

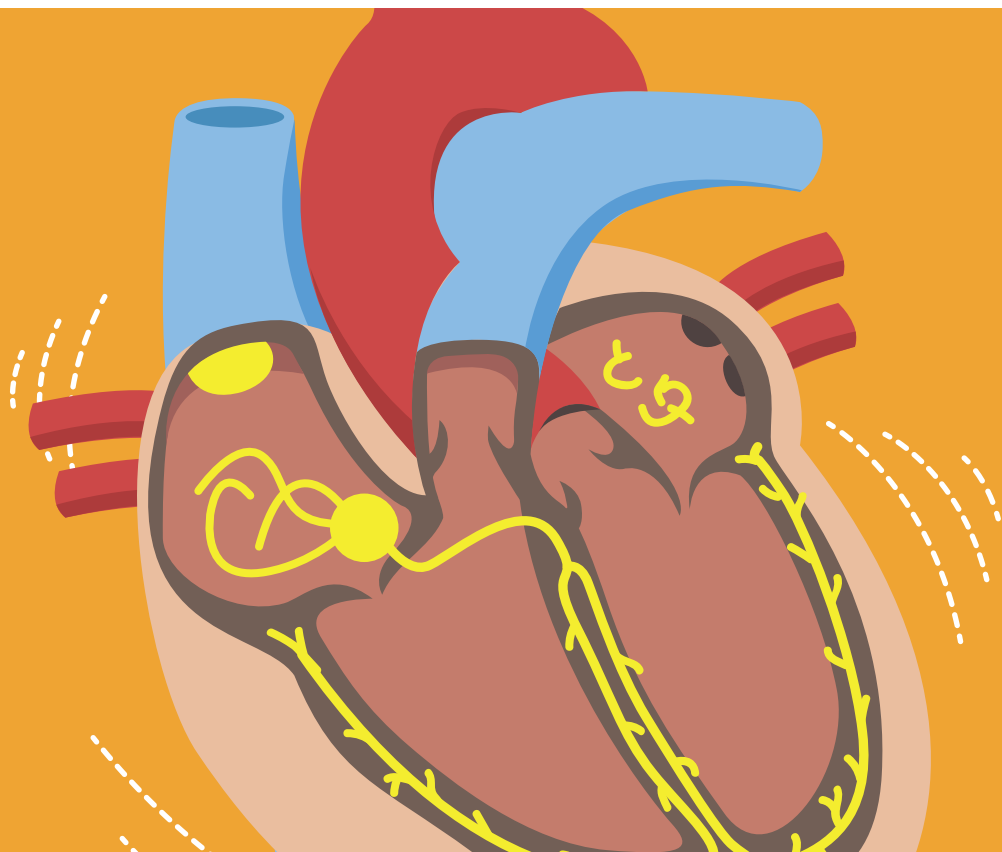
Conoce...

La fibrilación auricular



Feasan

FEDERACIÓN ESPAÑOLA
DE ASOCIACIONES
DE ANTICOAGULADOS

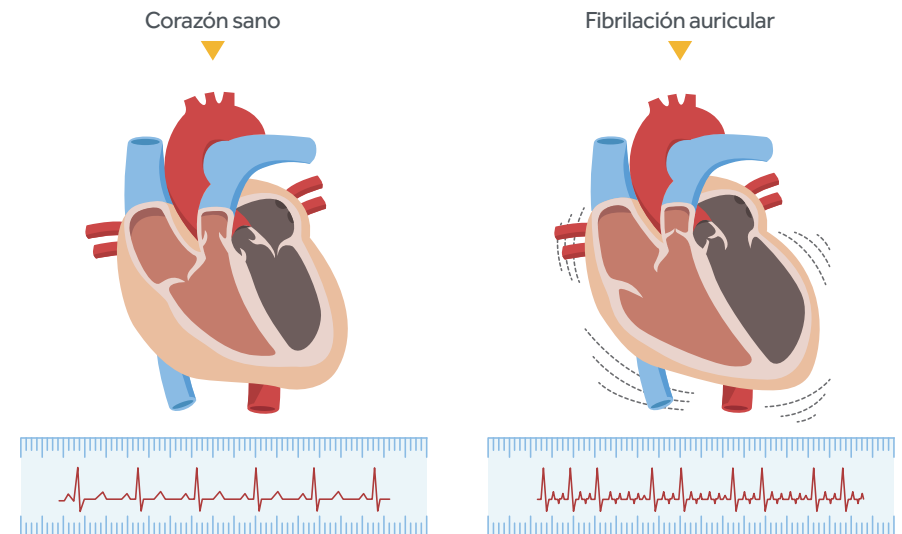


¿QUÉ ES LA FIBRILACIÓN AURICULAR (FA)?

