Fibrilación Auricular: Conceptos Básicos y Consideraciones Clínicas

Alejandro Alvarado-Gómez[1], Maximiliano Arturo de-la-Torre[1], María Esther Macías-Guzmán[1], Melissa Méndez-Rodríguez[1].

[1] Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí, S.L.P., México.

Autor de correspondencia: Alejandro Alvarado-Gómez, A342948@alumnos.uaslp.mx
Recibido: 20 de octubre de 2025. | Aceptado: 1° de noviembre de 2025.

RESUMEN

El presente artículo busca proporcionar una revisión actualizada y comprensible sobre la fibrilación auricular (FA), abordando sus bases fisiopatológicas, aspectos clínicos, diagnóstico y estrategias de tratamiento para mejorar el conocimiento tanto en profesionales de la salud como en el público general.

La FA es la arritmia sostenida más frecuente en adultos, afectando al 2-3% de la población mundial. El trabajo describe cómo la desorganización de las descargas eléctricas auriculares altera el ritmo cardíaco normal, analizando factores de riesgo como la hipertensión, la edad y enfermedades cardiovasculares previas. Se detalla que el diagnóstico principal se realiza mediante electrocardiograma, identificando la ausencia de ondas P e intervalos RR irregulares por al menos 30 segundos. Finalmente, se exploran las opciones terapéuticas centradas en el control de la arritmia y la prevención de tromboembolismos mediante el uso de anticoagulantes.

Un diagnóstico temprano y un manejo integral son fundamentales para reducir la morbimortalidad asociada, prevenir complicaciones graves como accidentes cerebrovasculares y mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: fibrilación auricular, arritmia cardíaca, electrocardiograma.

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) es una condición cardíaca común, que afecta a millones de personas en todo el mundo. La importancia de entender la fibrilación auricular radica en su alta prevalencia y graves implicaciones para la salud. Afecta al 2-3% de la población mundial, con una tendencia al aumento debido al envejecimiento. Además del riesgo de accidentes cerebrovasculares, se asocia con fatiga crónica y otras complicaciones de no ser tratada oportunamente [1].

El artículo aborda aspectos clínicos, fisiopatológicos, tratamientos disponibles, innovaciones médicas, el impacto socioeconómico y estrategias de prevención.

Su objetivo es ofrecer una comprensión clara y actualizada, no solo para profesionales de la salud, sino también para aquellos que desean comprender mejor esta condición cardiovascular y su impacto en la vida cotidiana.

FIBRILACIÓN AURICULAR

La fibrilación auricular es una condición que afecta el ritmo cardíaco. Se caracteriza por la presencia de latidos cardíacos irregulares y rápidos producidos en las aurículas en lugar de un ritmo normal.

En una persona con FA, las descargas eléctricas en las aurículas que dan lugar a los latidos se vuelven asincrónicas y desordenadas, lo que da lugar a la fibrilación.

La FA puede deberse a diversos factores (edad, enfermedades cardiacas previas, hipertensión arterial, enfermedades pulmonares, consumo excesivo de alcohol, factores genéticos, etc.) y puede aumentar el riesgo de complicaciones graves como enfermedades vasculares debido a la formación de coágulos sanguíneos dentro del corazón, así como insuficiencia y otras enfermedades cardíacas.

La FA tiene una relevancia significativa en la vida cotidiana de las personas, tanto para quienes la padecen como para sus familiares y la sociedad en general por diversas razones; puede afectar la calidad de vida, ya que los síntomas como palpitaciones, fatiga y disnea, entre otros, pueden ser incapacitantes y muy molestos; de igual manera, la depresión y ansiedad que pueden acompañar a la FA suelen tener repercusiones psicológicas.

A estos pacientes a menudo se les aconseja realizar cambios en su estilo de vida, como reducir el consumo de alcohol y tabaco, llevar una dieta más saludable y evitar situaciones de estrés, lo cual implica hacer ajustes y modificaciones en la rutina que pueden ser difíciles de manejar.

Asimismo, la FA también ha aumentado la conciencia acerca de la salud cardiovascular en la sociedad, las personas pueden ser más conscientes de la importancia de controlar su presión arterial, mantener un peso saludable de acuerdo con sus necesidades y llevar un estilo de vida activo para reducir el riesgo de desarrollar FA u otras afecciones cardíacas.

