

Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), septiembre-octubre 2024,
Volumen 8, Número 5.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i5

ACTUALIZACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA

PAROXYSMAL ATRIAL FIBRILLATION UPDATE

Jair Alberto Niebles Bustos

Universidad Metropolitana de Barranquilla

William David Tarazona Sotelo

Corporación Universitaria Remingtón, Colombia

Cristian Andrés Bolaños Gómez

Universidad del Valle, Colombia

Luis Alfredo Sossa Pinzón

Universidad Tecnológica de Pereira

Susan Catherine Chapman Ordóñez

Universidad Metropolitana de Barranquilla, Colombia

Daiana Cristina Pacheco Montalvo

Universidad Simón Bolívar, Colombia

Georgina Isabel Iriarte Hernández

Universidad del Norte, Colombia

Juliana Zapateiro Argel

Universidad del Sinú, Colombia

Reginaldo Medrano Díaz

Universidad del Sinú, Colombia

Mariana Toro Bedoya

Universidad CES, Colombia

Dalila Alejandra Dorado Rosero

Universidad de Antioquia, Colombia

Angie Paola Mazabel Triana

Universidad Surcolombiana, Colombia

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i5.13773

Actualización de Fibrilación Auricular Paroxística

Jair Alberto Niebles Bustos¹

janieblesb@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-1674-1725>

Médico Internista de la Universidad Metropolitana
de Barranquilla
Colombia

William David Tarazona Sotelo

wtarazonasotelo@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-5414-3330>

Médico General de la Corporación Universitaria
Remington, Colombia

Cristian Andrés Bolaños Gómez

cristian.bolanos@correounivalle.edu.co

<https://orcid.org/0009-0007-9683-1018>

Médico General de la Universidad del Valle
Colombia

Luis Alfredo Sossa Pinzón

lasossa@utp.edu.co

<https://orcid.org/0009-0007-6521-9280>

Médico General de la Universidad Tecnológica
de Pereira

Susan Catherine Chapman Ordóñez

Katherinchapman29@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-5949-7983>

Médico General de la Universidad Metropolitana
de Barranquilla
Colombia

Daiana Cristina Pacheco Montalvo

daiapachecom@outlook.com

<https://orcid.org/0009-0003-7241-0308>

Médico General de la Universidad Simón
Bolívar
Colombia

Georgina Isabel Iriarte Hernández

georginairiarte@hotmail.com

georginai@uninorte.edu.co

<https://orcid.org/0009-0003-4257-861X>

Médico General de la Universidad del Norte
Colombia

Juliana Zapateiro Argel

julianazapateiro99@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-8824-8611>

Médico General de la Universidad del Sinú
Colombia

Reginaldo Medrano Diaz

elizayt@hotmail.com

Médico General de la Universidad del Sinú,
Montería

Mariana Toro Bedoya

marianatoro1@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-6154-6244>

Médico general
Universidad CES
Colombia

Angie Paola Mazabel Triana

angipama1998@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-2108-8136>

Médico General de la Universidad Surcolombiana
Colombia

¹ Autor principal

Correspondencia: janieblesb@gmail.com

RESUMEN

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca sostenida más común, caracterizada por una activación eléctrica caótica en las aurículas, que puede provocar una respuesta ventricular irregular y la formación de coágulos, lo que aumenta el riesgo de accidentes cerebrovasculares. Se clasifica en subtipos según la duración y características, siendo la FA paroxística una de ellas, que presenta episodios intermitentes de corta duración. La prevalencia de FA ha aumentado, afectando a millones de personas en todo el mundo, sobre todo a mayores de 80 años. El tratamiento incluye anticoagulación para prevenir tromboembolismos y, en casos avanzados, ablación por catéter para aislar venas clave. Se han introducido nuevos anticoagulantes orales que son tan efectivos como los antagonistas de la vitamina K, y el manejo se centra en controlar el ritmo cardíaco y reducir los factores de riesgo asociados (hipertensión, diabetes, apnea del sueño, etc.). Estudios recientes han mostrado buenos resultados con la ablación por radiofrecuencia y el uso de fármacos como dronedarona para reducir la recurrencia de FA, aunque se necesitan más investigaciones para confirmar su eficacia a largo plazo. El objetivo del presente artículo es hacer una revisión de la literatura puesta al día sobre la fibrilación auricular paroxística

