

Fibrilación Auricular: Claves para su detección temprana y evaluación inicial en la práctica médica general

Atrial Fibrillation: Keys to Early Detection and Initial Assessment in General Medical Practice

Carolina Guevara Camargo

cguevaracamargo2911@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0005-5865-7085>
Investigador Independiente
Guanacaste – Costa Rica

Nicole Chavarría Naranjo

nchavarría.naranjo@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0000-8014-4888>
Investigador Independiente
San José – Costa Rica

Priscila Guevara Camargo

camargo9601@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-7312-0209>
Investigador Independiente
Guanacaste – Costa Rica

Javier Ramírez Fonseca

JaviRamiFon@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0008-5182-3804>
Investigador Independiente.
San José – Costa Rica

Diana Sofía Rodríguez Rodríguez

sofirod97@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0001-5743-8543>
Investigador Independiente
San José – Costa Rica

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i2.5607>

Artículo recibido: 22 de noviembre de 2025.
Aceptado para publicación: 30 de marzo de 2026.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i2.5607>

Fibrilación Auricular: Claves para su detección temprana y evaluación inicial en la práctica médica general

Atrial Fibrillation: Keys to Early Detection and Initial Assessment in General Medical Practice

Carolina Guevara Camargo¹

cguevaracamargo2911@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0005-5865-7085>
Investigadora independiente
Guanacaste – Costa Rica

Nicole Chavarría Naranjo

nchavarría.naranjo@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0000-8014-4888>
Investigadora independiente
San José – Costa Rica

Priscila Guevara Camargo

camargo9601@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-7312-0209>
Investigadora independiente
Guanacaste – Costa Rica

Javier Ramírez Fonseca

JaviRamiFon@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0008-5182-3804>
Investigador independiente
San José – Costa Rica

Diana Sofía Rodríguez Rodríguez

sofirod97@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0001-5743-8543>
Investigadora independiente
Heredia – Costa Rica

Artículo recibido: 22 de noviembre de 2025. Aceptado para publicación: 30 de marzo de 2026.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

La fibrilación auricular es una arritmia supraventricular de alta frecuencia en la población adulta. El accidente cerebrovascular corresponde a su complicación más frecuente, y cuenta con una incidencia y prevalencia que se encuentra en constante incremento a nivel mundial. Esta arritmia puede presentarse de manera sintomática o asintomática. En caso de existir sintomatología, suele ser inespecífica e incluir palpitaciones, disnea, fatiga, intolerancia al ejercicio o mareos, lo que puede dificultar su identificación temprana en la práctica clínica. Debido a esto, es fundamental realizar una historia clínica dirigida a la identificación de factores de riesgo y comorbilidades, acompañada de un examen físico completo que incluya la valoración cardiopulmonar y el registro de un electrocardiograma de 12 derivaciones para confirmar el diagnóstico. Una vez identificada la fibrilación auricular, se recomienda evaluar el riesgo tromboembólico mediante escalas clínicas, lo cual permite orientar la necesidad de iniciar tratamiento anticoagulante y reducir la probabilidad de

¹ Autora de correspondencia.


eventos cerebrovasculares. El abordaje debe ser integral y centrarse en la valoración de la estabilidad hemodinámica del paciente, así como en la identificación de condiciones que puedan contraindicar o modificar el tratamiento seleccionado. Asimismo, el manejo debe incluir estrategias dirigidas al control de la frecuencia o del ritmo cardíaco y al tratamiento de enfermedades asociadas. No debe descuidarse la salud mental ni la calidad de vida del paciente, por lo que es importante individualizar la terapia según cada caso. Este artículo presenta una revisión bibliográfica de tipo descriptivo enfocada en el manejo de pacientes con fibrilación auricular en el primer nivel de atención en salud.

Palabras clave: arritmia, accidente cerebrovascular, tromboembolismo, electrocardiograma, atención primaria, anticoagulación, estratificación

Abstract

Atrial fibrillation is a high-frequency supraventricular arrhythmia in the adult population. Stroke is its most common complication, and its incidence and prevalence are continuously increasing worldwide. This arrhythmia can present either symptomatically or asymptotically. When symptoms are present, they are usually nonspecific and may include palpitations, dyspnea, fatigue, exercise intolerance, or dizziness, which can complicate early identification in clinical practice. Therefore, it is essential to perform a targeted medical history to identify risk factors and comorbidities, along with a comprehensive physical examination that includes cardiopulmonary assessment and a 12-lead electrocardiogram to confirm the diagnosis. Once atrial fibrillation is identified, thromboembolic risk should be assessed using clinical scoring systems, which guide the need for anticoagulant therapy and reduce the likelihood of cerebrovascular events. Management should be comprehensive, focusing on the patient's hemodynamic stability and identifying conditions that may contraindicate or modify the selected treatment. Additionally, care should include strategies for heart rate or rhythm control and management of associated diseases. Mental health and quality of life should not be overlooked, making it important to individualize therapy according to each patient. This article presents a descriptive literature review focused on the management of patients with atrial fibrillation in primary care settings.

Keywords: arrhythmia, stroke, thromboembolism, electrocardiogram, primary care, anticoagulation, risk stratification

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons. 