En resumen, la fibrilación auricular es una patología que tiene repercusiones en la salud física y mental de quien la padece, por lo que es importante conocer el correcto manejo y tratamiento de esta enfermedad junto con las complicaciones que puede tener, de manera que podamos minimizar su impacto y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

ETIOLOGÍA

La fibrilación auricular es considerada una patología de origen multifactorial, ya que hasta la fecha no se conoce con exactitud su etiología. Sin embargo, existen agentes que están estrechamente relacionados con el incremento en el riesgo de su incidencia.

En países desarrollados, la FA se relaciona con la enfermedad coronaria y la cardiopatía hipertensiva. La hipertensión arterial es la causa subyacente más frecuente de fibrilación auricular, mientras que la enfermedad coronaria no provoca FA a no ser que exista una complicación con infarto agudo al miocardio que puede dar origen a la patología debido a isquemia o dilatación auricular secundaria a insuficiencia cardíaca (IC).

Asimismo, se ha observado que cualquier enfermedad de las válvulas que produzca estenosis o regurgitación puede estar directamente relacionada con FA.

La insuficiencia cardíaca y la fibrilación auricular pueden presentarse al mismo tiempo y por lo general la incidencia de FA aumenta considerablemente en quienes padecen IC en fases más avanzadas. La FA también está asociada a cardiopatías congénitas con afección auricular, sin embargo, puede relacionarse con otras como la anomalía de Ebstein, estenosis pulmonar o defectos del septo interventricular.

Pacientes con enfermedades cardiopulmonares como EPOC, miocardiopatías dilatadas, pericarditis (idiopática o urémica) o síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) tienen mayor riesgo de padecer FA.

La enfermedad renal crónica es un factor de riesgo de importancia para el desarrollo de FA, ya que en pacientes con índice de filtrado glomerular entre 30-59 ml/min el riesgo aumenta aproximadamente un 32% [2] a comparación de aquellos con función renal normal. Otro factor asociado es la Diabetes Mellitus, con un riesgo incrementado del 10% en hombres y 50% en mujeres [2].

Se ha observado un aumento de casos de FA en pacientes sometidos a cirugía cardíaca, siendo la cirugía mixta coronaria la de mayor riesgo incrementado para FA (60%) [2]. En pacientes con FA de causa desconocida es importante medir los niveles de tirotropina, ya que la incidencia de fibrilación auricular en pacientes con hipertiroidismo puede alcanzar hasta un 10-20% en adultos mayores de 60 años, con una frecuencia más alta en varones [2].

En conclusión, las principales comorbilidades relacionadas con FA incluyen: hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

FISIOPATOLOGÍA

La fibrilación auricular puede ocurrir en pacientes con o sin enfermedad estructural. La segunda es provocada principalmente por enfermedad eléctrica y son los disparadores eléctricos los que la desencadenan, estos disparadores son múltiples focos de microrreentrada en la aurícula.

La patogénesis no se entiende por completo y se considera que es multifactorial; sin embargo, existen dos componentes que tienen un papel importante: un factor desencadenante y el sustrato anatómico que favorece el mantenimiento de la arritmia.

- **Factores desencadenantes (*triggers*)**

Se asocia a anomalías estructurales y electrofisiológicas que promueven la formación y propagación de impulsos anormales, en pocas palabras funcionan como “gatillos” o “disparadores” [3].

La mayoría de los focos iniciadores se encuentran en las venas pulmonares; en la unión de la aurícula izquierda y las venas pulmonares existe una gran sobreposición de fibras musculares, haciendo a las venas más gruesas en la porción proximal y creando así tejido muy heterogéneo; esto ocasiona que la organización de las fibras musculares sea compleja actuando como desencadenante [3].

- **Mecanismo de mantenimiento**

Una vez iniciada la FA, hay factores que mantienen esta arritmia, como la persistencia de la descarga arritmogénica; en la ausencia de focos disparadores puede ocurrir una remodelación del sistema de conducción y estructural, provocando dilatación de la aurícula y acortamiento del período refractario; estos dos factores pueden ser parte de la historia natural de la enfermedad o actuar como desencadenantes.

- **Sustrato**

A menudo la FA viene de la mano con otras enfermedades sistémicas como hipertensión arterial, enfermedad isquémica, insuficiencia cardíaca e hipertiroidismo; estas comorbilidades desencadenan una respuesta de adaptación auricular para mantener la homeostasis, las principales consecuencias de esta respuesta son la dilatación de la cavidad y fibrosis.