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca más frecuente en nuestro país.

Es una enfermedad que afecta al ritmo del corazón provocando una pérdida de la sincronía del latido normal del corazón. Eso quiere decir que el tiempo entre latido y latido es desigual.

La Federación Española de Asociaciones de Anticoagulados - FEASAN ha desarrollado esta guía informativa para aquellos pacientes que han sido diagnosticados de fibrilación auricular. Un mayor conocimiento sobre esta arritmia les ayudará a llevar un mejor control de su salud, evitando así complicaciones innecesarias.



Edita: Federación Española de Asociaciones de Anticoagulados - FEASAN, 2014

Desarrollado por: NEPHILA

Revisado por el Dr. Ángel Moya. Cardiólogo. Jefe de la Unidad de Arritmias del Hospital Universitario de la Vall de Hebrón (Barcelona) y Coordinador de la Sección de Electrofisiología y Arritmias de la SEC.

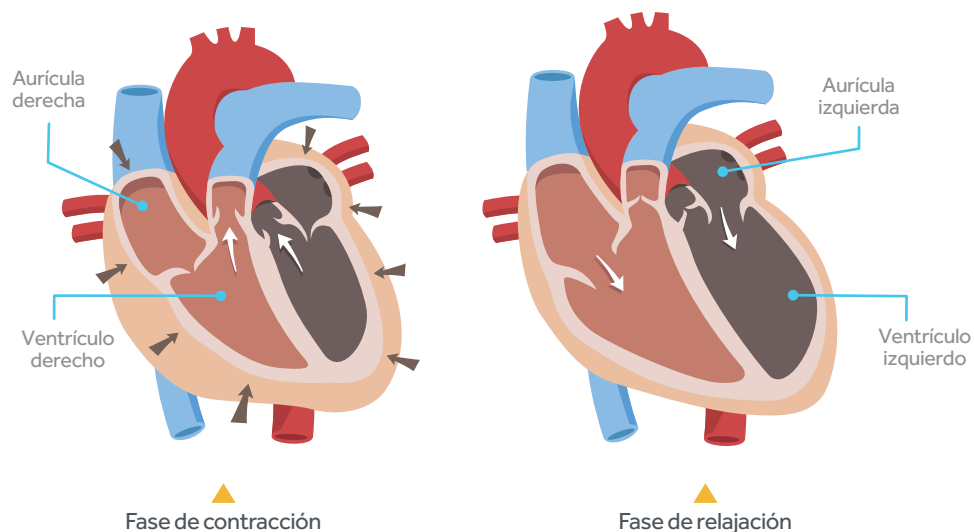
Con el aval científico de la Sección de Electrofisiología y Arritmias de la Sociedad Española de Cardiología.

El corazón es el órgano principal de nuestro aparato circulatorio. Se encarga de impulsar, con la fuerza necesaria, la sangre y las sustancias que ésta transporta, principalmente oxígeno, a todas las células del organismo. La fuerza impulsora del corazón permite que la sangre con oxígeno y demás nutrientes llegue a todas las células del organismo, llevándose el dióxido de carbono y otras sustancias de desecho del metabolismo celular.

Para impulsar la sangre por todo el cuerpo, el corazón se relaja y se contrae de forma alternativa y sincronizada.

En condiciones normales, el corazón puede bombear toda la sangre que el cuerpo necesita sin esforzarse demasiado. Para ello juegan un papel importante las aurículas y los ventrículos, que dividen nuestro corazón en cuatro cavidades y cuya contracción y relajación facilita el llenado y vaciado de la sangre que entra y sale del corazón.