Cómo citar: Guevara Camargo, C., Chavarría Naranjo, N., Guevara Camargo, P., Ramírez Fonseca, J., & Rodríguez Rodríguez, D. S. (2026). Fibrilación Auricular: Claves para su detección temprana y evaluación inicial en la práctica médica general. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 7 (2), 923 – 936. <https://doi.org/10.56712/latam.v7i2.5607>

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) es uno de los trastornos del ritmo cardíaco más comunes en la edad adulta. En dónde más del 50% de los pacientes tienen una presentación asintomática y la complicación más habitual es el accidente cerebrovascular (Amor Rosillo, Cea Vaquero, 2022). La Sociedad Europea de Cardiología (European Society of Cardiology, ESC) define esta patología como “una arritmia supraventricular con activación auricular descoordinada que disminuye la eficacia de la contracción auricular” (Sociedad Española de Cardiología, 2024).

Según la Asociación Americana de Cardiología (American Heart Association, AHA), la FA corresponde a la arritmia más común y prolongada de los Estados Unidos (EU). Con una incidencia y prevalencia que está en constante incremento a nivel mundial. En el año 2020, la prevalencia mundial tenía una estimación de 50 millones. A nivel estadístico, la principal problemática que enfrenta esta patología corresponde al desconocimiento de la prevalencia de la FA no diagnosticada en la comunidad. En el 2015, se calculó de manera retrospectiva que, aproximadamente un 11% del total de casos de FA de los EU, no estaban diagnosticados (Joglar et al., 2024).

En 2010, la incidencia en EU alcanzaba aproximadamente 1,2 millones de casos, con una proyección de aumento de hasta 2,6 millones de pacientes para el año 2030. La tasa de diagnóstico de esta enfermedad es multifactorial, variando entre condiciones socioeconómicas, clínicas y genéticas. Por ejemplo, la población blanca presenta el mayor riesgo global de desarrollar FA, con una estimación del 30–40%. Además, todos los casos coinciden con un mayor uso y costo de asistencia sanitaria. Según lo establecido por la AHA, los usuarios con FA tienen un costo sanitario anual de alrededor de 63,031 dólares, lo cual corresponde a 27,896 dólares más que los pacientes sin esta patología (Joglar et al., 2024).

La alta prevalencia, la incidencia en aumento, su forma de presentación clínica y los altos costos asociados a este padecimiento evidencian la importancia de que todo médico general esté familiarizado con su abordaje inicial. El presente artículo propone realizar una revisión bibliográfica que integre los aspectos fundamentales para el diagnóstico y el abordaje integral inicial del paciente con FA en el ámbito de la atención primaria. Su objetivo general es definir los pilares para la detección temprana de la FA en el primer nivel de atención. En cuanto a los objetivos específicos, se plantea clasificar este padecimiento según su patrón temporal y frecuencia de episodios, evaluar el riesgo tromboembólico del paciente y esquematizar los criterios diagnósticos para una detección precoz.

METODOLOGÍA

Este artículo presenta una revisión bibliográfica de tipo descriptivo. Se realizó una búsqueda sistemática en las plataformas digitales de PubMed, BINASSS y la biblioteca digital de la Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED). El período de búsqueda comprendió los meses de enero y febrero del 2026, en el que se utilizaron las palabras clave citadas al inicio. La investigación se orientó en la definición, clasificación, diagnóstico y manejo inicial de la fibrilación auricular en el primer nivel de atención de salud. Se incluyeron artículos publicados entre los años 2019 y 2025, tanto en inglés como en español. La información se obtuvo de fuentes digitales como Dialnet, UpToDate, British Medical Journal, National Library of Medicine, así como de las guías más actualizadas de la Sociedad Europea de Cardiología y el Colegio Americano de Cardiología.

Detección Temprana y Evolución Inicial de la Fibrilación Auricular

Definición y Clasificación

La FA es conocida como una arritmia de origen supraventricular caracterizada por una activación auricular desorganizada, lo cual reduce la eficacia de la contracción auricular. Puede presentarse de

manera sintomática o asintomática, siempre que sea documentada por medio de un electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones. El contexto clínico del paciente define la duración mínima para establecer el diagnóstico a nivel ambulatorio, sin embargo, se recomienda un registro superior a 30 segundos (Sociedad Española de Cardiología, 2024).

La FA subclínica se detecta de manera incidental en dispositivos de monitorización continua en usuarios asintomáticos. En estos casos, es necesario derivar al paciente a un médico especialista para confirmar el diagnóstico por medio de pruebas más específicas. Asimismo, la FA puede manifestarse con episodios que se resuelven espontáneamente o con cuadros persistentes que no se autolimitan y requieren de una intervención (Sociedad Española de Cardiología, 2024).

La ESC establece que la clasificación de la FA más utilizada en la práctica clínica es según su patrón temporal (véase en la Tabla 1). Resulta de gran importancia establecer que esta categorización no indica el proceso fisiopatológico subyacente y excluye la posibilidad de progresión que presenta cada caso clínico individual. Por lo tanto, es necesario comprender que existen pacientes que requieren de una reclasificación periódica y que un manejo eficaz depende del contexto clínico de cada persona (Sociedad Española de Cardiología, 2024).