Estos mecanismos de adaptación son importantes en la generación de la FA. El proceso de envejecimiento por sí solo genera cambios en la conducción eléctrica, lo cual también contribuye como sustrato para la generación de la FA, cuyo desarrollo se acelera por las comorbilidades mencionadas anteriormente.

- **Inflamación**

Existe evidencia de que la inflamación del tejido miocárdico es clave en la patogénesis de la FA [3].

Además, es posible que la inflamación sea consecuencia de la FA, como un círculo vicioso donde la inflamación produce FA y la misma enfermedad induce una mayor respuesta inflamatoria.

En resumen, en la FA la aurícula pierde la capacidad de contraerse debido a los focos disparadores que hacen que la aurícula fibrile y, con el tiempo, la dilatación y la fibrosis que se genera, modifican aún más el miocardio y la conducción eléctrica, favoreciendo el mantenimiento de la patología.

La ausencia de contracción normal favorece un estado protrombótico debido a la estasis sanguínea que se genera dentro de las cavidades cardíacas, promoviendo así la formación de coágulos que posteriormente pueden embolizar hacia la circulación sistémica, provocando eventos isquémicos. Esto se menciona debido a que la EVC es la principal complicación de la FA y la prevención de ésta es uno de los pilares del tratamiento de la enfermedad.

EPIDEMIOLOGÍA

La FA es la arritmia sostenida más frecuente en adultos, se asocia a una mayor morbimortalidad significativa, por lo que es importante tanto para los pacientes como para los sistemas de salud.

La prevalencia de FA en adultos es del 2-4% y se anticipa que aumentará 2-3 veces [2]. El envejecimiento es un factor de riesgo de FA, al igual que la presencia de otras comorbilidades como la hipertensión, diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca, enfermedad coronaria, enfermedad renal crónica, obesidad y apnea obstructiva del sueño.

Las tasas de incidencia, prevalencia y riesgo a lo largo de la vida de la FA son menores en mujeres que en varones. El riesgo de padecer FA a lo largo de la vida se estima en 1 de cada 3 individuos de origen europeo a una edad de 55 años.

El impacto de la FA y su asociación con otras comorbilidades indica que una intervención temprana y el control de los factores de riesgo podrían reducir la incidencia de FA.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Un 50-87% de los pacientes con FA son asintomáticos al principio, lo cual puede impedir un diagnóstico oportuno y hacer que su pronóstico sea menos favorable. Las personas que sí manifiestan signos y síntomas suelen presentar:

- Palpitaciones.
- Disnea.
- Fatiga.
- Dolor o presión en el pecho.
- Poca tolerancia al ejercicio.
- Mareo.
- Síncope.
- Trastornos del sueño.
- Trastorno de ansiedad y depresión.

Más del 60% de las pacientes con FA tienen un deterioro importante en la calidad de vida, aunque sólo el 17% sufre síntomas discapacitantes. Este deterioro es peor para las mujeres, los jóvenes y las personas con comorbilidades.

Las personas que se encuentran hemodinámicamente inestables, aparte de presentar los signos y síntomas típicos, pueden tener presentaciones clínicas más significativas:

- Hipotensión sintomática.
- Insuficiencia cardíaca aguda con o sin edema pulmonar.
- Isquemia miocárdica en desarrollo.
- Shock cardiogénico.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico temprano de la fibrilación auricular es importante, ya que la afección puede ser asintomática o los síntomas pueden ser leves. En algunas personas se experimentan palpitaciones, falta de aire, fatiga o mareos, pero en otros casos la FA puede no presentar ningún síntoma hasta la introducción de una complicación. Por tanto, un diagnóstico temprano permite iniciar un tratamiento adecuado para prevenir complicaciones y en ocasiones hasta revertir la arritmia.

Según las guías de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC), para el diagnóstico se requiere de la documentación en electrocardiograma de un episodio de la FA que debe durar un mínimo de 30 segundos y presentar una pérdida de las ondas P e intervalos RR irregulares (Figura 1).

Adicionalmente, se cuentan con diversas herramientas que ayudan a complementar el diagnóstico (Tabla 1).



Figura 1. Electrocardiograma con ausencia de ondas P e intervalos RR irregulares.

CLASIFICACIÓN

Según las guías de la Sociedad Europea de Cardiología, la fibrilación auricular es compleja y se presenta de varias formas, tanto en cardiópatas como en individuos aparentemente sanos.

