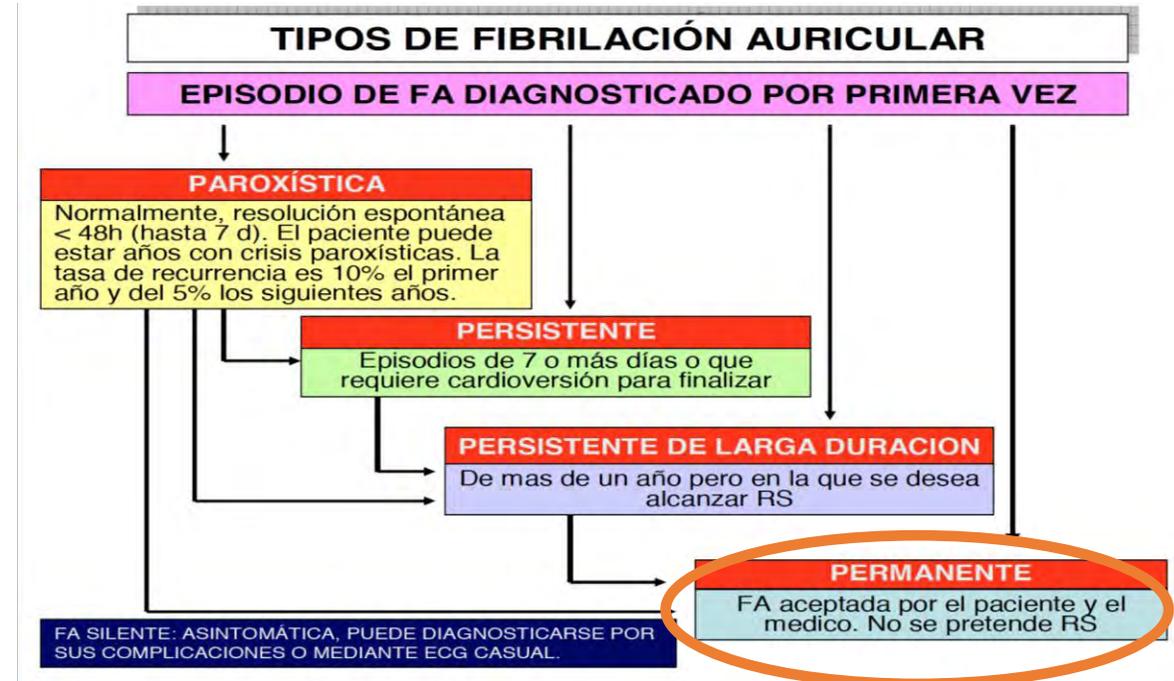


## MANEJO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ

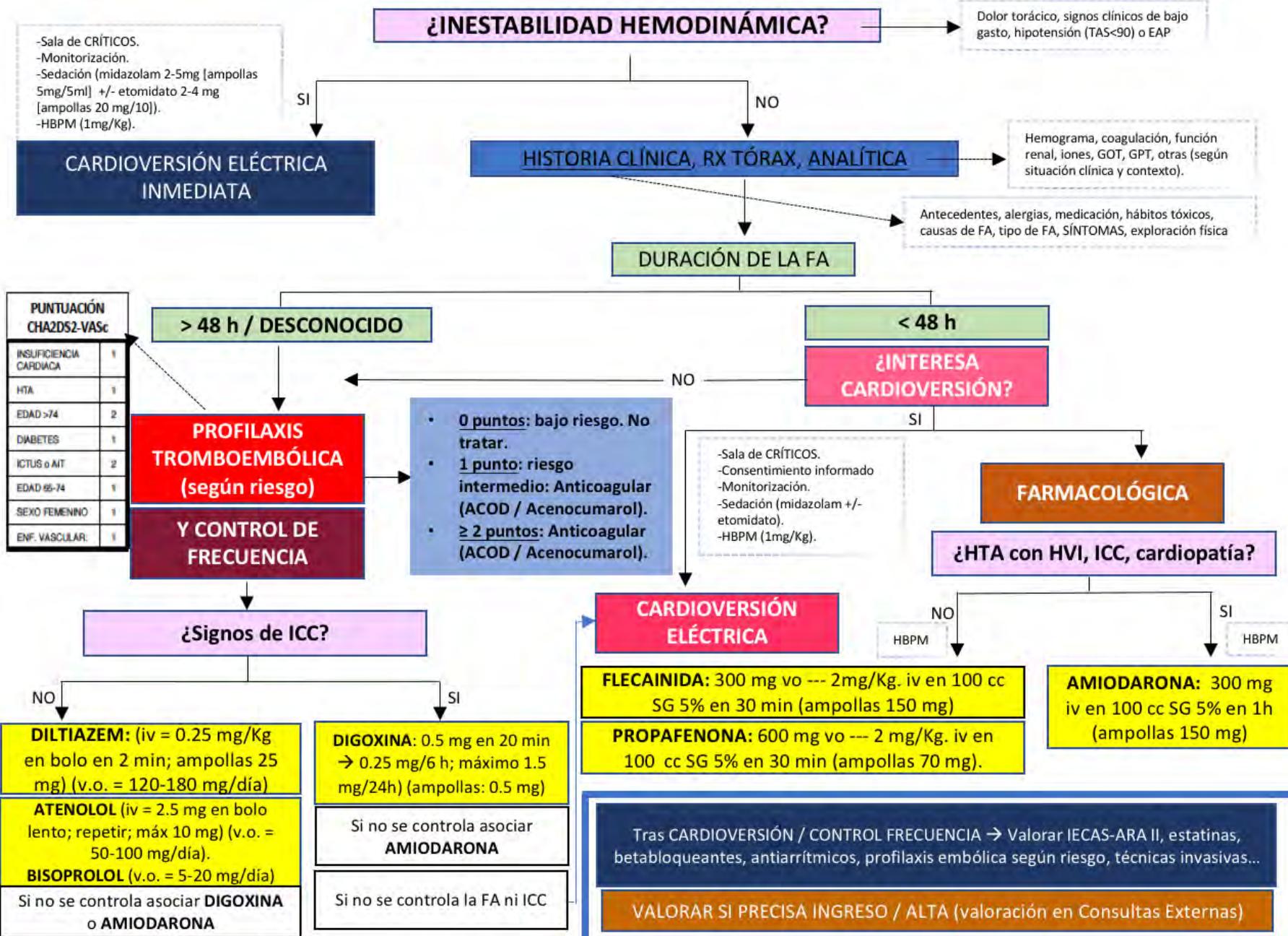
## IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

- 1) Arritmia más frecuente en servicios de urgencias.
- 2) Incremento de prevalencia con la edad (15% en mayores de 80 años).
- 3) Incremento de riesgo de ictus (x5), mortalidad, hospitalización, deterioro cognitivo. Deterioro calidad de vida y capacidad de ejercicio físico.