Palabras Clave: fibrilación auricular, FAP, fibrilación auricular paroxística, arritmia, actualización, aurículas



Paroxysmal Atrial Fibrillation Update

ABSTRACT

Atrial fibrillation (AF) is the most common sustained cardiac arrhythmia, characterized by chaotic electrical activation in the atria, which can lead to irregular ventricular response and clot formation, increasing the risk of stroke. It is classified into subtypes based on duration and characteristics, with paroxysmal AF being one of them, which presents intermittent episodes of short duration. The prevalence of AF has increased, affecting millions of people worldwide, especially those over 80 years of age. Treatment includes anticoagulation to prevent thromboembolisms and, in advanced cases, catheter ablation to isolate key veins. New oral anticoagulants have been introduced that are as effective as vitamin K antagonists, and management focuses on controlling the heart rate and reducing associated risk factors (hypertension, diabetes, sleep apnea, etc.). Recent studies have shown good results with radiofrequency ablation and the use of drugs such as dronedarone to reduce AF recurrence, although further research is needed to confirm their long-term efficacy. The aim of this article is to review the updated literature on paroxysmal atrial fibrillation

Keywords: atrial fibrillation, PAF, paroxysmal atrial fibrillation, uptodate, arrhythmia, update, atria

Artículo recibido 16 agosto 2024

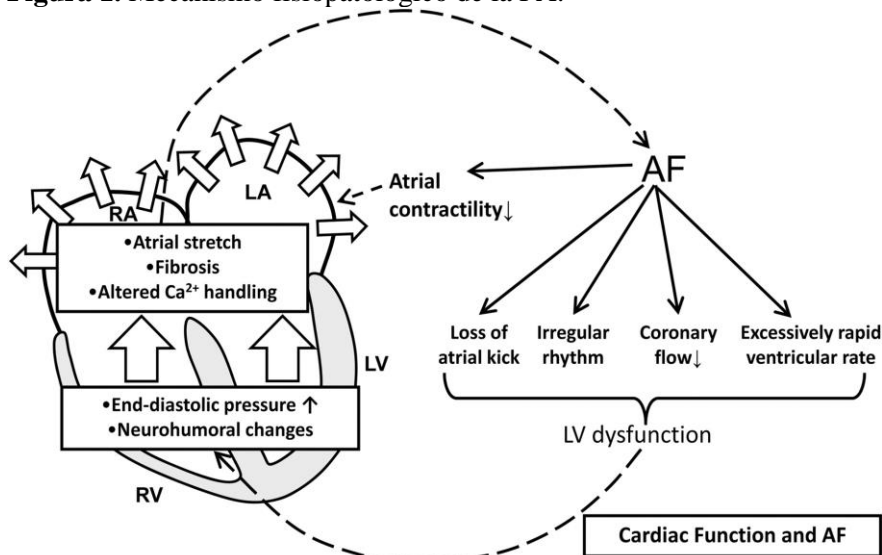
Aceptado para publicación: 19 septiembre 2024



INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular es la arritmia cardiaca sostenida más común y se asocia con una morbimortalidad elevada, este es un ritmo complejo que se centra en las aurículas o en las venas pulmonares que están conectadas eléctricamente a las aurículas. La FA paroxística se caracteriza por episodios intermitentes de FA que suelen durar menos de 7 días y pueden resolverse espontáneamente, en muchos casos es un ritmo de las venas pulmonares, donde el patrón de latido rápido se degenera a medida que se propaga a las aurículas, lo que causa una pérdida de la conducción organizada dentro de los tejidos auriculares (1). Esto conduce a una respuesta ventricular irregular, como resultado de los efectos anteriores, se pierde la contractilidad auricular, lo que provoca una incapacidad para vaciar completamente la sangre del apéndice auricular, generando un riesgo de formación de coágulos y eventos tromboembólicos posteriores como se observa en la figura 1 (2).