CICLO CARDÍACO

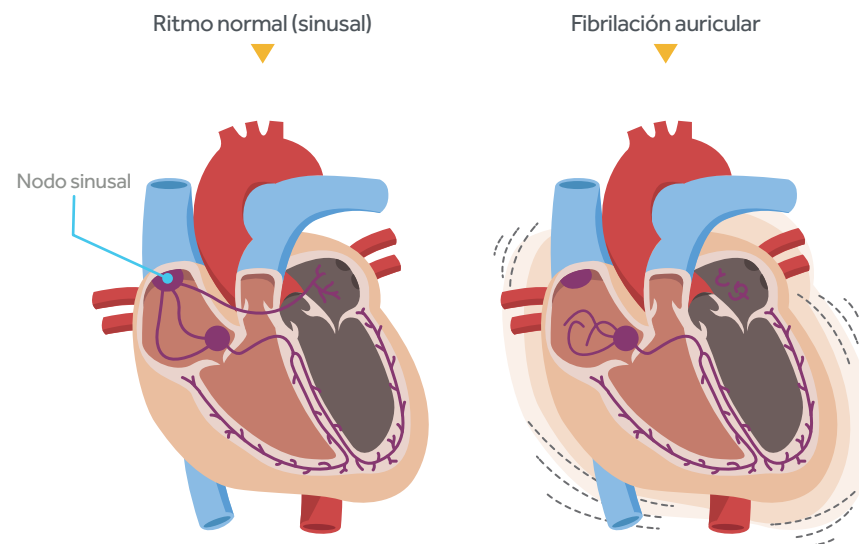


La contracción coordinada de las aurículas y ventrículos se produce de manera rítmica, regular y constante. A ese ritmo normal se le denomina **ritmo sinusal**.

Dicho ritmo se autorregula en función de las demandas externas, es decir aumenta cuando estamos practicando una actividad física y disminuye cuando estamos en reposo.

Para que esto se produzca nuestro corazón dispone de un marcapasos natural, o también llamado **nodo sinusal**. Es un sistema propio de conducción eléctrica celular capaz de autoestimularse y producir la corriente eléctrica necesaria y el ritmo necesario, para excitar a las aurículas y que éstas se contraigan. El nodo sinusal nace en la parte superior de la aurícula derecha.

En la FA la arritmia nace en ambas aurículas. Éstas mandan señales eléctricas rápidas y desorganizadas originando contracciones auriculares muy rápidas e irregulares, de ahí el concepto fibrilación. En vez de que las aurículas se contraigan, parece que tiemblen. Estas contracciones pueden repetirse más de 300 veces por minuto, de forma caótica, sin ritmo.



TIPOS DE FIBRILACIÓN AURICULAR

Existen diferentes tipos de FA. La clasificación principal se realiza en función de la duración de los episodios:

FA PAROXÍSTICA

Se caracteriza por la aparición de episodios que duran menos de 7 días, son de carácter autolimitado (habitualmente a menos de 48h).

El punto de corte de las 48 horas es importante puesto que a partir de ese momento la cardioversión espontánea (volver al ritmo sinusal) es menos frecuente y se debe plantear la necesidad de instaurar tratamiento anticoagulante.

FA PERSISTENTE

Es la FA que no se detiene por sí sola, de una duración de más de 7 días. Requiere la utilización de medicamentos para controlar el ritmo o el uso de técnicas como la cardioversión (descarga eléctrica controlada) para ayudar al corazón a que vuelva a su ritmo normal.

FA PERMANENTE

Es la FA de larga duración. Ni responde a los medicamentos ni a la cardioversión controlada para ayudar al corazón a retomar su ritmo normal.

¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS?

Los síntomas de la FA son diferentes para cada persona. Muchas personas incluso no llegan a presentar síntomas, siendo más difícil su diagnóstico. Para quienes sí manifiestan síntomas, los más comunes son:



Palpitaciones irregulares



Taquicardia



Dolor y presión en el pecho



Sensación de cansancio o fatiga
(que afecta a la actividad cotidiana)

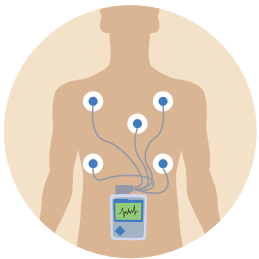


Vértigo o mareo
(incluso desmayo)

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

La detección de un pulso irregular indica la sospecha de FA. El diagnóstico se realiza con el electrocardiograma (ECG), una prueba que registra la actividad eléctrica del corazón. A pesar de que el ECG es la única prueba necesaria para el diagnóstico, para completar la evaluación, a menudo se realizan otras:

HOLTER



Es una prueba que consiste en obtener un ECG de forma continua durante 24 ó 48 horas. Ese registro continuo ayuda a detectar episodios de FA de corta duración o que no provoquen ningún síntoma. Para que sea fiable el paciente no debe modificar su actividad habitual.