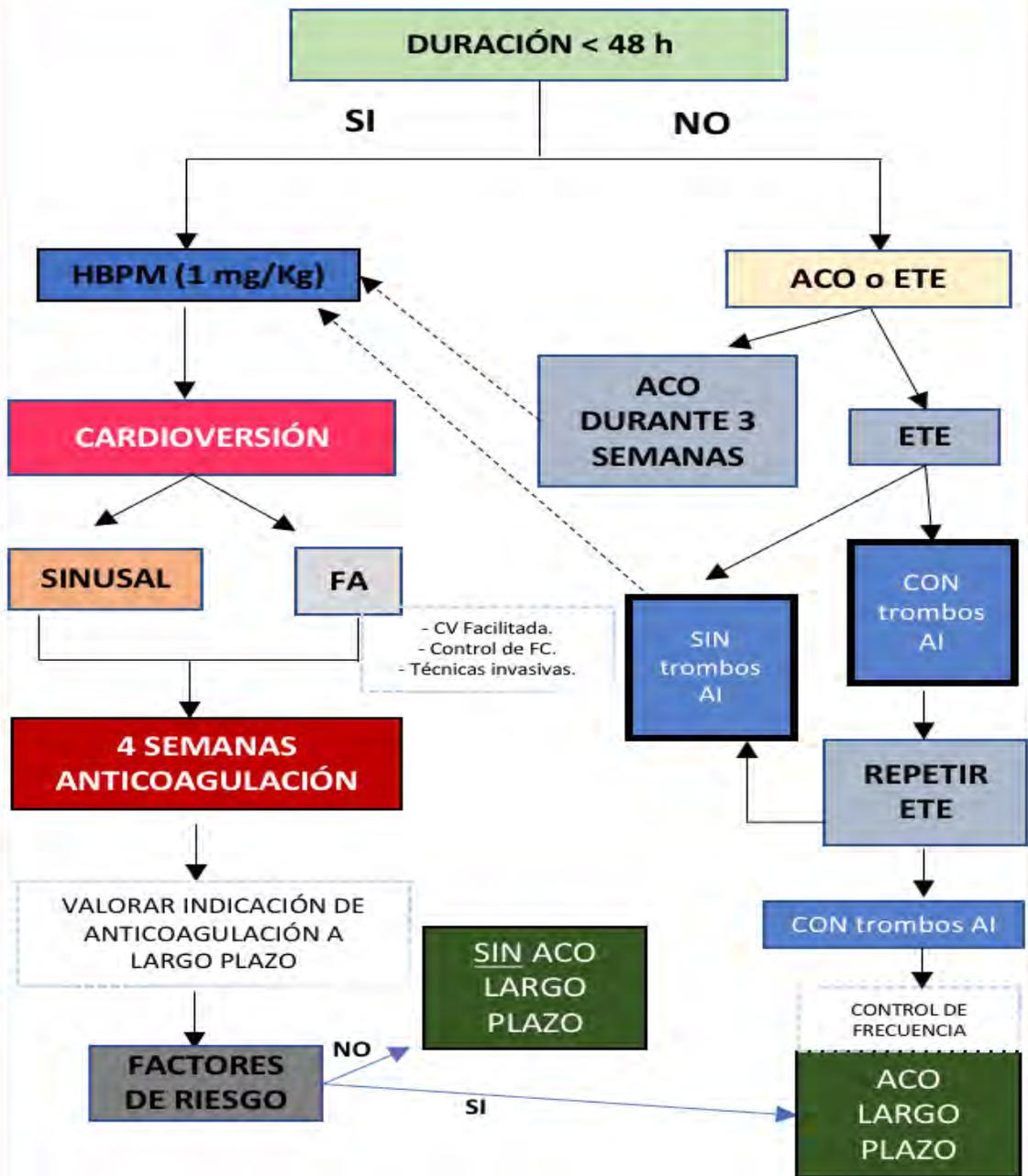


# ACTUACIÓN EN URGENCIAS ANTE UN PACIENTE CON FA

basada en las recomendaciones de la ESC actualización 2016



# CARDIOVERSIÓN DE FA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE



# MANEJO DE LA ALTA DE LA FA

## ELECTROCARDIOGRAMA AL ALTA



## ESCALAS RIESGO EMBÓLICO / SANGRADO

### RIESGO EMBÓLICO: (CHA2DS2-VASc)

**Anticoagulación en la Cardioversión Diferida:** se debe anticoagular las 3 semanas previas y las 4 semanas posteriores a la CVE (independientemente de escala riesgo embólico).

**Anticoagulación en paciente con FA portador de prótesis metálica:** se debe anticoagular siempre por el elevado riesgo embólico.

**Anticoagulación en paciente con FA (no portador de prótesis):** valorar el riesgo tromboembólico con la Escala CHA2DS2-VASc.

C	Cardiac Failure	1
H	HTA	1
A	Age ≥ 75	2
D	Diabetes	1
S	Stroke	2
V	Vascular	1
A	Age ≥ 65	1
Sc	Sex Female	1

0 → No tratamiento

1 → Anticoagulación (salvo sexo femenino aislado)

≥ 2 Anticoagulación

\*\*\* El uso de AAS o AAS + clopidogrel, solo queda justificado en caso de que el paciente rechace ser tratado con anticoagulantes.

### RIESGO SANGRADO: HASBLED

H	HTA	1
A	Abnormal renal/liver function (1 p each)	1 ó 2
S	Stroke	1
B	Bleeding	1
L	Labile INR	1
E	Elderly ≥ 65	1
D	Drugs or Alcohol (1 p each)	1 ó 2

Se considera riesgo elevado de sangrado **HAS-BLED ≥ 3**, no contraindicando anticoagulación, sino que aumenta la necesidad de un control más estricto del ajuste de dosis del anticoagulante.

## RECOMENDACIONES FÁRMACOS ANTICOAGULANTES

### Nuevos ACO

- En acceso imposible a controles de INR.
- Mal control de INR.
- Intolerancia a acenocumarol.
- Hemorragia cerebral previa.
- Ictus isquémico previo con HAS BLED > 2 y/o leucoaraiosis.
- Embolismo o sangrado (excepto sangrado digestivo) bajo tratamiento con acenocumarol con INR 2-3.

### ACENOCUMAROL

- Para los que ya lo toman y tienen buen control (TRT > 65%).
- Pacientes valvulares (prótesis) / Estenosis Mitral moderada-severa.