Figura 1. Mecanismo fisiopatológico de la FA.



Tomado de: Kochiadakis GE, Skolidis EI, Kalebubas MD, Igoumenidis NE, Chrysostomakis SI, Kanoupakis EM, Simantirakis EN, Vardas PE. Effect of acute atrial fibrillation on phasic coronary blood flow pattern and flow reserve in humans. *Eur Heart J.* 2002;23:734–741.

La FA se puede clasificar en muchos subtipos según sus características y duración como se observa en la Tabla 1 y de hecho, como se mencionó con anterioridad, la FA paroxística es un subtipo de FA(3). Epidemiológicamente, aproximadamente 33,5 millones de personas en el mundo tienen FA (4). La prevalencia de FA ha aumentado gradualmente en las últimas décadas. Según la estimación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en 2017, entre 2,6 y 6,1 millones de

personas en los Estados Unidos tienen FA. Además, la prevalencia aumenta con la edad y aproximadamente el 9 % de todos los adultos mayores de 80 años tienen FA (5).

Tabla 1. Tipos de FA

Paroxysmal	Atrial fibrillation that terminates within 7 days of onset (usually terminates spontaneously without intervention)
Persistent	Atrial fibrillation that is continuous for more than 7 days
Longstanding	Atrial fibrillation that is continuous for more than 1 year
Permanent	Longstanding atrial fibrillation which is refractory to cardioversion, or decision has been made to stop further attempts to convert to NSR
Lone	Atrial fibrillation that occurs in patients younger than 60 in the absence of structural heart disease or systemic hypertension

Tomado de: K.V. Sahasranam, MD, DM (Cardio), FACC, FCSI and Retired Senior Consultant Cardiologist

Dentro de las características de los pacientes, normalmente, la frecuencia cardíaca varía de 120 a 160 latidos por minuto; sin embargo, se puede observar una frecuencia cardíaca de hasta 200 latidos por minuto (6). Esta alteración se encuentra fundamentalmente en ancianos cuya edad media es 75 años; el 57% de los pacientes son mayores de 75 años y los principales factores asociados son la HTA (58%), la existencia de cardiopatía estructural en el 47% (isquémica 37%, valvular 30%, hipertensiva 25% y dilatada 8%), diabetes mellitus en el 22% e hipertiroidismo en el 1,5% de los pacientes. El 89% de los pacientes que acuden a urgencias presentan factores de riesgo para el desarrollo de tromboembolismo que los califican como sujetos de alto riesgo y, por tanto, candidatos a la prescripción de anticoagulación oral de forma indefinida (7). La complicación más importante y grave de la fibrilación auricular es el ictus, bien sea por el pronóstico vital a corto plazo como por sus secuelas invalidantes, con el posterior aumento del gasto sanitario (8). Los antagonistas de la vitamina K han actuado como piedra angular de la anticoagulación en la prevención de ictus en la fibrilación auricular durante varias décadas. En los últimos años han surgido nuevos anticoagulantes orales que inhiben directamente la trombina o del factor Xa, tan seguros y eficaces al menos como los antagonistas de la vitamina K pero su prescripción depende de los criterios CHA2DS2-VASc como se observa en la tabla 2 (9) (10).



Tabla 2. Criterios CHA2DS2-VASc para anticoagular a los pacientes con FA.