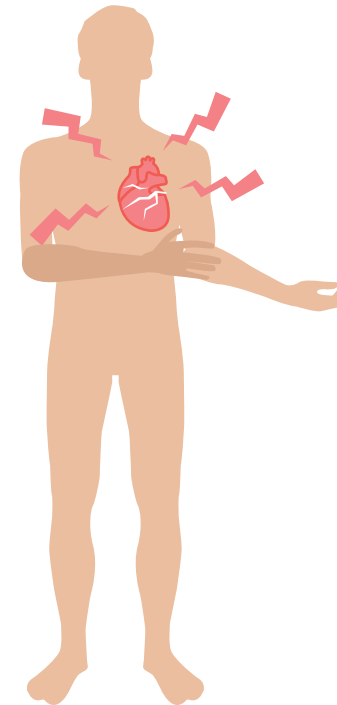
ECOCARDIOGRAMA



Es una exploración con la que se obtienen, de forma indolora, imágenes del corazón en movimiento. Permite calcular el tamaño y la función de las aurículas y de los ventrículos. Identifica la presencia de alteraciones valvulares, de hipertrofia del ventrículo derecho y de enfermedad pericárdica.

¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES CAUSAS?

Las causas o factores de riesgo más comunes asociados a la aparición de la FA son:



- Hipertensión arterial
- Diabetes
- Infarto de miocardio previo
- Insuficiencia cardíaca
- Enfermedad en las válvulas del corazón
- Cardiopatías congénitas
- Cirugía cardíaca previa
- Enfermedad de la tiroides
- Enfermedad pulmonar crónica
- Apnea del sueño
- Abuso de alcohol y estimulantes
- Estrés emocional y físico
- Obesidad
- Sedentarismo (falta de ejercicio)

¿QUÉ RIESGOS CONLLEVA?