La clasificación de la FA involucra términos como "FA solitaria" y "FA idiopática", y se pueden diferenciar, pues la FA solitaria se refiere a la aparición de la arritmia en menores de 60 años, que no presentan manifestaciones clínicas o ecocardiográficas de ninguna enfermedad. Estos individuos suelen tener un pronóstico más favorable en relación con las complicaciones comunes de la FA, como el riesgo de coágulos sanguíneos y la mortalidad. Sin embargo, ya sea por el tiempo o porque se empiezan a presentar signos de enfermedad cardíaca, estos pacientes se dejarán de considerar como FA solitaria y por tanto, aumentará el riesgo de complicaciones.

Tabla 1. Herramientas diagnósticas para FA, como complemento al electrocardiograma, para clasificación y manejo terapéutico.

Herramienta	Descripción
Historia clínica	Recopila antecedentes médicos del paciente, síntomas, factores de riesgo, desencadenantes y el tipo de FA.
Examen físico	Buscar irregularidad del pulso, presencia de soplos cardíacos, edema o signos de insuficiencia cardíaca.
Monitor Holter	Electrocardiograma portátil que registra continuamente la actividad eléctrica del corazón durante 24 a 48 horas o más. Busca la presencia de episodios de ritmo cardíaco irregular.
Grabadora de eventos	Registrar episodios específicos. Sin embargo, en lugar de grabar constantemente se activa manualmente. Es de utilidad en pacientes con episodios no frecuentes.
Grabador de bucle implantable	Se implanta debajo de la piel y monitorea continuamente la actividad cardíaca hasta por 3 años. Se activa automáticamente cuando detecta cambios en el ritmo cardíaco.
Ecocardiograma	Método de imagen que nos puede mostrar anomalías estructurales, la función cardíaca y la presencia de coágulos sanguíneos en las aurículas.
Prueba de esfuerzo físico	Permite evaluar la respuesta del corazón al esfuerzo físico. Nos ayuda a saber si la FA se manifiesta o se empeora con el ejercicio.
Radiografía de tórax	Los hallazgos pueden variar y no hay hallazgos patognomónicos de la FA, pero en algunos pacientes puede haber: agrandamiento de aurículas, signos de insuficiencia cardíaca, coágulos visibles como opacidades y áreas de consolidación pulmonar.

La FA idiopática implica una falta de certeza respecto a su origen, independientemente de la edad, la presencia de algún problema cardiovascular.

La clasificación recomendada para la FA se centra en la relevancia clínica. Se distingue entre el primer episodio detectado de FA, ya sea sintomático o breve, y los episodios recurrentes. Los episodios recurrentes se dividen en FA paroxística, cuando la arritmia se detiene por sí sola o con intervención a los 7 días de inicio, y FA persistente, cuando se mantiene más de 7 días y que requieren cardioversión para terminar.

La FA persistente puede ser la primera presentación o el resultado de episodios recurrentes no controlados. Además, se considera FA persistente de larga duración cuando esta continua por más de 1 año aún tras el uso de estrategias de control del ritmo cardíaco.

La FA permanente se considera cuando la arritmia persiste a largo plazo sin intentos de reversión.

Es crucial diferenciar la FA secundaria, que ocurre como resultado de una condición desencadenante, como un ataque cardíaco, cirugía cardíaca u otras enfermedades. El tratamiento de la condición subyacente, sumado a un control de la FA, suelen llevar a una eliminación de la FA.

Como se puede notar, la clasificación de la ESC se apoya en la duración de los episodios y la presencia o ausencia de desencadenantes y es de extrema importancia para el abordaje de la FA pues el tratamiento debe de ser individualizado (Tabla 2).

Tabla 2. Clasificación de la FA según la guía ESC 2020.

Patrón de FA	Descripción
FA diagnosticada por primera vez	La FA no ha sido diagnosticada antes, independientemente de la duración de la arritmia o la presencia y la gravedad de los síntomas relacionados con ella.
FA paroxística	La FA se revierte espontáneamente o con una intervención en los primeros 7 días.
FA persistente	La FA se mantiene durante más de 7 días, incluidos los episodios que se terminan por cardioversión farmacológica o eléctrica tras más de 7 días.
FA persistente de larga duración	FA continua más de 1 año tras adoptar una estrategia para el control del ritmo cardiaco.
FA permanente	El paciente y el médico asumen la FA y no se adoptan nuevas medidas para restaurar o mantener el ritmo sinusal.**
Terminología que no se debe implementar	
FA aislada	Los avances en el conocimiento de la fisiopatología de la FA muestran que en cada paciente existe una causa para la FA. Por lo tanto, este término histórico puede producir confusión y no se debe emplear.
FA valvular / no valvular	Diferencia a los pacientes con estenosis mitral moderada/grave o válvulas cardiacas mecánicas de otros pacientes con FA, pero puede ser confuso y no se debe emplear.
FA crónica	Tiene varias definiciones y no se debe emplear para describir a poblaciones de pacientes con FA.