Característica	Puntuación
C (<i>cardiac failure</i>): insuficiencia cardiaca/disfunción ventricular izquierda	1
H (<i>hypertension</i>): hipertensión arterial	1
A (<i>age</i>): edad \geq 75 años	2
D (<i>diabetes</i>): diabetes mellitus	1
S (<i>stroke</i>): ictus o AIT previo	2
V (<i>vascular</i>): enfermedad arterial: infarto de miocardio, arteriopatía periférica o placa aórtica complicada	1
A (<i>age</i>): edad \geq 65 años	1
Sc (<i>sex category</i>): sexo femenino	1

AIT: accidente isquémico transitorio.

Tomado de: Martín, A., et al. "Manejo de los pacientes con fibrilación auricular en los servicios de urgencias hospitalarios (actualización 2012)." *Emergencias* 24.4 (2012): 300-324.

Según la última guía sobre el manejo de la FA, el patrón clínico de la FA (diagnosticada por primera vez, paroxística, persistente, persistente de larga duración, permanente) no debe condicionar la indicación de tromboprolifaxis, en el caso de la cardioversión farmacológica de la FA, debe estar indicada sólo si los pacientes están hemodinámicamente estables tras considerar el riesgo tromboembólico, el monitoreo continuo, el control de la frecuencia con betabloqueantes, el uso de ablación, estas entre otras recomendaciones más se deben tener en cuenta al momento de abordar a un paciente con FA paroxística. Por ello, en el presente artículo se hablará del manejo de la fibrilación auricular paroxística actualizado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica detallada de información publicada más relevante en las bases de datos pubmed, scielo, medline, bibliotecas nacionales e internacionales especializadas en los temas tratados en el presente artículo de revisión. Se utilizaron los siguientes descriptores: Fibrilación auricular, FAP, Fibrilación auricular paroxística, Uptodate, Arritmia, Actualización, Aurículas. La búsqueda de artículos se realizó en español e inglés, se limitó por año de publicación y se utilizaron estudios publicados desde 2001 a la actualidad.



RESULTADOS

La fibrilación auricular es la arritmia cardíaca más frecuente en humanos. Este proceso implica la intervención de diversos mecanismos en las aurículas, que resultan en una activación eléctrica caótica, ya sea generada dentro de las propias aurículas o proveniente de las venas pulmonares. En términos electrocardiográficos, se identifica por la aparición de actividad fibrilatoria en las aurículas, con ondas P que varían en amplitud y duración del ciclo, oscilando entre 100 y 200 ms (11). Asimismo, la fibrilación auricular paroxística se define como dos o más episodios de fibrilación auricular terminados de manera espontánea dentro de los primeros siete días (12).

Actualmente, el manejo de la fibrilación auricular incluye diferentes estrategias de tratamiento con el fin de prevenir la aparición de accidentes cerebrovasculares, la gestión agresiva de los factores de riesgo y el control agudo y a largo plazo del ritmo, así como el uso de ablación de cateter (13). La ablación por catéter, que emplea energía de radiofrecuencia para aislar venas clave, ha mostrado ser eficaz en el tratamiento de la fibrilación auricular, especialmente en pacientes con formas sintomáticas o con alteraciones ventriculares. Este procedimiento también reduce las hospitalizaciones y mejora notablemente la calidad de vida de los pacientes tratados (14).

En el año 2022, Tao y colaboradores dan a conocer el caso de una paciente de 51 años que sufría de FA paroxística sintomática con un historial de 4 meses. Sus episodios de AF no respondieron al tratamiento con propafenone, y luego fue ingresada al hospital. La paciente obtuvo una puntuación de CHA₂DS₂-VASc de 1 punto. Su ECG de ingreso, ecocardiograma, examen físico y resultados de análisis de sangre fueron notables. El ECG superficial registrado cuando el paciente experimentó palpitaciones durante la hospitalización presentó episodios de taquicardia auricular/auricular con una morfología de onda auricular negativa en derivaciones inferiores y morfología de ondas auriculares estrechas en V1. La paciente participó en una discusión y fue plenamente informada del estado de la enfermedad y de los posibles beneficios y riesgos de diversos tratamientos y luego eligió la ablación por radiofrecuencia.