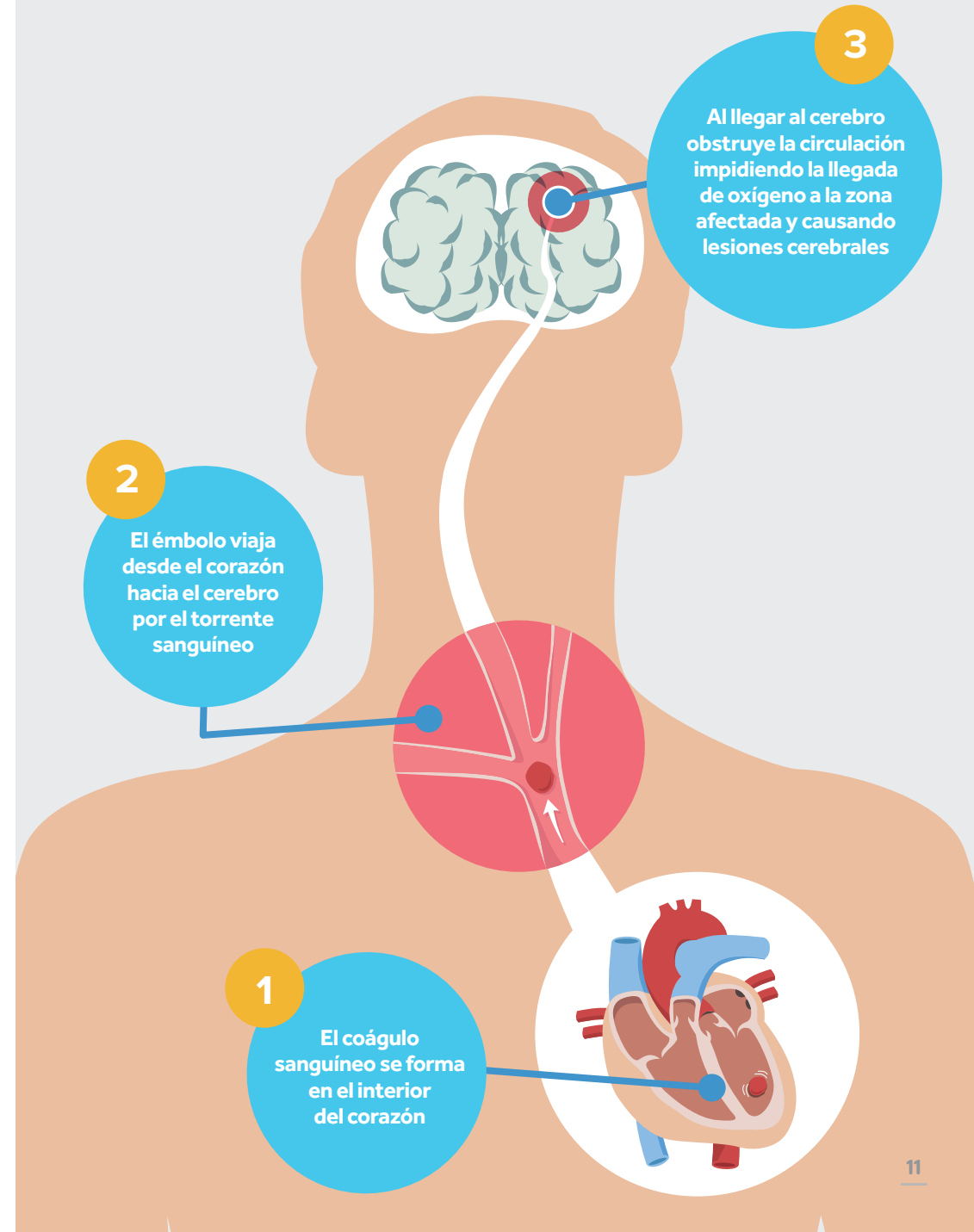
Uno de los principales peligros de la FA es la formación de coágulos sanguíneos en el interior del corazón. La contracción incorrecta y descoordinada de las aurículas hacia los ventrículos hace que puedan quedar restos de sangre en las aurículas, formando coágulos de sangre que en cualquier momento pueden desprenderse y producir un ictus isquémico o una embolia periférica.

El ictus o embolia se produce cuando se interrumpe de forma brusca la circulación en el cerebro, impidiendo el aporte de oxígeno necesario para funcionar y causando lesiones o muerte del tejido cerebral. Uno de cada 5 ictus está relacionado con la FA. Y es que esta arritmia **multiplica el riesgo de sufrir un ictus isquémico aproximadamente 5 veces**. Siendo éstos, además, más graves. De ahí la importancia de prevenirlo.

¿A QUIÉN AFECTA?

La FA afecta tanto a hombres como a mujeres. Su incidencia está íntimamente relacionada con la edad avanzada, ya que el 70% de los casos se producen en personas de más de 65 años. En ese sentido, estudios recientes constatan que la FA afecta a más del 4% de la población mayor de 40 años en España. Asimismo, a partir de los 60 años este

porcentaje se duplica con cada década de vida, siendo del 18% en la población mayor de 80 años. Todas estas cifras se traducen en que alrededor de 1.000.000 de personas sufre de FA en España, de los cuales 100.000 podrían estar sin diagnosticar.



¿CÓMO SE TRATA?

El tratamiento de la FA depende de la gravedad y frecuencia de los síntomas y de la existencia o no de enfermedad cardíaca. El objetivo fundamental del tratamiento es intentar restaurar el ritmo sinusal (normal) con una frecuencia cardíaca normal. En la actualidad, existen diferentes formas de tratar la FA:

LA CARADIOVERSIÓN

La cardioversión es un procedimiento que pretende revertir la arritmia a un ritmo normal, sinusal. Éste puede alcanzarse por medio de fármacos o descargas eléctricas.

LA CARADIOVERSIÓN ELÉCTRICA



Se trata de volver al ritmo cardíaco normal mediante la aplicación de una descarga eléctrica de corriente continua que se aplica mediante un dispositivo llamado desfibrilador. Es una técnica que suele utilizarse cuando la arritmia no consigue controlarse con medicamentos.