Tabla 1

Clasificación del patrón temporal de la fibrilación auricular (Sociedad Española de Cardiología, 2024)

Clasificación temporal	Definición
FA de nuevo diagnóstico	FA que no ha sido diagnosticada previamente, independientemente del estado de los síntomas, el patrón temporal o la duración.
FA paroxística	FA que termina espontáneamente en un plazo de 7 días o con la ayuda de una intervención. La evidencia sugiere que la mayoría de los episodios paroxísticos que terminan por sí solos duran < 48 hrs.
FA persistente	Episodios de FA que no se resuelven por sí solos. Muchos ensayos de intervención han utilizado 7 días como límite para definir la FA persistente. La FA persistente de larga duración se define arbitrariamente como FA continua de al menos 12 meses de duración, pero en la que el control del ritmo sigue siendo una opción terapéutica en pacientes seleccionados, lo que la distingue de la FA permanente.
FA permanente	FA para la cual no se planean más intentos de restauración del ritmo sinusal, tras una decisión compartida entre el paciente y el médico.

Nota: La fibrilación auricular se puede dividir en cuatro tipos diferentes dependiendo de su cronología. La Sociedad Europea de Cardiología establece esta clasificación y se considera la más utilizada a nivel clínico.

Fuente: elaboración propia.

Ahora bien, la miocardiopatía auricular es una complicación de la FA que ocurre cuando las aurículas experimentan cambios estructurales, eléctricos o funcionales que afectan la clínica. Estas modificaciones reflejan procesos de remodelado inflamatorio, activación neurohormonal y fibrosis del tejido miocárdico. Dicha condición toma lugar cuando hay progresión de la FA, eficacia limitada del tratamiento indicado o bien, la aparición de insuficiencia cardíaca (Sociedad Española de Cardiología, 2024).

Fisiopatología

El origen y la persistencia de la FA se deben a la interacción entre factores desencadenantes, cambios progresivos en el tejido auricular y diversos moduladores sistémicos, que crean un entorno arrítmico sostenido. A nivel clínico, la FA puede entenderse como la aparición de impulsos eléctricos anormales que actúan sobre un tejido auricular cada vez más susceptible. Esto explica que, en fases tempranas, la arritmia dependa principalmente de los desencadenantes y en etapas más avanzadas, de las alteraciones estructurales. El entendimiento de la patogénesis de la FA es fundamental para orientar el diagnóstico y elegir la estrategia terapéutica más apropiada (Liu et al., 2025).

Los episodios de FA suelen iniciarse por impulsos eléctricos anormales que aparecen en regiones específicas de las aurículas. Estos impulsos se relacionan con alteraciones en los canales de calcio de las células cardíacas, lo produce una actividad eléctrica inestable (Vandenberk et al., 2024). Este fenómeno es especialmente relevante en pacientes con enfermedades cardiovasculares, como la insuficiencia cardíaca, donde el control del calcio celular suele estar alterado. Cambios similares se han observado tanto en la FA paroxística como en la persistente (Liu et al., 2025).

Además, el sistema nervioso autónomo desempeña un papel importante en la aparición de la FA. La activación del sistema simpático incrementa la excitabilidad del tejido auricular, mientras que la estimulación parasimpática acorta el tiempo de recuperación eléctrica de las células. Estos cambios facilitan la formación y el mantenimiento de circuitos eléctricos anormales, sobre todo en regiones como las venas pulmonares y la aurícula izquierda, que presentan mayor susceptibilidad (Vandenberk et al., 2024).

En términos de fisiopatología, el sustrato de la FA se refiere a las condiciones específicas que favorecen su aparición y mantenimiento. El sustrato puede clasificarse en tres tipos, dependiendo de su etiología e idoneidad clínica. El sustrato no modificable puede tratarse de la edad, sexo y genética. El sustrato modificable incluye comorbilidades y hábitos de vida como la obesidad, apnea del sueño y consumo de alcohol. Por último, el sustrato inducido por la FA corresponde a las alteraciones estructurales y funcionales de la aurícula izquierda ante los episodios repetidos de esta enfermedad, también conocido como remodelación auricular (Vandenberk et al., 2024).

Además de la remodelación estructural, también existe la remodelación a nivel del sistema nervioso simpático la cual contribuye de manera significativa a la fisiopatología de la FA. Esta condición se asocia con un incremento progresivo de la actividad simpática del corazón, lo que favorece alteraciones eléctricas que facilitan la arritmia. La estimulación adrenérgica sostenida también promueve cambios estructurales, como el estrés oxidativo. Dicha hiperinervación simpática es más frecuente en personas con obesidad, diabetes, insuficiencia cardíaca o FA persistente. De igual forma, existen cambios similares en los nervios simpáticos fuera del corazón en enfermedades cardiovasculares crónicas (Vandenberk et al., 2024).

La miocardiopatía auricular incluye cambios en la estructura y función de las aurículas que pueden clasificarse según la European Heart Rhythm Association (EHRA). Los tipos principales son alteraciones en los miocitos, fibrosis, combinación de ambos o infiltraciones no colágenas. Estas categorías son descriptivas y pueden cambiar con el tiempo (Goette & Lendeckel, 2021).

El estrés oxidativo contribuye de manera importante a los cambios eléctricos y estructurales en la FA. Factores de riesgo como obesidad, diabetes e hipertensión aumentan la producción de moléculas reactivas que promueven inflamación, fibrosis y alteraciones en el calcio y los canales iónicos. Además, la función mitocondrial puede alterarse debido al daño oxidativo en sus proteínas y ADN. Aunque se han probado antioxidantes, su efecto para prevenir estos cambios ha sido limitado, lo que indica que

el control del estrés oxidativo es complejo y depende de varias vías celulares (Goette & Lendeckel, 2021).