El paciente comenzó el procedimiento de ablación por radiofrecuencia en ritmo sinusal. Sin embargo, durante el aislamiento de las venas pulmonares, se presentó un episodio de fibrilación auricular (FA), que persistió tras aislar las cuatro venas. Aunque la taquicardia terminó espontáneamente, la FA fue desencadenada nuevamente por un complejo auricular prematuro, cuyo ECG mostró una onda P



negativa en las derivaciones inferiores y una P positiva en V1. Se utilizó el sistema EnSite NavX para el mapeo de activación y se identificó el origen de la activación temprana en la pared posteromedial de la vena cava inferior (IVC), donde se registraron actividades eléctricas desorganizadas. Tras la ablación en este sitio con una potencia de 40 W y un flujo de 20 mL/min, la FA terminó inmediatamente. No se indujeron nuevas arritmias tras la infusión de adenosina trifosfato, y el paciente se mantuvo asintomático durante los 2 meses posteriores, sin necesidad de antiarrítmicos ni recurrencias de taquicardia (15).

Igualmente, en el año 2023 Montesinos y colaboradores exponen el caso de un hombre de 49 años con antecedentes de cierre de comunicación interatrial con un dispositivo Amplatzer en 2017. Posteriormente, desarrolló fibrilación auricular paroxística (FAP) y flutter auricular, con síntomas graves y resistencia a la terapia antiarrítmica. El paciente experimentó efectos adversos a la amiodarona (hipertiroidismo), y un intento de ablación fallido en 2019. Se realizó un procedimiento de ablación de FAP con energía de radiofrecuencia, guiado por mapeo 3D usando el sistema Carto V7, mediante punción transeptal. Se aisló de forma exitosa las venas pulmonares con bloqueo bidireccional. Finalmente, se realizó ablación del istmo cavo tricuspídeo, también logrando bloqueo bidireccional. El paciente fue dado de alta con propafenona, bisoprolol y warfarina, y no presentó complicaciones ni recurrencia de arritmias durante los 6 meses de seguimiento (16).

De igual modo, el manejo de factores de riesgo como la obesidad, la apnea obstructiva del sueño, la hipertensión, la diabetes, la insuficiencia cardíaca, las cardiopatías valvulares y el exceso de alcohol es importante (17). En el año 2024, Li y colaboradores presentan el caso de un paciente de 68 años que presentó palpitaciones y opresión en el pecho durante cinco días. Se le diagnosticó fibrilación auricular (FA) hace 15 años, la cual ha empeorado con el tiempo. Hace diez años, el paciente fue sometido a una ablación por radiofrecuencia y desde entonces ha estado tomando warfarina (anticoagulante) y sotalol (control de la frecuencia cardíaca).

En la evaluación actual, los signos vitales eran normales, sin indicios de cianosis o distensión de las venas yugulares. Una ecocardiografía reveló una aorta dilatada y una leve reducción en la función diastólica del ventrículo izquierdo. El electrocardiograma de 24 horas mostró un 11.64% de fibrilación auricular paroxística (FAP) del tiempo total, y la angiografía coronaria no detectó estenosis significativa en las principales arterias coronarias, aunque algunas tenían flujo lento y cambios en la íntima.



El paciente fue diagnosticado con enfermedad coronaria aterosclerótica y FAP. Recibió un tratamiento integral que incluyó rehabilitación cardíaca con prescripción de ejercicio, manejo de medicamentos (warfarina, sotalol, atorvastatina), asesoramiento nutricional y apoyo psicológico. La rehabilitación incluyó caminar a 3.8 km/h con una frecuencia cardíaca objetivo de 86 latidos por minuto, monitoreando los síntomas.