Se aplican una o varias descargas eléctricas (también llamados choques eléctricos) a través de dos palas que se sitúan sobre el pecho, a ambos lados del corazón. Es una intervención rápida (aprox. 30 min). Los pacientes pueden irse a casa a las pocas horas, una vez recuperados de la anestesia o sedación.

Dado que los choques eléctricos son dolorosos, la cardioversión requerirá la sedación profunda o anestesia general del paciente. La cardioversión eléctrica supone por sí misma riesgo tromboembólico (ictus), por ello, es imprescindible que todos los pacientes a los que se les va a realizar una cardioversión estén en tratamiento anticoagulante varias semanas antes. En los casos en que esto no sea posible se deberá de realizar una ecocardiografía transesofágica para descartar la presencia de trombos en el interior de las aurículas. En caso de observarse coágulos en el corazón, se aplazará la cardioversión eléctrica y el paciente deberá tomar anticoagulantes con el fin de “deshacer” dichos coágulos. La anticoagulación también será necesaria después de haber aplicado la cardioversión eléctrica (al menos durante 4 semanas).

LA CARADIOVERSIÓN QUÍMICA/FARMACOLÓGICA

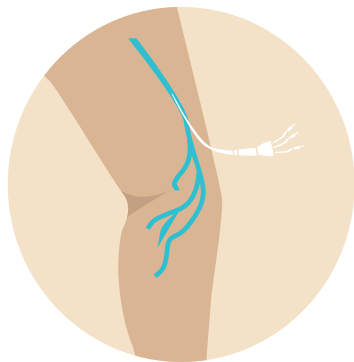


Se realiza con fármacos antiarrítmicos. Este tipo de cardioversión es más simple que la eléctrica (sobre todo porque no requiere anestesia) pero suele ser menos eficaz. Se plantea para los pacientes con FA paroxística de menos de 48 horas de evolución.

LA ABLACIÓN

Es un método que se usa cada vez más para tratar casos de FA recurrente que no responden a los tratamientos convencionales. La técnica consiste en aislar eléctricamente a las venas pulmonares causantes de las descargas eléctricas rápidas y desorganizadas que llevan a que el corazón fibrile.

Para llegar a las venas pulmonares se utiliza un catéter que se introduce por la zona de la ingle (femoral), en el que se transmite una corriente eléctrica moderada que permite realizar pequeñas “quemaduras” consecutivas alrededor de las venas pulmonares, quedando aisladas o desconectadas.

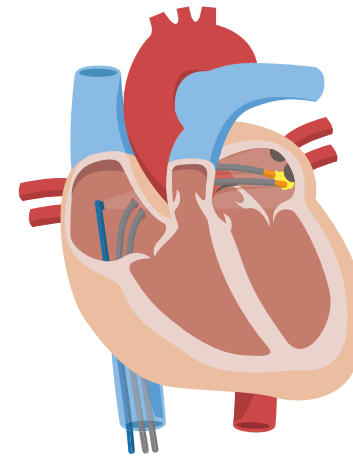


Se accede por la vena femoral (por la zona de la ingle) hasta llegar a la aurícula derecha.



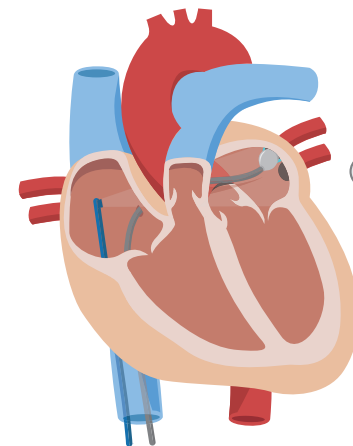
Requiere de 24 a 48 horas de ingreso. Se realiza con anestesia local y sedación.

Existen dos variantes de la técnica en función de la fuente de energía que se aplica para aislar las venas pulmonares:



ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA

Se aplica calor para aislar (quemar) las venas pulmonares. La técnica obtiene una tasa de curación entorno al 75%.



