



Asociación para el Tratamiento de la Fibrilación Auricular



Proporcionando información, apoyo y acceso a tratamientos establecidos, nuevos o innovadores para el tratamiento de la Fibrilación Auricular

Preguntas acerca de la Fibrilación Auricular



www.arrytmias.org.ar

Introducción

Si se le han diagnosticado **Fibrilación Auricular o Aleteo Auricular**, sería muy útil para su médico si usted llena esta lista de verificación que está diseñada para proporcionar a su médico información que puede ser necesaria para elegir el mejor tratamiento para usted.

La Fibrilación y el Aleteo Auricular son alteraciones comunes del ritmo cardíaco que pueden producir palpitaciones, dificultad para respirar, dolor en el pecho y cansancio. En algunos pacientes los trastornos del ritmo pueden resultar en complicaciones como insuficiencia cardíaca o, a veces, un accidente cerebrovascular. Hay diferentes tratamientos para la Fibrilación Auricular y el Aleteo Auricular que son muy eficaces, previniendo los síntomas y las complicaciones de la enfermedad. La elección correcta del tratamiento depende en parte de la información exacta del paciente. Esta lista está destinada a proporcionar a su médico esa información importante. Sería muy útil llenar esto antes de visitar a su médico. No se preocupe si hay algunos términos técnicos que usted no entienda; en ese caso, sólo ponga un signo de interrogación (?).

¿Cuál es su nombre?

Fecha de nacimiento: / /

¿Cuál es su género? Hombre Mujer

¿Tiene usted alguno de estos síntomas?	Sí	No	¿Cuándo? (fecha)
¿Palpitaciones que duran más de 2 segundos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Irregulares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Rápidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Dificultad para respirar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Con palpitaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Dolor en el pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Con palpitaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Con el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cansancio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hinchazón de los tobillos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Ha tenido alguna de estas condiciones o procedimientos médicos?

¿Infarto de Miocardio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Presión arterial elevada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Insuficiencia cardíaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Trastornos de la glándula tiroides?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿ACV o Accidente isquémico transitorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cirugía cardíaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Choque eléctrico por arritmia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ablación de arritmias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Implante de marcapasos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Implante de un cardiodesfibrilador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se le ha diagnosticado

- | | | | |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------|
| Fibrilación auricular? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Desde cuándo? |
| Aleteo auricular? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Desde cuándo? |
| Ambos? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Desde cuándo? |

Su problema de ritmo...

- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------|
| Ocurre en forma de crisis? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Desde cuándo? |
| Está presente todo el tiempo? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Desde cuándo? |

¿Ha recibido anteriormente alguno de estos medicamentos?

- | | | | |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------|
| Sotalol | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Desde cuándo? |
| Flecainida | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Desde cuándo? |
| Dronedarona | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Desde cuándo? |
| Propafenona | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Desde cuándo? |
| Amiodarona | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Desde cuándo? |
| Digoxina | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Desde cuándo? |
| Betabloqueantes | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Desde cuándo? |
| Bloqueantes del Calcio | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Desde cuándo? |
| Warfarina | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Desde cuándo? |
| Dabigatrán | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Desde cuándo? |
| Aspirina | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Desde cuándo? |
| Acenocumarol | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Desde cuándo? |
| Rivaroxaban | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Desde cuándo? |

¿Está recibiendo tratamiento con alguno de estos medicamentos?

- | | | |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Sotalol | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Flecainida | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Dronedarona | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Propafenona | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Amiodarona | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Digoxina | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Betabloqueantes | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Bloqueantes del Calcio | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Warfarina | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Dabigatrán | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Aspirina | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Acenocumarol | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Rivaroxaban | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

¿Ha consultado usted a otro médico acerca de su condición?

Médico clínico	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Cuándo? (fecha):
Médico de emergencias	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Cuándo? (fecha):
Cardiólogo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Cuándo? (fecha):
Especialista en Arritmias (Electrofisiólogo)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Cuándo? (fecha):

**¿Ha sido sometido a alguno de los siguientes exámenes?
(Si tiene algún resultado en casa, por favor tráigalo a la consulta)**

ECG en reposo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Cuándo? (fecha):
ECG de esfuerzo (ergometría)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Cuándo? (fecha):
Holter	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Cuándo? (fecha):
Holter implantable	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Cuándo? (fecha):
Ecocardiograma	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Cuándo? (fecha):
Dosaje de hormonas tiroideas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Cuándo? (fecha):
Otros exámenes de sangre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Cuándo? (fecha):

**¿Tiene usted una copia de su electrocardiograma?
Si lo tiene, por favor llévelo a la consulta.**

Cuando el ritmo es normal	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Cuándo? (fecha):
Cuando la arritmia está presente	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Cuándo? (fecha):

ECG = representación gráfica de la actividad eléctrica del corazón

Betabloqueantes = propranolol, atenolol, metoprolol, bisoprolol y otras drogas terminadas en "lol"

Bloqueantes del Calcio = verapamilo o diltiazem



Asociación para el Tratamiento de la Fibrilación Auricular



Por favor, recuerde que estos son lineamientos generales.
Debe siempre discutir su condición con su médico.