### PACIENTES NAIVE: SAME-TT<sub>2</sub>R<sub>2</sub>

	DEFINICIÓN	PUNTOS
S	Sexo Femenino	1
A	Edad (< 60 años)	1
Me	Historia Médica*	1
T	Tratamientos**	2
T	Tabaco (dos últimos años)	2
R	Raza (No caucásica)	2

### Predicción de respuesta a acenocumarol

0-1	Probablemente alcance un alto TTR (> 65%)	AVK
> 2	Asociado a pobre TTR	NACO

TTR: Tiempo en rango terapéutico. AVK: Antagonista de la Vitamina K. NACO: Nuevo Anticoagulante Oral

\* Dos o más de los siguientes: HTA, DM, coronariopatía / IAM, enfermedad arterial periférica, ICC, ACV previo, enfermedad pulmonar, hepática o renal.

\*\* Drogas que interaccionen: amiodarona...

PATOLOGÍA ASOCIADA	AVK (síntrom *)	DABIGATRAN (PRADAXA *)	RIVAROXABAN (XARELTO *)	APIXABAN (ELIQUIS *)	EDOxabAN (LIXIANA *)
POSOLÓGIA	INR 2.0-3.0	150 mg/12h 110 mg/12 h (≥ 80 a; Riesgo hemorrágico ↑; CICr 30-49 ml/h)	20 mg/24 h 15 mg/24 h (CICr 15-49 ml/h)	5 mg/12 h 2.5 mg/12 h (> 80 a; < 60 Kg; CICr 15-29 ml/min)	60 mg/24 h 30 mg/24 h (CICr 15-50 ml/min; < 60 Kg).
VALVULAR	++	---	---	---	---
IR MODERADA	++	+	+	+	+
PAT. DIGESTIVA	++	-	-	+	+
C. ISQUÉMICA	+	++	++	+	+
AIT/ACVA PREVIOS	+	++ (110 mg)	+	+	+
CVE DIFERIDA	+	++	++	++	++
ANTÍDOTO	+	++	---	---	---

## CONSIDERACIONES ADICIONALES

### CRITERIOS DE INGRESO

- **Complicaciones de la FA** (angina grave, ICC, TEP...).
- **Falta de control de la RV de la FA a pesar de tratamiento en servicio de urgencias durante 24 h.**
- **Patología concomitante importante** (ICC, neumonía, descompensación diabética, hipertiroidismo...)

### MANEJO AL ALTA

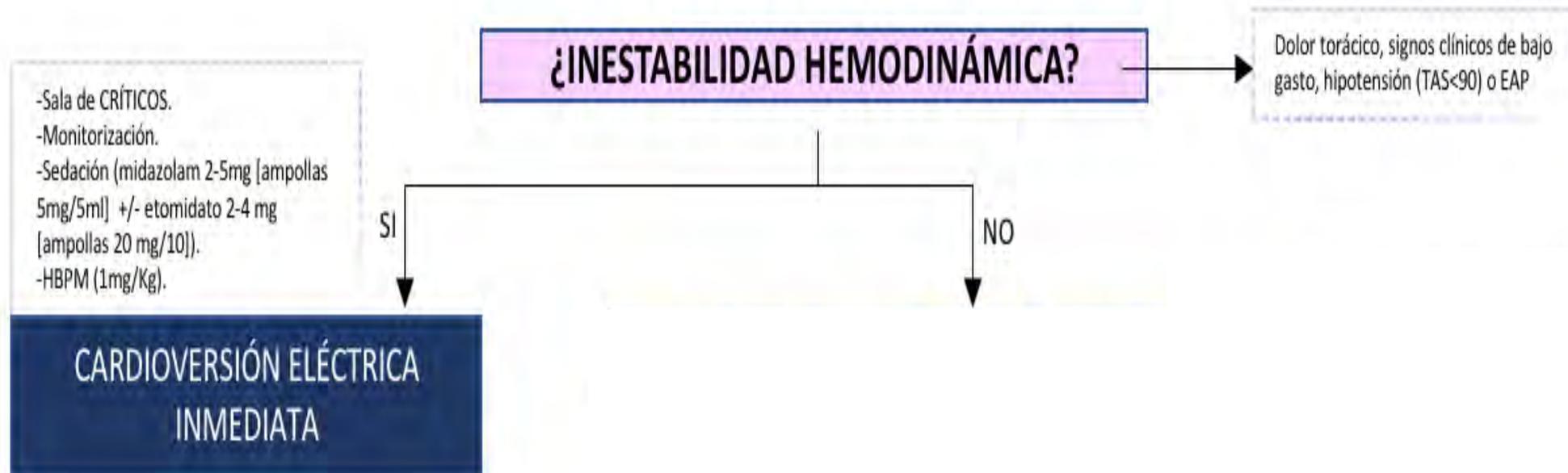
- **FA de reciente diagnóstico precisan -como norma- una valoración en CCEE de cardiología** (excepciones: ancianos con limitación movilidad...).
- **En pacientes en los que se opte por iniciar tratamiento con acenocumarol deberán ser remitidos a la consulta específica de hematología con tal fin.**

### OTRAS CONSIDERACIONES

- **Los anticoagulantes de acción directa precisan un visado inicial y sucesivo** (formulario específico).
- **Todo facultativo del SES podrá iniciar o prorrogar el tratamiento con un anticoagulante de acción directa** (no será necesario remitir a consultas de AE (Cardiología) solo con ese objetivo salvo sospecha de EM moderada-severa).

# CASO CLÍNICO 1

- Hombre 72 años. No FA conocida. HTA. DM tipo II.
- Disnea en reposo y dolor torácico 1 semana de evolución. Mala mecánica respiratoria. TA 90/60.



# CASO CLÍNICO 2

- Mujer. 32 años. Monitora de gimnasio. Sin patología de interés.
- Desde hace 2-3 horas → Nerviosismo y palpitaciones.



# ACTUACIÓN EN URGENCIAS ANTE UN PACIENTE CON FA

basada en las recomendaciones de la ESC actualización 2016

• Mi

• De

-Sala de CRÍTICOS.  
-Monitorización.  
-Sedación (midazolam 2-5mg [ampollas 5mg/5ml] +/- etomidato 2-4 mg [ampollas 20 mg/10]).  
-HBPM (1mg/Kg).

**CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA INMEDIATA**

**¿INESTABILIDAD HEMODINÁMICA?**

Dolor torácico, signos clínicos de bajo gasto, hipotensión (TAS<90) o EAP

**HISTORIA CLÍNICA, RX TÓRAX, ANALÍTICA**

Hemograma, coagulación, función renal, iones, GOT, GPT, otras (según situación clínica y contexto).

Antecedentes, alergias, medicación, hábitos tóxicos, causas de FA, tipo de FA, SÍNTOMAS, exploración física

**DURACIÓN DE LA FA**

**> 48 h / DESCONOCIDO**

**< 48 h**

**¿INTERESA CARDIOVERSIÓN?**

PUNTUACIÓN CHA2DS2-VASc	
INSUFICIENCIA CARDÍACA	1
HTA	1
EDAD >74	2
DIABETES	1
ICTUS o AIT	2
EDAD 65-74	1
SEXO FEMENINO	1
ENF. VASCULAR	1

**PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA (según riesgo) Y CONTROL DE FRECUENCIA**

- **0 puntos:** bajo riesgo. No tratar.
- **1 punto:** riesgo intermedio: Anticoagular (ACOD / Acenocumarol).
- **≥ 2 puntos:** Anticoagular (ACOD / Acenocumarol).