Factores de Riesgo

Cualquier condición que dañe, estrese o inflame al corazón puede favorecer la aparición de FA. A pesar de que esta condición puede tener múltiples causas, está estrechamente relacionada con otras enfermedades cardiovasculares. Los factores más frecuentes incluyen la edad avanzada, enfermedades cardíacas congénitas o adquiridas, hipertensión, diabetes, hipertiroidismo, apnea del sueño, consumo de alcohol, inflamación cardíaca, estrés hemodinámico, factores genéticos y algunas enfermedades neurológicas. En algunos casos, la causa puede ser provocada por procedimientos médicos (Ganz & Spragg, 2024).

Los factores de riesgo se dividen en no modificables, como la edad, el sexo masculino, antecedentes familiares, raza blanca y algunas enfermedades crónicas, y modificables, como hipertensión, diabetes, obesidad, tabaquismo, consumo de alcohol, sedentarismo o hipertiroidismo. Tomando en cuenta que la FA es capaz de provocar el estancamiento sanguíneo, inflamación y un aumento en la coagulación, resulta de gran importancia identificar y tratar los factores modificables para su disminuir la aparición de esta enfermedad y sus complicaciones (Nesheiwat, Goyal & Jagtap, 2025).

Estratificación del Riesgo Tromboembólico con la Puntuación CHA₂DS₂-VASc

La FA aumenta el riesgo de accidente cerebrovascular y otras complicaciones tromboembólicas, así como la mortalidad. Este riesgo varía según el paciente y puede estimarse usando la puntuación CHA₂DS₂-VASc, que considera los siguientes factores: insuficiencia cardíaca, hipertensión, edad, diabetes, antecedentes de ictus o tromboembolismo, enfermedad vascular y sexo. Este sistema permite identificar a los pacientes que podrían beneficiarse de anticoagulación y aquellos en quienes podría no ser necesaria. La escala de CHADS₂ es la versión simplificada, que solo toma en cuenta los factores como edad, antecedentes médicos, sexo y enfermedades asociadas. Su uso es recomendado tanto por la Sociedad Europea de Cardiología como el Colegio Americano de Cardiología (Gažová et al., 2019).

El CHA₂DS₂-VASc asigna puntos según la presencia de factores de riesgo: dos puntos para ictus previo, ataque isquémico transitorio o edad ≥ 75 años; un punto para edad entre 65 y 74, hipertensión, diabetes, insuficiencia cardíaca, enfermedad vascular o sexo femenino. Según las guías europeas, los pacientes se clasifican en bajo riesgo (0), riesgo intermedio (1) o alto riesgo (≥ 2), para orientar la necesidad de anticoagulación (Gažová et al., 2019).

Tabla 2

Definición de cada componente de la escala CHA₂DS₂-VA (Sociedad Española de Cardiología, 2024)

Componente CHA ₂ DS ₂ -VA		Definición y comentarios	Puntos otorgados
C	Insuficiencia cardíaca crónica	Síntomas y signos de insuficiencia cardíaca (independientemente de la FEVI, incluyendo ICFEc, ICFEI e ICFEr) o presencia de FEVI asintomática < 40%.	1
H	Hipertensión	PA en reposo > 140/90 mmHg en al menos dos ocasiones, o tratamiento antihipertensivo actual. El objetivo óptimo de PA asociado con el menor riesgo de episodios cardiovasculares importantes es 120-129/70-79 mmHg (o mantenerlo tan bajo como sea razonablemente posible).	1

A	Edad 75 años o más	La edad es un determinante independiente del riesgo de accidente cerebrovascular isquémico. El riesgo relacionado con la edad es un continuum, pero por razones prácticas se otorgan dos puntos para una edad > 75 años.	2
D	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus (tipo 1 o tipo 2), según la definición de los criterios actualmente aceptados, o tratamiento hipoglucemiante.	1
S	Accidente cerebrovascular previo, accidente isquémico transitorio o tromboembolia	La tromboembolia previa se asocia con un riesgo muy elevado de recurrencia y, por lo tanto, tiene una ponderación de 2 puntos.	2
V	Enfermedad vascular	EAC, incluido infarto de miocardio previo, angina, antecedentes de revascularización coronaria (quirúrgica o percutánea), y EAC significativo en la angiografía o las imágenes cardíacas. O EVP, incluyendo: claudicación intermitente, revascularización previa por EVP, intervención percutánea o quirúrgica en la aorta abdominal y placa aórtica compleja en las imágenes (definida por las características de movilidad, ulceración, pedunculación o grosor > 4 mm).	1
A	Edad 65-74 años	Se otorga 1 punto por edad entre 65 y 74 años.	1

Nota: Cada elemento de la escala CHA₂DS₂-VA define el criterio utilizado para determinar su diagnóstico y evaluar el riesgo de tromboembolismo en el usuario.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3

Puntuación CHA₂DS₂-VASc y riesgo anual de accidente cerebrovascular (Sociedad Española de Cardiología, 2024)