***La FA permanente representa más una actitud terapéutica del paciente y el médico que un atributo fisiopatológico inherente a la FA. Este término no debe emplearse en el contexto de una estrategia para el control del ritmo con fármacos antiarrítmicos o ablación con catéter. En caso de aplicarse medidas para el control del ritmo, la arritmia se reclasificaría como «FA persistente de larga duración».*

TRATAMIENTO

El tratamiento farmacológico de la FA se basa en dos objetivos clave: la prevención de la embolia por medio de la anticoagulación y el control de la arritmia.

- **Tratamiento farmacológico enfocado en la prevención de tromboembolia**

Respecto al primer objetivo, se ha demostrado que los antagonistas de la vitamina K (AVK) son más eficaces en la reducción del riesgo embolígeno, mientras que el ácido acetilsalicílico (AAS) carece de beneficios significativos. Los nuevos anticoagulantes orales (NACO) como Dabigatrán, Rivaroxabán, Apixabán y Edoxabán han demostrado ser opciones favorables para el tratamiento profiláctico de los pacientes con fibrilación auricular.

Los AVK han sido un elemento clave en la reducción de ictus embólicos en pacientes con FA de todo tipo, sin embargo, los NACO han expuesto un panorama prometedor en el contexto actual, siendo la reducción de la incidencia de sangrado cerebral (que se estima entre 2 y 3 veces menor que con AVK) y mayor tasa de apego al tratamiento algunos de los factores determinantes para iniciar anticoagulación con un NACO en vez de un AVK como primera elección.

- **Tratamiento antiarrítmico**

La elección adecuada de un fármaco antiarrítmico constituye un pilar fundamental en el manejo del paciente con fibrilación auricular. Esta decisión debe tomarse considerando algunos factores relevantes como el tipo de arritmia, la evolución de la enfermedad, cardiopatías asociadas, antecedentes patológicos del paciente, comorbilidades y el perfil de seguridad del antiarrítmico.

La Revista Española de Cardiología ofrece un panorama general de fármacos recomendados según algunos de los criterios previamente mencionados , así como las estrategias no farmacológicas empleadas según el contexto (resumen en Tablas 3, 4, 5 y 6).

EJEMPLOS Y METÁFORAS

Para entender mejor lo que ocurre cuando hay fibrilación auricular, podemos imaginarnos que el corazón es como un grupo de personas que están bailando una coreografía.

Como en cada grupo de baile, está el coreógrafo que guía a todos y les dice cómo moverse para que todo salga bien y todos sigan los pasos correctos. El coreógrafo es el nodo sinusal. Sin embargo, en la fibrilación auricular, el coreógrafo está enfermo y no puede decirles cómo moverse ni a dónde, entonces los bailarines empiezan a bailar sin coordinación. Unos se adelantan, otros se atrasan, otros se equivocan. Por lo tanto, la coreografía es desorganizada, descoordinada, llena de errores y se convierte en un caos.

Otro ejemplo para entender mejor qué es lo que pasa en las personas con FA, podemos imaginar que el corazón es como una persona que maneja un coche estándar y trata de prender el coche y mantener una velocidad constante. Para que pueda hacerlo, el conductor debe pisar primero el clutch y luego el pedal para acelerar. Por lo tanto, en la FA, el conductor empieza a soltar el pedal del clutch al mismo tiempo que pisa el acelerador, luego pisa los dos pedales al mismo tiempo, luego no pisa ninguno. Esto causa que el coche no mantenga una velocidad constante e incluso se pueda apagar.

PUNTOS CLAVE Y CONCLUSIÓN

La fibrilación auricular es una condición cardíaca común, que afecta aproximadamente al 2-3% de la población mundial. La importancia de entender la fibrilación auricular radica en su alta prevalencia y graves implicaciones para la salud, que incluyen pero no se limitan a fatiga crónica y un aumento en el riesgo de accidentes cerebrovasculares.