Durante los cinco años de seguimiento, se observaron mejoras en la capacidad cardiopulmonar del paciente, con una notable reducción de los síntomas de opresión y palpitaciones. Después de siete meses, el monitoreo Holter reveló solo algunos latidos auriculares prematuros y una taquicardia auricular transitoria, sin recurrencia de FA. Los resultados a largo plazo fueron favorables, lo que subraya el impacto positivo de la rehabilitación basada en ejercicio en la recurrencia de la FA y la salud cardiovascular (18).

DISCUSIÓN

En los últimos años, los índices de fibrilación auricular paroxística han aumentado en gran escala, haciendo necesaria la implementación de tratamientos que prevengan las posibles complicaciones secundarias a esta arritmia, principalmente el accidente cerebrovascular. (19)

La fibrilación auricular (FA) no es una condición fija, ya que puede cambiar con el tiempo. Se ha observado que más del 75% de los pacientes con FA paroxística desarrollarán FA permanente tras 14 años de seguimiento, y que alrededor del 20% de los pacientes con FA recurrente evolucionarán hacia FA permanente en un lapso de cuatro años. (20)

En su estudio observacional, Sanchez y colaboradores (2016) realizado en el Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna", evaluaron 211 pacientes diagnosticados con fibrilación auricular paroxística durante enero de 2013 a diciembre de 2014. Se incluyeron 136 pacientes que ingresaron al servicio de cardiología, seleccionados como muestra. La recolección de datos se llevó a cabo a partir de las historias clínicas, y el análisis de la información se realizó mediante el método estadístico.

El análisis de los resultados mostró que el grupo etario predominante era el de 60 a 75 años, representando el 36% de la muestra. En cuanto a la distribución por género, el 61,8% de los pacientes fueron hombres. Las principales comorbilidades identificadas fueron la hipertensión arterial, presente en el 69,1% de los casos, la cardiopatía isquémica, con una prevalencia del 35,3%, y la insuficiencia



cardíaca, que afectó al 27,2% de los pacientes. Además, la hipertensión arterial descompensada se identificó como el factor etiológico predominante. (21)

Por esto, es importante garantizar una buena adherencia al tratamiento. Anteriormente, el fármaco de elección para este tipo de pacientes era la amiodarona, sin embargo, su gran cantidad de efectos adversos hizo necesaria la implementación de otros fármacos con menos efectos de este tipo.

Por tanto, en el año 2020, Blomstron y colaboradores realizaron el estudio ATHENA, un ensayo clínico de fase 3, doble ciego, con el objetivo de evaluar la eficacia y seguridad de la dronedarona en comparación con un placebo. En el estudio participaron 4628 pacientes con fibrilación auricular (FA) paroxística o persistente, quienes fueron asignados al azar para recibir dronedarona 400 mg por vía oral dos veces al día o un placebo. Los pacientes fueron categorizados según el tiempo de evolución de la enfermedad (TE): corto (menos de 3 meses), intermedio (de 3 a 24 meses) y largo.

Los resultados mostraron que, en comparación con el placebo, la dronedarona redujo el riesgo de hospitalización o muerte por cualquier causa en los pacientes con TE corto (índice de riesgo: 0,79; intervalo de confianza [IC] al 95%: 0,65-0,96) y TE intermedio (índice de riesgo: 0,72; IC al 95%: 0,56-0,92). En conclusión, el estudio demostró que la dronedarona mejoró significativamente los resultados clínicos en términos de eficacia en los pacientes con tiempo de enfermedad corto e intermedio en compañía. (22)

Sin embargo, Thind y colaboradores (2020) realizaron a cabo un análisis post hoc de los estudios EURIDIS y ADONIS, con el objetivo de evaluar la eficacia de la dronedarona en la prevención de recurrencias de fibrilación auricular (FA) en pacientes con FA no permanente. En este análisis, 1237 pacientes fueron asignados al azar a recibir dronedarona o un placebo en una proporción de 2:1.