-Sala de CRÍTICOS.  
-Consentimiento informado  
-Monitorización.  
-Sedación (midazolam +/- etomidato).  
-HBPM (1mg/Kg).

**FARMACOLÓGICA**

**¿HTA con HVI, ICC, cardiopatía?**

**¿Signos de ICC?**

**DILTIAZEM:** (iv = 0.25 mg/Kg en bolo en 2 min; ampollas 25 mg) (v.o. = 120-180 mg/día)

**ATENOLOL** (iv = 2.5 mg en bolo lento; repetir; máx 10 mg) (v.o. = 50-100 mg/día).  
**BISOPROLOL** (v.o. = 5-20 mg/día)

Si no se controla asociar **DIGOXINA** o **AMIODARONA**

**DIGOXINA:** 0.5 mg en 20 min → 0.25 mg/6 h; máximo 1.5 mg/24h) (ampollas: 0.5 mg)

Si no se controla asociar **AMIODARONA**

Si no se controla la FA ni ICC

**CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA**

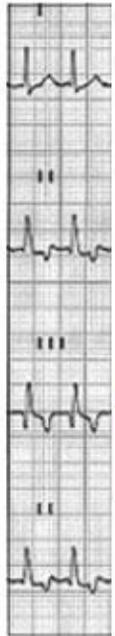
**FLECAINIDA:** 300 mg vo --- 2mg/Kg. iv en 100 cc SG 5% en 30 min (ampollas 150 mg)

**PROPAFENONA:** 600 mg vo --- 2 mg/Kg. iv en 100 cc SG 5% en 30 min (ampollas 70 mg).

**AMIODARONA:** 300 mg v en 100 cc SG 5% en 1h (ampollas 150 mg)

Tras **CARDIOVERSIÓN / CONTROL FRECUENCIA** → Valorar IECAS-ARA II, estatinas, betabloqueantes, antiarrítmicos, profilaxis embólica según riesgo, técnicas invasivas...

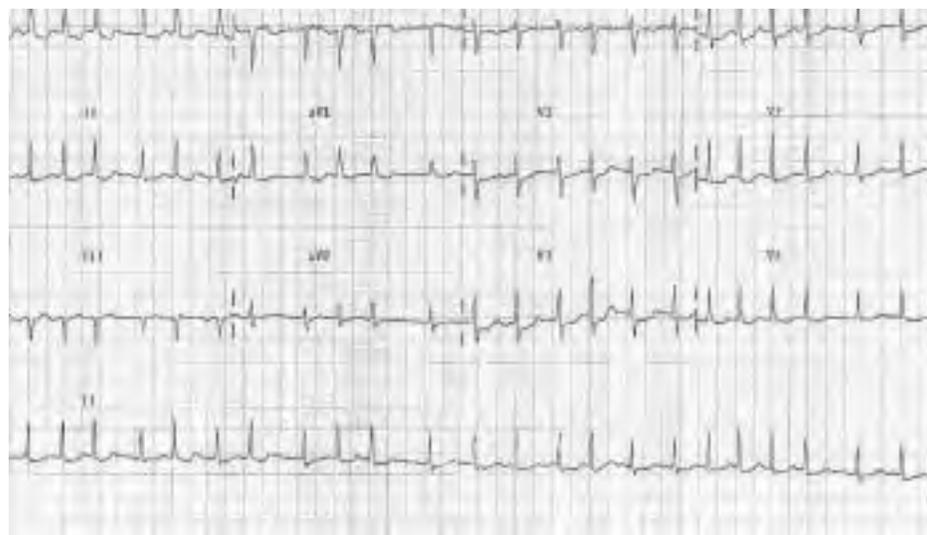
**VALORAR SI PRECISA INGRESO / ALTA** (valoración en Consultas Externas)