	Condición	Puntaje	Puntaje CHA ₂ DS ₂ -VASc	Riesgo de ACV
C	Insuficiencia cardíaca congestiva	1	0	0
H	Hipertensión arterial	1	1	1.3
A2	Edad > 75 años	2	2	2.2
D	Diabetes mellitus	1	3	3.2
S2	Accidente cerebrovascular previo, accidente isquémico transitorio o tromboembolia	2	4	4.0
V	Enfermedad vascular	1	5	6.7
A	Edad 65 - 74 años	1	6	9.8
Sc	Sexo	1	7	9.6
			8	12.5
			9	15.2

Nota: El accidente cerebrovascular es la complicación más frecuente de la fibrilación auricular y se trata de una condición médica grave, potencialmente mortal.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4

Puntuación CHADS2 y riesgo anual de accidente cerebrovascular (Sociedad Española de Cardiología, 2024)

	Condición	Puntaje	Escala CHADS2	Riesgo de ACV
C	Insuficiencia cardíaca congestiva	1	0	1.9
D	Hipertensión arterial	1	1	2.8
A	Edad > 75 años	1	2	4.0
D	Diabetes mellitus	1	3	5.9
S2	Accidente cerebrovascular previo, accidente isquémico transitorio o tromboembolia	2	4	8.5
			5	12.5
			6	18.2

Nota: La puntuación CHADS2 corresponde a una abreviación de la escala CHA2DS2-VASc, en donde no se toman en cuenta elementos como la enfermedad vascular, edad y sexo.

Fuente: elaboración propia.

En un estudio clínico llevado a cabo en la Universidad de Oxford y respaldado por la ESC, se evaluaron 195 719 pacientes con diagnóstico reciente de fibrilación auricular, con una edad promedio de 76 años, de las cuales el 49 % eran mujeres. La mayoría eran de raza blanca y presentaban factores de riesgo cardiovasculares, como hipertensión, insuficiencia cardíaca, diabetes o antecedentes de accidente cerebrovascular. El estudio mostró que las mujeres mayores presentan un riesgo de ictus superior al de los hombres, probablemente debido a diferencias biológicas, hormonales y a desigualdades en la atención médica, como un menor acceso a anticoagulantes o al tratamiento de enfermedades cardiovasculares (Yoshimura et al., 2024).

Presentación Clínica

La FA puede presentarse de manera sintomática o asintomática (Amor Rosillo y Cea Vaquero, 2022). Los síntomas suelen ser inespecíficos e incluyen palpitaciones, disnea, fatiga, dolor torácico, mareos, poca capacidad para realizar esfuerzo físico y síncope. Los usuarios con FA manifiestan una mayor carga de estrés mental en comparación con el resto de la población. Por lo que también pueden presentar ansiedad, depresión y trastornos del sueño, siendo la población femenina la de mayor prevalencia (Sociedad Española de Cardiología, 2024).

Los síntomas de la FA pueden clasificarse según su impacto en la funcionalidad del paciente. La Asociación Europea del Ritmo Cardíaco (European Heart Rythm Association, mE-HRA) ha dividido los síntomas según la calidad de vida que manifiestan los usuarios, la evolución de su enfermedad y el carácter de sus episodios, en diferentes ensayos clínicos (véase en la Tabla 4) (Sociedad Española de Cardiología, 2024).

Tabla 5

Clasificación de síntomas modificada de la La Asociación Europea del Ritmo Cardíaco (Sociedad Española de Cardiología, 2024)

Puntuación	Síntomas	Descripción
1	Ninguno	La FA no causa síntomas.
2a	Leves	Actividad diaria normal no afectada por síntomas relacionados con la FA.
2b	Moderados	La actividad diaria normal no se ve afectada por los síntomas relacionados con la FA, pero el paciente se encuentra afectado por los síntomas.
3	Graves	La actividad diaria normal está afectada por los síntomas relacionados con la FA.
4	Discapacitantes	Actividad diaria normal interrumpida.

Nota: Es de gran importancia recalcar que el impacto de las manifestaciones clínicas también puede relacionarse con comorbilidades asociadas.

Fuente: elaboración propia.

El accidente cerebrovascular corresponde a la complicación más frecuente de la fibrilación auricular, presentándose hasta cinco veces más en los pacientes que padecen esta condición (Amor Rosillo y Cea Vaquero, 2022). Entre otros posibles efectos adversos, los usuarios pueden experimentar hospitalizaciones recurrentes, insuficiencia cardíaca, tromboembolismo, deterioro cognitivo, demencia vascular, depresión, pérdida en la calidad de vida y la muerte (Sociedad Española de Cardiología, 2024). En la mayoría de los casos, la FA se logra detectar cuando la persona ya presenta alguna complicación (Amor Rosillo y Cea Vaquero, 2022). Según lo establecido por la ESC, en el 2017, la FA causó más de 250,000 muertes a nivel mundial, siendo la insuficiencia cardíaca la causa más frecuente de muerte (Sociedad Española de Cardiología, 2024).