La FA es una afección que se caracteriza por la presencia de latidos cardíacos irregulares y rápidos producidos en las aurículas en vez de un ritmo normal. Las descargas eléctricas en las aurículas que dan lugar a los latidos se vuelven asincrónicas y desordenadas, lo que da lugar a la fibrilación. Existen diversos factores de riesgo y predisponentes a fibrilación auricular, tales como antecedentes de enfermedad cardiaca previa, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar, edad y algunas variantes modificables, como el consumo excesivo de alcohol.

Es considerada una patología de origen multifactorial y se desconoce la exactitud de su etiología. Sin embargo, existen agentes estrechamente relacionados con el incremento en el riesgo de su incidencia, las principales comorbilidades relacionadas con FA incluyen: hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

El diagnóstico temprano permite iniciar un tratamiento adecuado para prevenir complicaciones y en algunos casos revertir la arritmia. Aunque el electrocardiograma es el método principal para diagnosticar FA, existen herramientas adicionales que apoyan la confirmación del diagnóstico como historia clínica, exploración física, monitor Holter, ecocardiograma y radiografía de tórax, entre otros.

La fibrilación auricular es la arritmia sostenida más frecuente en adultos, se asocia a una mayor morbimortalidad significativa, por lo que es importante tanto para los pacientes como para los sistemas de salud. Es una patología que tiene repercusiones en la salud física y mental de quien la padece.

Tabla 3. Abordaje terapéutico integral de la fibrilación auricular según la guía ESC 2020.

Objetivo terapéutico	Evaluación inicial	Intervenciones iniciales
Prevención del evento tromboembólico	Recopila antecedentes médicos del paciente, síntomas, factores de riesgo, desencadenantes y el tipo de FA.	Anticoagulación oral con anticoagulantes orales directos o antagonistas de vitamina K según características del paciente.
Control de síntomas	Determinar impacto clínico mediante síntomas, frecuencia ventricular y tipo de FA.	Estrategia de control de frecuencia o control de ritmo según características individuales.
Optimización cardiovascular y comorbilidades	Identificar factores asociados a progresión de FA.	Control de hipertensión, obesidad, diabetes, apnea obstructiva del sueño, sedentarismo, tabaquismo y consumo de alcohol.

Tabla 4. Tratamiento farmacológico de la fibrilación auricular según objetivo terapéutico según la guía ESC 2020.

Objetivo	Grupo farmacológico	Fármacos principales	Consideraciones
Prevención tromboembólica	Anticoagulantes orales directos	Apixabán, dabigatrán, edoxabán, rivaroxabán.	Preferidos sobre antagonistas de vitamina K en la mayoría de pacientes elegibles.
	Antagonistas de vitamina K	Warfarina	Indicados principalmente en válvulas mecánicas o estenosis mitral significativa.
Control de frecuencia cardiaca	β-bloqueadores	Metoprolol, bisoprolol, carvedilol.	Primera opción frecuente; especialmente útiles en pacientes con cardiopatía isquémica o insuficiencia cardiaca.
	Calcioantagonistas no dihidropiridínicos	Diltiazem, verapamilo.	Útiles en pacientes con función ventricular preservada; evitar en insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida.
	Glucósidos cardiacos	Digoxina	Puede utilizarse especialmente en pacientes sedentarios o con insuficiencia cardiaca.
Control de ritmo	Fármacos antiarrítmicos para restaurar y mantener el ritmo sinusal.		La selección del fármaco depende de la presencia de cardiopatía estructural y comorbilidades asociadas. Los principales antiarrítmicos y sus indicaciones clínicas se describen en la Tabla 5.

Tabla 5. Fármacos antiarrítmicos para el control del ritmo en fibrilación auricular según características clínicas del paciente, según la guía ESC 2020.