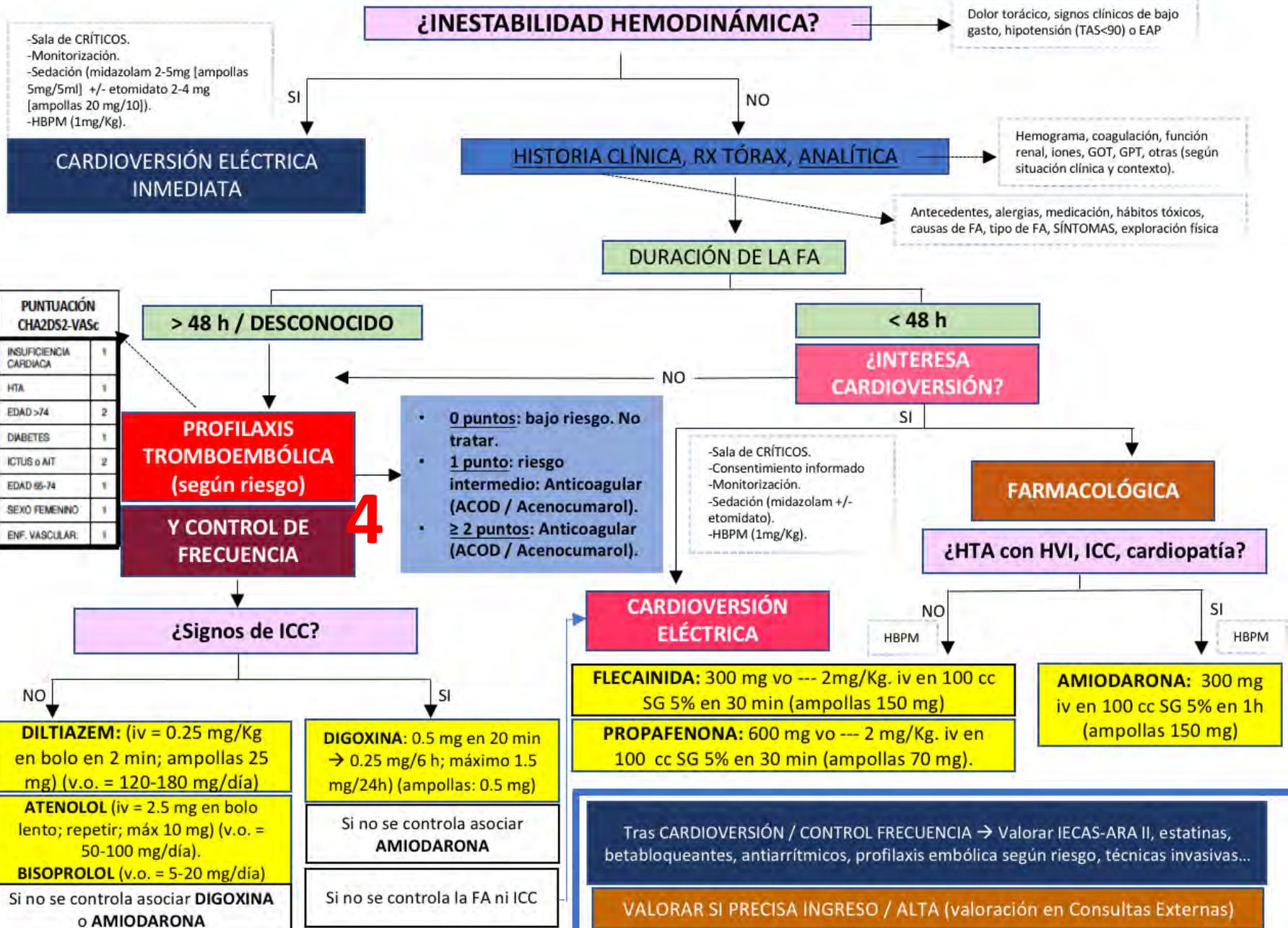
# CASO CLÍNICO 3

- Mujer. 81 años. HTA. Dislipemia. FA paroxística. INR 1.4. TRT bajo.
- Sensación de cansancio y palpitations de duración no precisada. Estable hemodinámicamente.
- Ecocardiograma noviembre 2017: HVI moderada. IM ligera. AI 58 mm. Disfunción diastólica ligera. Resto normal.



# ACTUACIÓN EN URGENCIAS ANTE UN PACIENTE CON FA

basada en las recomendaciones de la ESC actualización 2016



- Mu
- Sen
- Eco
- Disf

O.  
a.  
8 mm.

PUNTAJACIÓN CHA2DS2-VASc	
INSUFICIENCIA CARDIACA	1
HTA	1
EDAD >74	2
DIABETES	1
ICTUS o AIT	2
EDAD 65-74	1
SEXO FEMENINO	1
ENF. VASCULAR	1

4

Tras CARDIOVERSIÓN / CONTROL FRECUENCIA → Valorar IECAS-ARA II, estatinas, betabloqueantes, antiarrítmicos, profilaxis embólica según riesgo, técnicas invasivas...

VALORAR SI PRECISA INGRESO / ALTA (valoración en Consultas Externas)

## ESCALAS RIESGO EMBÓLICO / SANGRADO

### RIESGO EMBÓLICO: (CHA2DS2-VASc)

**Anticoagulación en la Cardioversión Diferida:** se debe anticoagular las 3 semanas previas y las 4 semanas posteriores a la CVE (independientemente de escala riesgo embólico).

**Anticoagulación en paciente con FA portador de prótesis metálica:** se debe anticoagular siempre por el elevado riesgo embólico.

**Anticoagulación en paciente con FA (no portador de prótesis):** valorar el riesgo tromboembólico con la Escala CHA2DS2-VASc.

C	Cardiac Failure	1
H	HTA	1
A	Age ≥ 75	2
D	Diabetes	1
S	Stroke	2
V	Vascular	1
A	Age ≥ 65	1
Sc	Sex Female	1

**0 → No tratamiento**

**1 → Anticoagulación** (salvo sexo femenino aislado)

**≥ 2 Anticoagulación**

\*\*\* El uso de AAS o AAS + clopidogrel, solo queda justificado en caso de que el paciente rechace ser tratado con anticoagulantes

### RIESGO SANGRADO: HASBLED

H	HTA	1
A	Abnormal renal/liver function (1 p each)	1 ó 2
S	Stroke	1
B	Bleeding	1
L	Labile INR	1
E	Elderly ≥ 65	1
D	Drugs or Alcohol (1 p each)	1 ó 2

Se considera riesgo elevado de sangrado **HAS-BLED ≥ 3**, no contraindicando anticoagulación, sino que aumenta la necesidad de un control más estricto del ajuste de dosis del anticoagulante.

## RECOMENDACIONES FÁRMACOS ANTICOAGULANTES

### Nuevos ACO

- En acceso imposible a controles de INR.
- Mal control de INR.**
- Intolerancia a acenocumarol.
- Hemorragia cerebral previa.
- Ictus isquémico previo con HAS BLED > 2 y/o leucoaraiosis.
- Embolismo o sangrado (excepto sangrado digestivo) bajo tratamiento con acenocumarol con INR 2-3.

### ACENOCUMAROL

- Para los que ya lo toman y tienen buen control (TRT > 65%).
- Pacientes valvulares (prótesis) / Estenosis Mitral moderada-severa.

### PACIENTES NAIVE: SAME-TT<sub>2</sub>R<sub>2</sub>

	DEFINICIÓN	PUNTOS
S	Sexo Femenino	1
A	Edad (< 60 años)	1
Me	Historia Médica*	1
T	Tratamientos**	2
T	Tabaco (dos últimos años)	2
R	Raza (No caucásica)	2

### Predicción de respuesta a acenocumarol

0-1	Probablemente alcance un alto TTR (> 65%)	AVK
> 2	Asociado a pobre TTR	NACO

TTR: Tiempo en rango terapéutico. AVK: Antagonista de la Vitamina K. NACO: Nuevo Anticoagulante Oral

\* Dos o más de los siguientes: HTA, DM, coronariopatía / IAM, enfermedad arterial periférica, ICC, ACV previo, enfermedad pulmonar, hepática o renal.

\*\* Drogas que interaccionen: amlodarona...