ABLACIÓN POR FRÍO (O CRIOABLACIÓN)

Se aplica frío (nitrógeno a -40/-70°) gracias a la introducción, por medio de un catéter, de un balón lleno de óxido nitroso que aislará las venas pulmonares.

LOS ANTIARRÍTMICOS

Los fármacos antiarrítmicos tienen una utilidad importante en el tratamiento de todas las formas y fases de la FA. Existen dos tipos de fármacos antiarrítmicos en función de su objetivo terapéutico:

Los que intentan revertir la arritmia a un ritmo normal

Los que disminuyen la frecuencia cardíaca durante las crisis de arritmia.

Su uso está limitado debido a factores como: una eficacia intermedia, la tolerabilidad, el agravamiento de la arritmia o la toxicidad. Además, los antiarrítmicos pueden tener como efecto secundario una frecuencia cardíaca demasiado lenta, por lo que la fatiga, el cansancio, el mareo o las pérdidas de conocimiento pueden ser frecuentes.

El tratamiento de la FA no solo se dirige a tratar de controlar la arritmia, sino también a prevenir la formación de trombos que podrían ocasionar un ictus y con él graves consecuencias, incluida la muerte. En concordancia con esto, los tratamientos dirigidos a la prevención del ictus en la FA son los siguientes:

LOS ANTICOAGULANTES

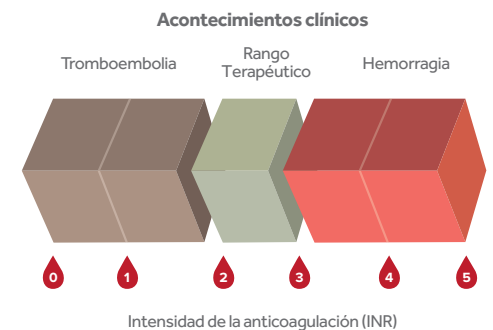
Son fármacos que modifican la coagulación de la sangre para que el coágulo no se forme dentro de los vasos sanguíneos. Se utilizan para deshacer el trombo o para evitar que se formen otros y lo hacen retardando el tiempo de coagulación. Permiten controlar el riesgo trombótico a costa de introducir un pequeño riesgo hemorrágico, de ahí que el médico deba evaluar el coste beneficio del tratamiento.

Existen dos tipos de anticoagulantes orales:

ANTIVITAMINA K. (AVK)

Inhiben la vitamina K, una sustancia implicada en el proceso de la coagulación. Se usan desde hace más de 70 años. Son fármacos cuyo efecto puede alterarse por la dieta (alimentos con altas concentraciones de vitamina K) y por la interacción con otros fármacos, obligando a realizar controles periódicos cada 4 a 6 semanas, e ir ajustando la dosis del anticoagulante en función del resultado del INR (un índice normalizado que indica el tiempo que tarda la sangre del paciente en coagular). Un INR de 2 indica que la sangre de la persona tarda 2 veces más en coagular en comparación con una persona que no se anticoagula.

Quienes toman este tipo de anticoagulantes para tratar de controlar el riesgo de ictus asociado a la FA deben mantener su INR en un rango de entre 2 y 3 puntos (rango terapéutico), fuera de dicho rango estarán desprotegidos (INR inferior a 2 supone riesgo trombótico y superior a 3 riesgo de sangrado).



ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS

(anticoagulantes de nueva generación)


Son fármacos que inhiben diferentes factores de la coagulación, dependiendo del fármaco. En la actualidad existen diferentes fármacos de nueva generación para el tratamiento de la FA de origen no valvular.


Se administran a dosis fijas, sin necesidad de controles periódicos, porque su efecto es predecible, sin verse alterado por interacciones con otros fármacos o por alimentos.


VIVIR ANTICOAGULADO CON FIBRILACIÓN AURICULAR


Con un tratamiento y seguimiento adecuados el pronóstico de la FA es bueno y las complicaciones poco frecuentes.