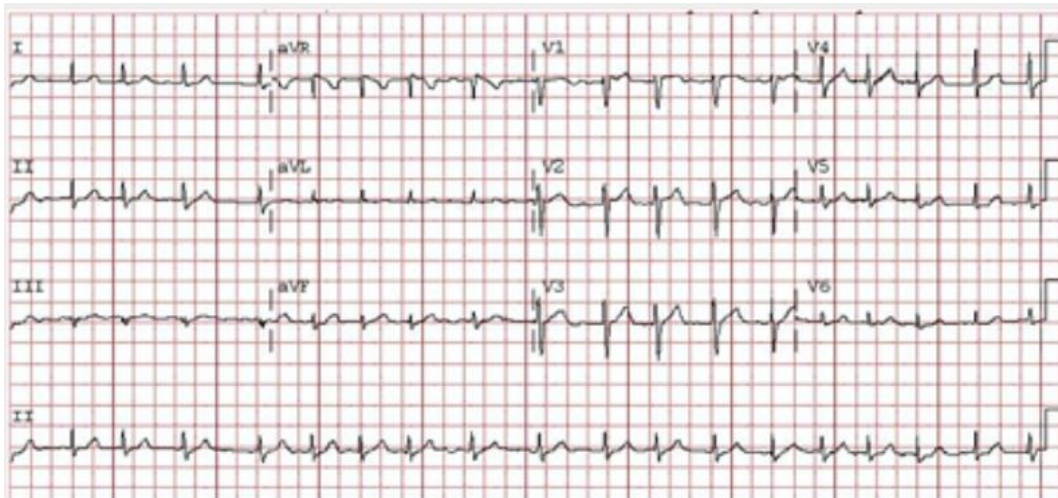
A pesar de que la sintomatología tiene un efecto importante en la calidad de vida de los pacientes, esta no define la incidencia de las posibles complicaciones. Es decir, la presencia o ausencia de síntomas no posee vínculo con la probabilidad de que se desarrolle un ACV, embolia o incluso, la muerte. Por ello, en muchos pacientes, el diagnóstico de la FA es complejo y requiere del uso de otras medidas. Por ejemplo, la ESC recomienda la confirmación mediante un ECG de 12 derivaciones con el propósito de estratificar el riesgo y definir el tratamiento (Sociedad Española de Cardiología, 2024).

Evaluación Diagnóstica

Para brindar una atención integral se debe realizar una anamnesis completa para identificar los factores de riesgo y comorbilidades de cada paciente, con el propósito de seleccionar el mejor manejo terapéutico para cada caso individual (Sociedad Española de Cardiología, 2024). A todo usuario con FA o con sospecha de esta patología, se le debe realizar un ECG de 12 derivaciones. Este estudio debe evidenciar intervalos R-R irregulares, ausencia de onda P, irregularidad auricular y ondas fibrilares de baja amplitud o bien, ondas f (véase en Figura 1). Se recomienda que todo adulto de 65 años debe contar con un ECG control, a pesar de ser asintomático y no padecer de ninguna enfermedad crónica (Amor Rosillo y Cea Vaquero, 2022).

Figura 1

Electrocardiograma con patrón de fibrilación auricular (Shah & Kantharia, 2024)



Nota: En el electrocardiograma se observan intervalos R-R irregulares y ausencia de ondas P, compatible con el diagnóstico de fibrilación auricular.

De igual manera, se deben llevar a cabo laboratorios generales para descartar posibles condiciones concomitantes que puedan exacerbar la FA o promover alguna de sus complicaciones. Entre los análisis que se solicitan frecuentemente, está el hemograma completo, glicemia en ayunas, función renal, electrolitos, hemoglobina glicosilada, función hepática y pruebas tiroideas (Sociedad Española de Cardiología, 2024).

En el examen físico, se debe realizar la toma del pulso radial. Se recomienda tener un reposo de cinco minutos, y posteriormente tomar el pulso en ambos miembros superiores durante 30 segundos. Utilizando los pulpejos del 2do y 3er dedo de la mano dominante del evaluador, se busca un pulso irregular en la parte distal del antebrazo. Si la irregularidad se prolonga durante los 30 segundos completos, se denomina "pulso irregular", de lo contrario, se trata de una "sospecha" (Amor Rosillo y Cea Vaquero, 2022).

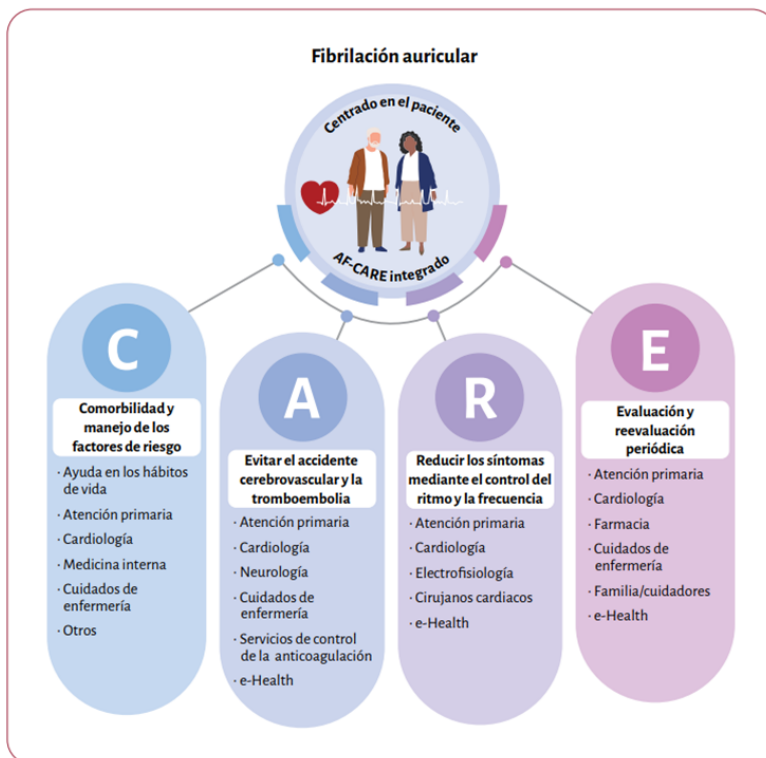
Con la ayuda de una historia clínica completa y un examen físico dirigido en la atención primaria, se busca confirmar o descartar esta patología. Existen otras herramientas proporcionadas por médicos especialistas, lo cual incluye la ecocardiografía transtorácica, monitorización ambulatoria de ECG, laboratorios complementarios o bien, imágenes médicas como la tomografía computarizada o la resonancia magnética. La necesidad de estos estudios dependerá del contexto clínico de cada individuo (Sociedad Española de Cardiología, 2024).