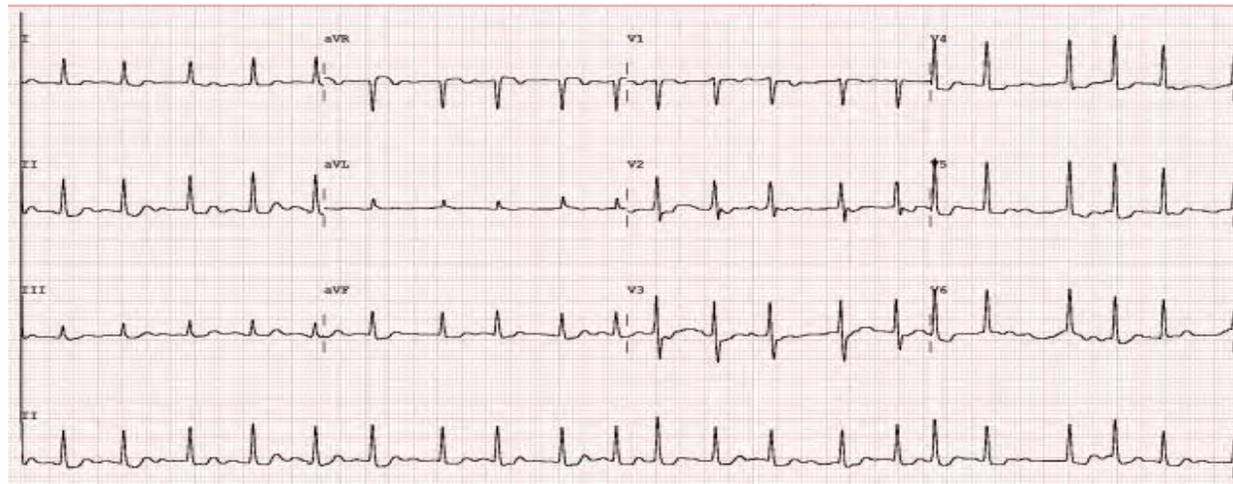
PATOLOGÍA ASOCIADA	AVK (sintram *)	DABIGATRAN (PRADAXA *)	RIVAROXABAN (XARELTO *)	APIXABAN (ELIQUIS *)	EDOxabAN (LIXIANA *)
POSOLÓGIA	INR 2.0-3.0	150 mg/12h 110 mg/12 h (≥ 80 a; Riesgo hemorrágico ↑; ClCr 30-49 ml/h)	20 mg/24 h 15 mg/24 h (ClCr 15-49 ml/h)	5 mg/12 h 2.5 mg/12 h (> 80 a; < 60 Kg; ClCr 15-29 ml/min)	60 mg/24 h 30 mg/24 h (ClCr 15-50 ml/min; < 60 Kg.)
VALVULAR	++	---	---	---	---
IR MODERADA	++	+	+	+	+
PAT. DIGESTIVA	++	-	-	+	+
C. ISQUÉMICA	+	++	++	+	+
AIT/ACVA PREVIOS	+	++ (110 mg)	+	+	+
CVE DIFERIDA	+	++	++	++	++
ANTÍDOTO	+	++	---	---	---

- Mu
- Sen
- Esta
- Eco
- Disf

o.  
a.  
8 mm.

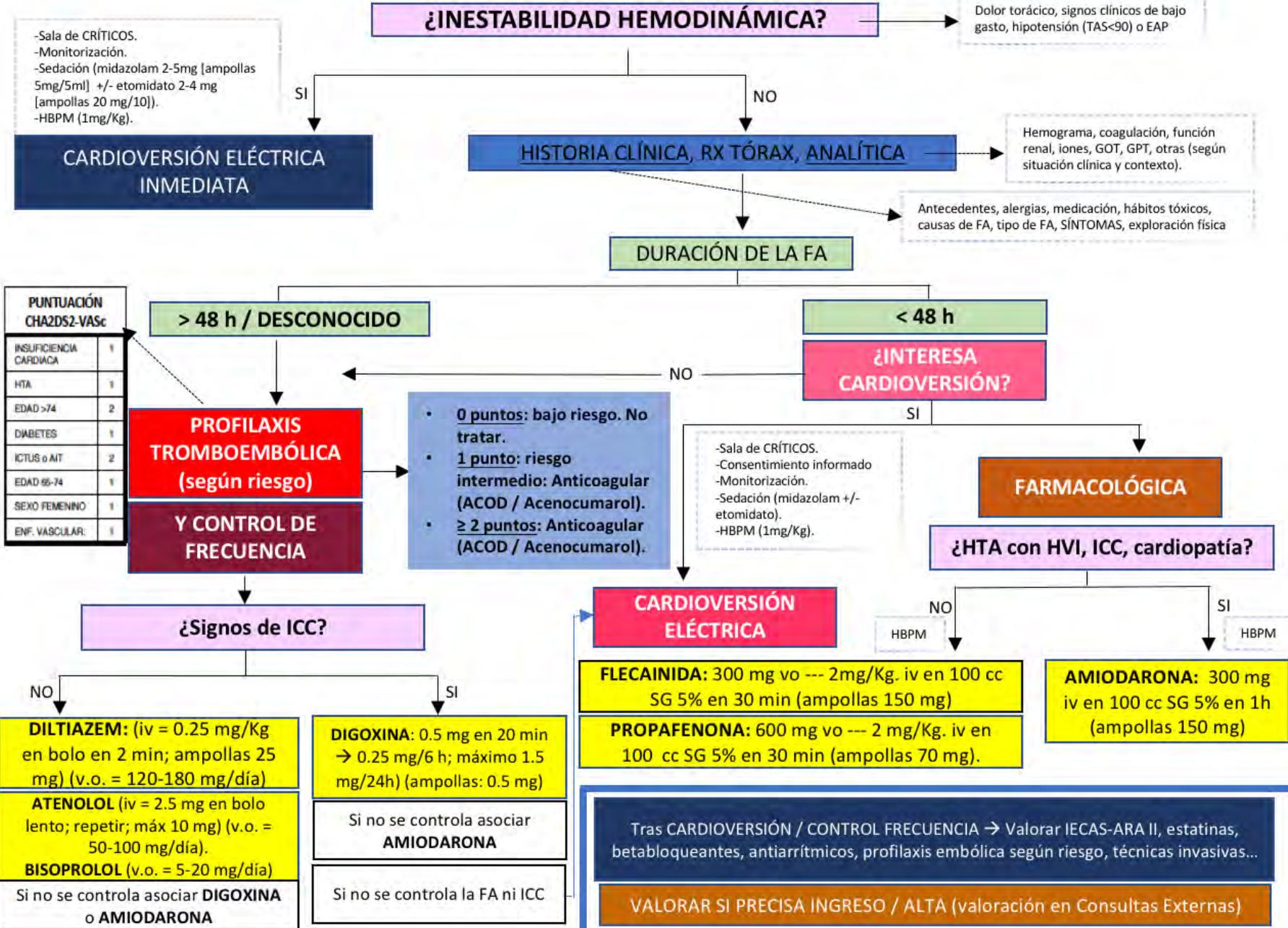
# CASO CLÍNICO 4

- Mujer. 67 años. HTA. Sin otros antecedentes.
- Palpitaciones y Mareos desde 10 días. No datos congestivos. Estable clínica y hemodinamicamente. Aceptable control de frecuencia cardiaca tras medicación en urgencias.