Los resultados mostraron que la dronedarona se compró con una mediana de tiempo significativamente más prolongada hasta la primera recurrencia de FA en comparación con el placebo, con 150 días frente a 77 días, con un índice de riesgo (HR) de 0,76 (intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,64 a 0,90; Además, la dronedarona también mostró una mediana más prolongada hasta la recurrencia sintomática en comparación con el placebo, con 288 días frente a 120 días, con una HR de 0,74 (IC del 95%: 0,62 a 0,90).



Asimismo, se observó que el riesgo de hospitalización y muerte cardiovascular, así como la primera hospitalización por FA, fueron menores en el grupo tratado con dronedarona en comparación con el placebo; Sin embargo, las diferencias no alcanzaron significancia estadística. (23)

Por lo tanto, estos hallazgos sugieren que la dronedarona puede ser efectiva para prolongar el tiempo hasta la recurrencia de FA en pacientes con FA no permanente, aunque se requieren más estudios para confirmar estos beneficios en términos de resultados clínicos significativos.

CONCLUSIÓN

Finalmente, la fibrilación auricular (FA), especialmente en su forma paroxística, es una arritmia frecuente y grave que requiere un manejo integral. Las estrategias de tratamiento actuales se centran en prevenir complicaciones como el accidente cerebrovascular mediante el uso de anticoagulantes y la ablación por catéter en casos sintomáticos o resistentes al tratamiento. Aunque existen avances en medicamentos como la dronedarona para reducir la recurrencia de la FA, aún se necesitan más estudios para confirmar su efectividad a largo plazo. Además, el control de factores de riesgo es crucial para mejorar los resultados en los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Davis, R. Hobbs, F. Kenkre, J. Roalfe, A. Iles, R. Lip, G. Davies, M. Prevalence of atrial fibrillation in the general population and in high-risk groups: the ECHOES study. *Europace*.2012;14: 1553-9.
- Kochiadakis, G. Skolidis, E. Kaleububas, M. Igoumenidis, N. Chrysostomakis, S. Kanoupakis, E. Simantirakis, E. Vardas, P. Effect of acute atrial fibrillation on phasic coronary blood flow pattern and flow reserve in humans. *Eur Heart J*. 2002; 23:734–741.
- Nishida, K. Sarrazin, J. Fujiki, A. Oral, H. Inoue, H. Morady, F. Nattel, S. Roles of the left atrial roof and pulmonary veins in the anatomic substrate for persistent atrial fibrillation and ablation in a canine model. *J Am Coll Cardiol*. 2010;56:1728–1736.
- Chugh, S. Havmoeller, R. Narayanan, K. Singh, D. Rienstra, M. Benjamin, E. Gillum, R. Kim, Y. McAnulty, J. Zheng, Z. Forouzanfar, M. Naghavi, M. Mensah, G. Ezzati, M. Murray, C. Worldwide epidemiology of atrial fibrillation: a Global Burden of Disease 2010 Study. *Circulation*. 2014;129(8):837-47.