Abordaje Inicial

En el 2024, la ESC creó un esquema clínico para ayudar al personal de salud a dirigir el manejo de la FA. Es conocido como el enfoque AF-CARE (véase Figura 2) y se compone de cuatro pilares de manejo multidisciplinario, con participación de los entornos comunitario y hospitalario. Es importante recordar que esta herramienta funciona únicamente como una guía por lo que a todos los casos se les debe ofrecer una atención personalizada (Sociedad Española de Cardiología, 2024).

Figura 2

Enfoque AF-CARE (Sociedad Española de Cardiología, 2024)



Nota: La Sociedad Española de Cardiología proporciona esta herramienta para brindarle un enfoque multidisciplinario al manejo de la fibrilación auricular.

El manejo de la FA involucra estrategias para el control tanto de la frecuencia como del ritmo cardíaco. El control de la frecuencia cardíaca regula la cantidad de latidos por minuto sin necesariamente revertir la arritmia. Para ello se emplean fármacos que actúan sobre el nódulo auriculoventricular, como betabloqueadores o bloqueadores de los canales de calcio. La digoxina suele añadirse para personas con insuficiencia cardíaca. En cambio, el control del ritmo cardíaco busca restablecer y mantener el ritmo sinusal mediante la cardioversión eléctrica o farmacológica, uso de antiarrítmicos o ablación con catéter (Ponamgi et al., 2021).

Ahora bien, cuando se está en frente de un nuevo diagnóstico, el primer paso debe ser definir la estabilidad hemodinámica del paciente. Según la ESC, en caso de estar inestable, se acude inmediatamente al control de ritmo por medio de la cardioversión eléctrica. En usuarios estables se debe iniciar un control de la frecuencia. Cuando la FEVI es menor al 40%, se utilizan los bloqueadores beta o digoxina como tratamiento. De lo contrario, se podría considerar el uso de diltiazem o verapamilo. Finalmente, ante la FA persistente sintomática, lo indicado es esperar y observar si el ritmo sinusal se restablece de manera espontánea en las siguientes 48 hrs antes de tomar el siguiente paso (Sociedad Española de Cardiología, 2024).

La anticoagulación oral es fundamental en pacientes con FA para prevenir ACV y embolias. Históricamente, la Warfarina ha sido el tratamiento de elección. Sin embargo, su uso se ha limitado por sus interacciones con alimentos y otros fármacos, necesidad de controles frecuentes de laboratorio y variabilidad en su efecto. En la actualidad, los anticoagulantes orales directos (DOACs)

han pasado a ser la opción preferida para la mayoría de los pacientes. No requieren monitoreo rutinario, tienen un efecto más predecible y presentan un menor riesgo de hemorragia intracraneal. Existen contraindicaciones para la anticoagulación, como sangrado activo reciente, cirugía mayor reciente, trombocitopenia severa o hemorragia intracraneal previa. Además, los DOACs no deben utilizarse en pacientes con válvulas cardíacas mecánicas (Pham et al., 2024).

La Fibrilación Auricular en la Atención Primaria

La atención primaria cumple un papel vital en el manejo de la FA debido a que corresponde al primer recurso en el que se evalúa al paciente. De igual forma, con frecuencia, las clínicas de anticoagulación son manejadas por médicos generales, en donde se llevan a cabo ajustes en las dosis y seguimiento de cada caso. La derivación a cardiología u otro profesional se realiza en usuarios que requieran de una supervisión especializada. Por ejemplo, ante falla terapéutica, presencia de cardiopatía estructural, episodio reciente de síncope, FA con frecuencias ventriculares bajas, pacientes jóvenes con diagnósticos recientes o bien, en personas con alto riesgo de sangrado (Ponamgi et al., 2021).

El manejo integral también debe incluir modificaciones del estilo de vida. El médico general puede contribuir con la indicación de medidas como reducción de peso, control de la presión arterial, tratamiento de la apnea del sueño y disminución del consumo de alcohol, ya que estas intervenciones reducen síntomas y recurrencias (Pham et al., 2024). Asimismo, los pacientes que reciben fármacos antiarrítmicos requieren controles periódicos para vigilar posibles efectos adversos. Estrategias estructuradas de atención, como el enfoque ABC (anticoagulación adecuada, buen control de síntomas y manejo de comorbilidades), han demostrado disminuir eventos cardiovasculares y mejorar el pronóstico a largo plazo (Ponamgi et al., 2021).