# ACTUACIÓN EN URGENCIAS ANTE UN PACIENTE CON FA

basada en las recomendaciones de la ESC actualización 2016

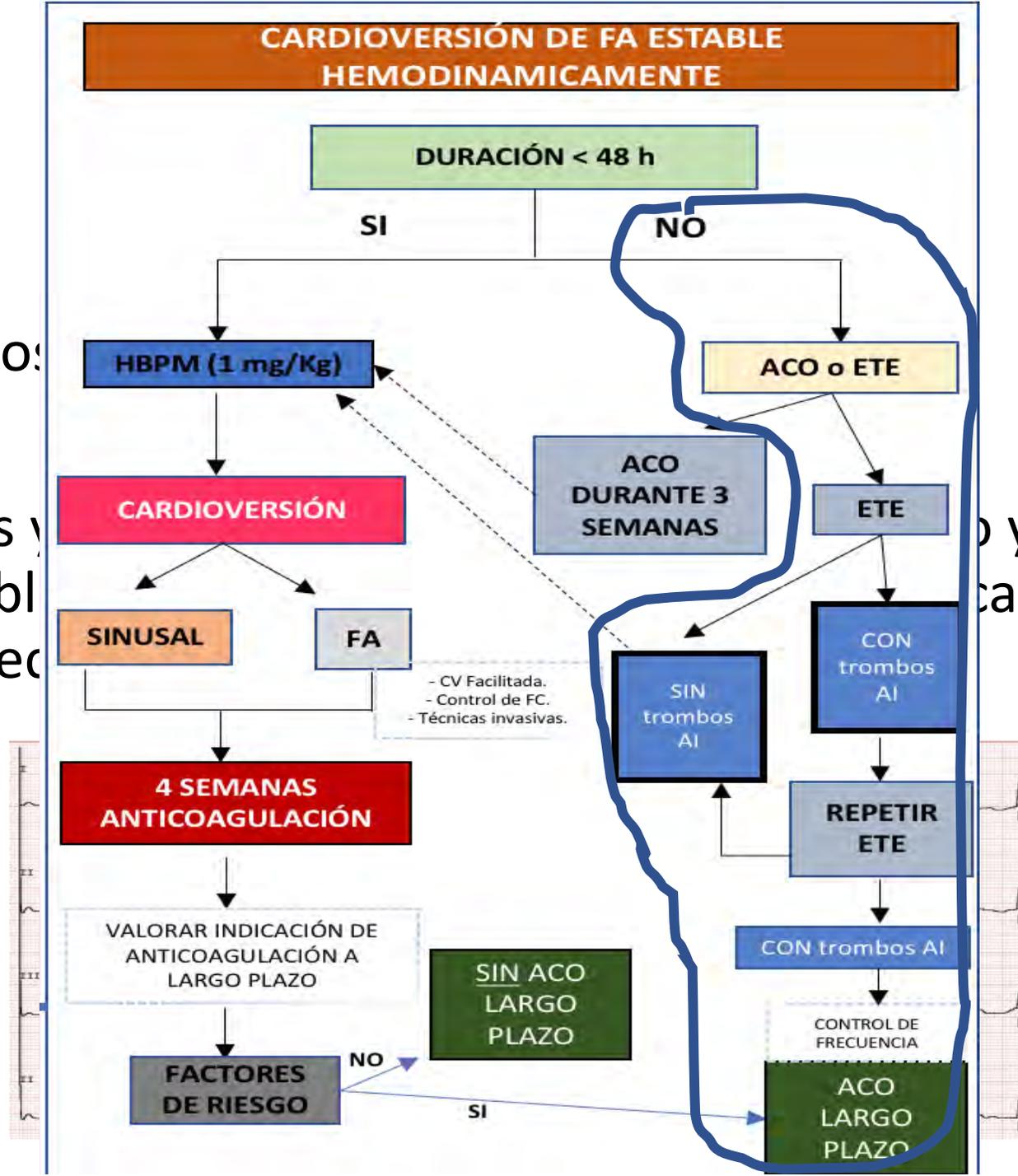


• Mu

• Pal  
rep  
cor

n  
fácil

- Mujer. 67 años
- Palpitaciones y disnea en reposo. Estable control de frecuencia ligera y difícil



## ESCALAS RIESGO EMBOLICO / SANGRADO

### RIESGO EMBOLICO: (CHA2DS2-VASc)

**Anticoagulación en la Cardioversión Diferida:** se debe anticoagular las 3 semanas previas y las 4 semanas posteriores a la CVE (independientemente de escala riesgo embólico).

**Anticoagulación en paciente con FA portador de prótesis metálica:** se debe anticoagular siempre por el elevado riesgo embólico.

**Anticoagulación en paciente con FA (no portador de prótesis):** valorar el riesgo tromboembólico con la Escala CHA2DS2-VASc.

C	Cardiac Failure	1
H	HTA	1
A	Age ≥ 75	2
D	Diabetes	1
S	Stroke	2
V	Vascular	1
A	Age ≥ 65	1
Sc	Sex Female	1

0 → No tratamiento

1 → Anticoagulación (salvo sexo femenino aislado)

≥ 2 Anticoagulación

\*\*\* El uso de AAS o AAS + clopidogrel, solo queda justificado en caso de que el paciente rechace ser tratado con anticoagulantes

### RIESGO SANGRADO: HASBLED

H	HTA	1
A	Abnormal renal/liver function (1 p each)	1 ó 2
S	Stroke	1
B	Bleeding	1
L	Labile INR	1
E	Elderly ≥ 65	1
D	Drugs or Alcohol (1 p each)	1 ó 2

Se considera riesgo elevado de sangrado HAS-BLED ≥ 3, no contraindicando anticoagulación, sino que aumenta la necesidad de un control más estricto del ajuste de dosis del anticoagulante.

## RECOMENDACIONES FÁRMACOS ANTICOAGULANTES

### Nuevos ACO

- En acceso imposible a controles de INR.
- Mal control de INR.
- Intolerancia a acenocumarol.
- Hemorragia cerebral previa.
- Ictus isquémico previo con HAS BLED > 2 y/o leucoaraiosis.
- Embolismo o sangrado (excepto sangrado digestivo) bajo tratamiento con acenocumarol con INR 2-3.

### ACENOCUMAROL

- Para los que ya lo toman y tienen buen control (TRT > 65%).
- Pacientes valvulares (prótesis) / Estenosis Mitral moderada-severa.

### PACIENTES NAIVE: SAME-TT<sub>2</sub>R<sub>2</sub>

	DEFINICIÓN	PUNTOS	Predicción de respuesta a acenocumarol	
S	Sexo Femenino	1	0-1	Probablemente alcance un alto TTR (> 65%)
A	Edad (< 60 años)	1		
Me	Historia Médica*	1	> 2	Asociado a pobre TTR
T	Tratamientos**	2		
T	Tabaco (dos últimos años)	2		
R	Raza (No caucásica)	2		

TTR: Tiempo en rango terapéutico. AVK: Antagonista de la Vitamina K. NACO: Nuevo Anticoagulante Oral

\* Dos o más de los siguientes: HTA, DM, coronariopatía / IAM, enfermedad arterial periférica, ICC, ACV previa, enfermedad pulmonar, hepática o renal.

\*\* Drogas que interaccionen: amiodarona...