Fármaco	Clase Vaughan-Williams	Paciente candidato	Consideraciones
Flecainida	Clase IC (bloqueador de canales de sodio)	FA en pacientes sin cardiopatía estructural significativa.	Evitar en enfermedad coronaria, disfunción ventricular izquierda o hipertrofia ventricular significativa por riesgo proarrítmico.
Propafenona	Clase IC (bloqueador de canales de sodio con actividad β-bloqueadora leve)		Mismas restricciones que flecainida; puede asociarse con fármacos bloqueadores del nodo AV para prevenir conducción 1:1 del flutter auricular.
Dronedarona	Clase III (bloqueador multicanal: K^+, Na^+ y Ca^{2+})	FA paroxística o persistente en pacientes seleccionados sin insuficiencia cardiaca avanzada.	Menor eficacia que amiodarona; contraindicada en insuficiencia cardiaca con disfunción ventricular severa o FA permanente.
Sotalol	Clase III (bloqueador de canales de potasio con actividad β-bloqueadora)	Pacientes seleccionados con función ventricular conservada.	Requiere vigilancia del intervalo QT por riesgo de *torsades de pointes*.
Amiodarona	Clase III (bloqueador multicanal)	Pacientes con cardiopatía estructural, insuficiencia cardiaca o cuando otros antiarrítmicos no son adecuados.	Alta eficacia para mantenimiento del ritmo sinusal; limitado por toxicidad pulmonar, tiroidea, hepática y ocular.

Tabla 6. Estrategias no farmacológicas para restauración y mantenimiento del ritmo sinusal según la guía ESC 2020.

Estrategia	Indicaciones generales	Aspectos relevantes
Cardioversión eléctrica	Pacientes sintomáticos, inestabilidad hemodinámica o necesidad de restaurar ritmo sinusal rápidamente.	Mayor eficacia inmediata comparada con cardioversión farmacológica.
Ablación con catéter	Pacientes sintomáticos con FA paroxística o persistente seleccionados.	Puede ser superior a antiarrítmicos para mantener ritmo sinusal en determinados pacientes.
Modificación de factores de riesgo	Todos los pacientes con FA.	Reducción de peso, actividad física, manejo de apnea del sueño, hipertensión y consumo de alcohol.

Financiamiento

El presente trabajo no recibió financiamiento externo.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Consideraciones éticas

El presente trabajo no involucró la participación de seres humanos ni animales, ni la recolección de datos primarios, por lo que no requirió aprobación por un comité de ética en investigación. Todos los datos utilizados provienen de fuentes secundarias previamente publicadas y de acceso público.

REFERENCIAS

1. Westerman S, Wenger N. Gender differences in atrial fibrillation: A review of epidemiology, management, and outcomes. Curr Cardiol Rev [Internet]. 2019 [citado el 18 de octubre de 2023];15(2):136–44. Disponible en: http://dx.doi.org/10.2174/1573403x15666181205110624
2. Kornej J, Börschel CS, Benjamin EJ, Schnabel RB. Epidemiology of atrial fibrillation in the 21st century: Novel methods and new insights. Circ Res [Internet]. 2020 [citado el 18 de octubre de 2023];127(1):4–20. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1161/circresaha.120.316340
3. Sagris M, Vardas EP, Theofilis P, Antonopoulos AS, Oikonomou E, Tousoulis D. Atrial fibrillation: Pathogenesis, predisposing factors, and genetics. Int J Mol Sci [Internet]. 2021 [citado el 18 de octubre de 2023];23(1):6. Disponible en: https://www.mdpi.com/1422- 0067/23/1/6
4. Chyou JY, Barkoudah E, Dukes JW, Goldstein LB, Joglar JA, Lee AM, et al. Atrial fibrillation occurring during acute hospitalization: A scientific statement from the 3 American heart association. Circulation [Internet]. 2023 [citado el 18 de octubre de 2023];147(15). Disponible en: http://dx.doi.org/10.1161/cir.0000000000001133
5. Jame S, Barnes G. Stroke and thromboembolism prevention in atrial fibrillation. Heart [Internet]. 2020 [citado el 18 de octubre de 2023];106(1):10–7. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1136/heartjnl-2019-314898
6. Aronow WS. Atrial fibrillation and thromboembolic stroke. Compr Ther [Internet]. 1994 [citado el 18 de octubre de 2023];20(3). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8187461/
7. Heart Foundation. What is atrial fibrillation? [Internet]. 2020 [citado el 18 de octubre de 2023]; Disponible en: https://youtu.be/UOkseyF-wrA?si=nOttGq3swJzb1Z0t
8. Revista Española de Cardiología. Tratamiento farmacológico de la fibrilación auricular. Antiarrítmicos y Anticoagulantes Orales [Internet]. 2016 [citado el 18 de octubre de 2023]; Disponible en: https://www.revespcardiol.org/es-tratamiento-farmacologico-fibrilacion-auricular-antiarritmicos-articulo-S1131358716300127