CONCLUSIÓN

La fibrilación auricular corresponde a una de las arritmias más frecuentes en la edad adulta y su alta prevalencia representa un problema de salud pública. Uno de los mayores desafíos de esta condición es su naturaleza frecuentemente asintomática y, además, el riesgo significativo de complicaciones tromboembólicas. Esta revisión bibliográfica evidenció que la detección temprana y una evaluación inicial adecuada son esenciales para reducir el impacto de esta enfermedad. Por lo tanto, el médico general debe identificar factores de riesgo, reconocer el cuadro clínico, interpretar electrocardiografía correctamente y saber estratificar este padecimiento.

En cuanto al abordaje inicial de la fibrilación auricular, este debe incluir la valoración de la estabilidad hemodinámica, el control de la frecuencia o del ritmo cardíaco, y la indicación oportuna de anticoagulación. El pronóstico y la calidad de vida de los pacientes puede mejorar por medio de la modificación de factores de riesgo y control de comorbilidades. En conclusión, resulta de gran importancia fortalecer las competencias diagnósticas del personal de atención primaria con la finalidad de brindar un diagnóstico temprano, tratamiento indicado y una adecuada derivación a profesionales especialistas en casos necesarios.

REFERENCIAS

- Amor Rosillo, M. P., & Cea Vaquero, P. A. (2022). Fibrilación auricular: una nueva herramienta para su detección de forma precoz. *Revista Enfermería en Cardiología*, 29(87). <https://doi.org/10.59322/87.1624.AT8>
- Ganz, L. I., & Spragg, D. D. (2024). Epidemiology, risk factors, and prevention of atrial fibrillation. En UpToDate. Wolters Kluwer. <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-risk-factors-and-prevention-of-atrial-fibrillation>
- Gažová, A., Leddy, J. J., Rexová, M., Hlivák, P., Hatala, R., & Kyselovič, J. (2019). Predictive value of CHA2DS2-VASc scores regarding the risk of stroke and all-cause mortality in patients with atrial fibrillation (CONSORT compliant). *Medicine*, 98(31), e16560. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000016560>
- Goette, A., & Lendeckel, U. (2021). Atrial cardiomyopathy: Pathophysiology and clinical consequences. *Cells*, 10(10), 2605. <https://doi.org/10.3390/cells10102605>
- Joglar, J. A., Chung, M. K., Armbruster, A. L., Benjamin, E. J., Chyou, J. Y., Cronin, E. M., Deswal, A., Eckhardt, L. L., Goldberger, Z. D., Gopinathannair, R., Gorenek, B., Hess, P. L., Hlatky, M., Hogan, G., Ibeh, C., Indik, J. H., Kido, K., Kusumoto, F., Link, M. S., Linta, K. T., Marcus, G. M., ... Van Wagoner, D. R. (2024). 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS guideline for the diagnosis and management of atrial fibrillation: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 149(1), e1–e156. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001193>
- Liu, Y., Chen, Y., Ren, Q., Zhang, H., Huang, H., Luo, Z., Xiao, X., Chen, X., Li, J., Zhang, Q., & Xiao, X. (2025). Atrial fibrillation: From pathogenesis to novel treatment options. *Molecular Biomedicine*, 6, 144. <https://doi.org/10.1186/s43556-025-00393-1>
- Nesheiwat, Z., Goyal, A., & Jagtap, M. (2025). Atrial fibrillation. En StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526072/>
- Pham, H. N., Ibrahim, R., Truong, H. H., Sainbayar, E., Tran, V. N., Abdelnabi, M., Kanaan, C., & Sridharan, A. (2024). Advances in atrial fibrillation management: A guide for general internists. *Journal of Clinical Medicine*, 13(24), 7846. <https://doi.org/10.3390/jcm1324784>
- Ponamgi, S. P., Siontis, K. C., Rushlow, D. R., Graff-Radford, J., Montori, V., & Noseworthy, P. A. (2021). Screening and management of atrial fibrillation in primary care. *BMJ*, 373, n379. <https://doi.org/10.1136/bmj.n379>
- Shah, A. N., & Kantharia, B. K. (2024). Established atrial fibrillation. *BMJ Best Practice*. Retrieved March 4, 2026, from https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/1?utm_source=bestpractice.bmj.com
- Sociedad Española de Cardiología. (2024). Guía ESC 2024 sobre el manejo de la fibrilación auricular. <https://secardiologia.es/publicaciones/catalogo/guias/15404-guia-esc-2024-sobre-sobre-el-manejo-de-la-fibrilacion-auricular>
- Vandenberk, B., Haemers, P., & Morillo, C. (2024). The autonomic nervous system in atrial fibrillation—pathophysiology and non-invasive assessment. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 10, 1327387. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2023.1327387>

Yoshimura, H., Providencia, R., Finan, C., Schmidt, A. F., & Lip, G. Y. H. (2024). Refining the CHA₂DS₂VASc risk stratification scheme: Shall we drop the sex category criterion? *Europace*, 26(11), euae280. <https://doi.org/10.1093/europace/euae280>

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](#) 