PATOLOGÍA ASOCIADA	AVK (síntom *)	DABIGATRAN (PRADAXA *)	RIVAROXABAN (XARELTO *)	APIXABAN (ELIQUIS *)	EDOxabAN (LIXIANA *)
POSOLOGÍA	INR 2.0-3.0	150 mg/12h 110 mg/12h (≥ 80 kg; Riesgo hemorrágico ↑; CICr 30-49 ml/h)	20 mg/24h 15 mg/24h (CICr 15-49 ml/h)	5 mg/12h 2.5 mg/12h (> 80 kg; < 60 Kg.; CICr 15-29 ml/min)	60 mg/24h 30 mg/24h (CICr 15-50 ml/min; < 60 Kg.)
VALVULAR	++	—	—	—	—
IR MODERADA	++	+	+	+	+
PAT. DIGESTIVA	++	-	-	+	+
C. ISQUÉMICA	+	++	++	+	+
AIT/ACVA PREVIOS	+	++ (110 mg)	+	+	+
CVE DIFERIDA	+	++	++	++	++
ANTÍDOTO	+	++	—	—	—

## CONSIDERACIONES ADICIONALES

### CRITERIOS DE INGRESO

- Complicaciones de la FA (angina grave, ICC, TEP...).
- Falta de control de la RV de la FA a pesar de tratamiento en servicio de urgencias durante 24 h.
- Patología concomitante importante (ICC, neumonía, descompensación diabética, hipertiroidismo...)

### MANEJO AL ALTA

- FA de reciente diagnóstico precisan -como norma- una valoración en CCEE de cardiología (excepciones: ancianos con limitación movilidad...).
- En pacientes en los que se opte por iniciar tratamiento con acenocumarol deberán ser remitidos a la consulta específica de hematología con tal fin.

### OTRAS CONSIDERACIONES

- Los anticoagulantes de acción directa precisan un visado inicial y sucesivo (formulario específico).
- Todo facultativo del SES podrá iniciar o prorrogar el tratamiento con un anticoagulante de acción directa (no será necesario remitir a consultas de AE (Cardiología) solo con ese objetivo salvo sospecha de EM moderada-severa).



## MANEJO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

# ACTUACIÓN EN URGENCIAS ANTE UN PACIENTE CON FA

basada en las recomendaciones de la ESC actualización 2016

¿INESTABILIDAD HEMODINÁMICA?

Dolor torácico, signos clínicos de bajo gasto, hipotensión (TAS<90) o EAP

- Sala de CRÍTICOS.
- Monitorización.
- Sedación (midazolam 2-5mg [ampollas 5mg/5ml] +/- etomidato 2-4 mg [ampollas 20 mg/10]).
- HBPM (1mg/Kg).

CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA INMEDIATA

HISTORIA CLÍNICA, RX TÓRAX, ANALÍTICA

Hemograma, coagulación, función renal, iones, GOT, GPT, otras (según situación clínica y contexto).

Antecedentes, alergias, medicación, hábitos tóxicos, causas de FA, tipo de FA, SINTOMAS, exploración física

DURACIÓN DE LA FA

> 48 h / DESCONOCIDO

< 48 h

PUNTAJACIÓN CHA2DS2-VASc	
INSUFICIENCIA CARDÍACA	1
HTA	1
EDAD >74	2
DIABETES	1
ICTUS o AIT	2
EDAD 65-74	1
SEXO FEMENINO	1
ENF. VASCULAR:	1

PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA (según riesgo)

- 0 puntos: bajo riesgo. No tratar.
- 1 punto: riesgo intermedio: Anticoagular (ACOD / Acenocumarol).
- ≥ 2 puntos: Anticoagular (ACOD / Acenocumarol).

- Sala de CRÍTICOS.
- Consentimiento informado
- Monitorización.
- Sedación (midazolam +/- etomidato).
- HBPM (1mg/Kg).

FARMACOLÓGICA

¿HTA con HVI, ICC, cardiopatía?

CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA

- FLECAINIDA:** 300 mg vo --- 2mg/Kg. iv en 100 cc SG 5% en 30 min (ampollas 150 mg)
- PROPAFENONA:** 600 mg vo --- 2 mg/Kg. iv en 100 cc SG 5% en 30 min (ampollas 70 mg).

- AMIODARONA:** 300 mg iv en 100 cc SG 5% en 1h (ampollas 150 mg)

Tras CARDIOVERSIÓN / CONTROL FRECUENCIA → Valorar IECAS-ARA II, estatinas, betabloqueantes, antiarrítmicos, profilaxis embólica según riesgo, técnicas invasivas...

VALORAR SI PRECISA INGRESO / ALTA (valoración en Consultas Externas)

¿Signos de ICC?

- DILTIAZEM:** (iv = 0.25 mg/Kg en bolo en 2 min; ampollas 25 mg) (v.o. = 120-180 mg/día)
- ATENOLOL** (iv = 2.5 mg en bolo lento; repetir; máx 10 mg) (v.o. = 50-100 mg/día).
- BISOPROLOL** (v.o. = 5-20 mg/día)
- Si no se controla asociar **DIGOXINA** o **AMIODARONA**

- DIGOXINA:** 0.5 mg en 20 min → 0.25 mg/6 h; máximo 1.5 mg/24h (ampollas: 0.5 mg)
- Si no se controla asociar **AMIODARONA**
- Si no se controla la FA ni ICC

# CARDIOVERSIÓN DE FA ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE

DURACIÓN < 48 h

SI

NO

HBPM (1 mg/Kg)

ACO o ETE

CARDIOVERSIÓN

ACO DURANTE 3 SEMANAS

ETE

SINUSAL

FA

SIN trombos AI

CON trombos AI

4 SEMANAS ANTICOAGULACIÓN

VALORAR INDICACIÓN DE ANTICOAGULACIÓN A LARGO PLAZO

FACTORES DE RIESGO

SIN ACO LARGO PLAZO

ACO LARGO PLAZO

- CV Facilitada.

- Control de FC.

- Técnicas Invasivas.

REPETIR ETE

CON trombos AI

CONTROL DE FRECUENCIA

# MANEJO DE LA ALTA DE LA FA

ELECTROCARDIOGRAMA AL ALTA

RITMO SINUSAL

FIBRILACIÓN AURICULAR

SIN CARDIOPATÍA (O HTA con control de vida)

ESTILO DE VIDA

INACTIVO

ACTIVO

Digoxina

ENFERMEDAD ASOCIADA

HTA (o ninguna)

ICC

EPOC

B-Bloq. ACA

B-Bloq. Digoxina

ACA Digoxina a B-Bloq.

Dronedrona  
Flecainida  
Propafenona  
Sotalol

CON CARDIOPATÍA

HTA (con HVI)

ICC (↓ FEV)

Cardiopatía Isquémica

Dronedrona

Dronedrona Sotalol

Amiodarona

**MUCHAS GRACIAS**