- Ball, J. Carrington, M. McMurray, J. Stewart, S. Atrial fibrillation: profile and burden of an evolving epidemic in the 21st century. *Int J Cardiol.* 2013;167(5):1807-24.
- Go, A. Hylek, E. Phillips, K. Chang, Y. Henault, L. Selby, J. Singer, D. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the AnTicoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. *JAMA.* 2001;285(18):2370-5.
- Chugh, S. Havmoeller, R. Narayanan, K. Singh, D. Rienstra, M. Benjamin, E. Gillum, R. Kim, Y. McAnulty, J. Zheng, Z. Forouzanfar, M. Naghavi, M. Mensah, G. Ezzati, M. Murray, C. Worldwide epidemiology of atrial fibrillation: a Global Burden of Disease 2010 Study. *Circulation.* 2014;129(8):837-47.
- Camm, A. Lip, G. De Caterina, R. Savelieva, I. Atar, D. Honhloser, S et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: An update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation *Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. *Eur Heart J.* 2012; 33: 2719-47.
- Barrios, V. Calderón, A. Escobar, C. De la Figuera, M. Pacientes con fibrilación auricular asistidos en consultas de atención primaria. *Estudio Val-FAAP. Rev Esp Cardiol.* 2012;65(1):47-53.
- Martín, A. et al. "Manejo de los pacientes con fibrilación auricular en los servicios de urgencias hospitalarios (actualización 2012)." *Emergencias* 24.4. 2012; 300-324.
- Camm, J. Lip, G. De Caterina, R. et al. Actualización detallada de las guías de la ESC para el manejo de la fibrilación auricular de 2012. *Rev Esp Cardiol.* 2013; 66 (4): pp. 54.e1-54.e24.
- Fauchier, L. Philippart, R. Clementy, N. et al. How to define valvular atrial fibrillation?. *Arch Cardiovasc Dis.* 2015; 108 (10): 530-539.
- McCallum, C. Raja, D. Pathak, R. fibrilación auricular: una actualización sobre la gestión. *Aust Prescr.* 2019; 42 (6): 186-191.
- Packer, D. Mark, D. Robb, R. Monahan, K. Bahnson, T. Poole, J. et al. CABANA Investigadores Efecto de la ablación del catéter vs terapia antiarrítmica en la mortalidad, accidente cerebrovascular, sangrado y paro cardíaco entre los pacientes con fibrilación auricular: el ensayo clínico aleatorizado CABANA. *JAMA* 2019; 321 :1261-74.



- Tao, Y. Yang, D. Chen, L. Paroxysmal Auricular Fibrillación Originario del Inferior Vena Cava: Un informe de caso y revisión de la literatura. *Frente Cardiovasc Med.* 2022; 9: 935524.
- Montesinos, R. Davila, D. Quevedo, F. Cabrera, M. Zelaya, P. Soto, R. Reporte de caso: ablación de fibrilación auricular en paciente con dispositivo de oclusión septa linteratrial. *Arch Peru Cardiol Cir Cardiovasc.* 2023;4(2):72-76.
- Pathak, R. Middeldorp, M. Lau, D. Mehta, A. Mahajan, R. Twomey, D. et al. Estudio de reducción de riesgos agresivo para fibrilación auricular e implicaciones para el resultado de la ablación: el estudio de cohorte ARREST-AF. *J Am Coll Cardiol* 2014; 64 :2222-31.
- Li, G. Cheng, J. Luo, L. Shen, Y. Wang, L. Exercise Rehabilitation Therapy for Patients with Paroxysmal Atrial Fibrillation: A Case Report. *Ann Clin Case Rep.* 2024; 9: 2611.
- Bisbal, F. Revisión del libro Fibrilación auricular. *Archivos De Cardiología De México.* 2014; 84(1): 66-67.
- Barrera, S. Mirella, J. Hernández, J. Majano, S. Quijada, J. González, B. et al. Caracterización de la fibrilación auricular en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional San Rafael (El Salvador). *Corsalud.* 2016; 8(1): 8-18.
- Sanchez, I. Lozano, L. Areas, L. Pelier, I. Aspectos clínicos de la fibrilación auricular paroxística en pacientes de Las Tunas Clinical aspects of paroxysmal atrial fibrillation in patients from Las Tunas. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta.* 2016; 41(8).
- Blomström, C. Marrouche, N. Connolly, S. Valérie Corp dit Genti. Wieloch, M. Koren, A. Hohnloser, S. Efficacy and safety of dronedarone by atrial fibrillation history duration: Insights from the ATHENA study. *Clinical Cardiology.* 2020; 43(12), 1469–1477.
- Thind, M. Crijns, H. Naccarelli, G. Reiffel, J. Valérie Corp dit Genti. Wieloch, M. Koren, A. Kowey, P. Dronedarone treatment following cardioversion in patients with atrial fibrillation/flutter: A post hoc analysis of the EURIDIS and ADONIS trials. *Journal of Cardiovascular Electrophysiology.* 2020;31(5), 1022–1030.