Los pacientes con FA a los que se les ha indicado la anticoagulación deberán seguir las siguientes recomendaciones:

 Cumplir estrictamente el tratamiento, eso les mantendrá protegidos del riesgo de ictus

 Nunca, bajo ningún concepto, deberán interrumpir o abandonar el tratamiento anticoagulante por su cuenta

 Identificarse como paciente anticoagulado ante cualquier profesional sanitario, sea cual sea su especialidad

 Informarse sobre su enfermedad y su tratamiento, eso les capacitará

BIBLIOGRAFÍA

- Pérez-Villacastín, J. et al. Epidemiología de la fibrilación auricular en España en los últimos 20 años. Rev Esp Cardiol. 2013;66(7):561-565
- Cea-Calvo, L et al. Prevalencia de fibrilación auricular en la población española de 60 o más años de edad. Estudio PREV-ICTUS. Rev Esp Cardiol. 2007;60(6):616-24.
- Guindo Soldevila, J. et al. Evaluación de riesgo tromboembólico y hemorrágico de los pacientes con fibrilación auricular Rev Esp Cardiol Supl. 2013;13(C):9-13.
- Cano García, P. y Aldudo Avilés, C. El tratamiento de la fibrilación auricular. JANO 27 junio-3 Julio 2003. VOL. LXV N.º 1.483.
- Camm AJ et al. Guías de práctica clínica para el manejo de la fibrilación auricular. 2.ª edición. Rev Esp Cardiol. 2010;63(12):1483. e1-e83.
- Mont Girbau, L. et al. Fibrilación Auricular: Guía para pacientes. (2009) Edita: Publicaciones Permanyer.
- Guía para fibrilación auricular. Información para el paciente. (2011) Edita: Heart Rhythm Society.
- Gil Núñez A. Avances en la prevención de la isquemia cerebral por fibrilación auricular. Neurología. 2010; 25: 401-8.
- Masia, R., et al. Investigadores del Estudio REGICOR. Prevalencia de fibrilación auricular en la provincia de Girona: el Estudio REGICOR. Rev Esp Cardiol. 2001;54:1240.
- Barrios, V., et al. Grupo de Atención Primaria de la Sección de Cardiología Clínica de la Sociedad Española de Cardiología. Pacientes con fibrilación auricular en Atención Primaria. Estudio Val-FAAP. Rev Esp Cardiol. 2012;65:47-53.
- Gómez-Doblas, J.J. et al. Prevalencia de fibrilación auricular en España. Resultados del estudio OFRECE. Rev Esp Cardiol. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.recresp.2013.07.015>
- García Pasto, A. y Díaz Otero, F. Ictus cardioembólico. Fuentes cardioembólicas mayores y menores. ¿Cuál debe ser su tratamiento antitrombótico en prevención primaria y secundaria? Anticoagulación
- Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI. A meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have non-valvular atrial fibrillation. Ann Intern Med. 2007;146:857-67.
- Vivir con fibrilación auricular (FA): infórmese e implíquese. Folleto informativo para pacientes con FA y sus cuidadores. (2011) Edita: AF-AWARE
- Mini guía del Programa de Paciente Experto Anticoagulado con FA. (2011) Edita: Federación Española de Asociaciones de Anticoagulados -FEASAN.
- García-Acuña, JM. et al. La fibrilación auricular permanente en las enfermedades cardiovasculares en España. Estudio CARDIOTENS 1999. Rev Esp Cardiol. 2002;55:943-52.

Tu asociación + cercana

ANDALUCÍA

ACAP | Asociación de Pacientes Cardíacos y Anticoagulados Portuenses
T. 956 872 155
T. 618 153 880
acap-puerto@hotmail.es
www.acap-puerto.es

ACPA | Asociación Cordobesa de Pacientes Anticoagulados
T. 957 002 047
T. 687 440 736
acpaanticoaguladoscordoba@gmail.com
www.anticoaguladoscordoba.es

ASPAYPVC | Asociación Sevillana de Pacientes Anticoagulados y Portadores de Válvulas Cardíacas
Teléfono: 649 832 283
T. 954 407 332
info@anticoaguladossevillanos.com
www.anticoaguladossevillanos.com

ARAGÓN

ASANAR | Asociación de Anticoagulados de Aragón
T. 956 226 660
asanar@asanar.es
www.asanar.es

CATALUÑA

AALL | Associació d'Anticoagulats de Lleida
T. 625 625 634
anticoagulats@gmail.com
http://www.lleidaparticipa.cat/
anticoagulats

COMUNIDAD DE MADRID

AEPOVAC | Asociación Española de Portadores de Válvulas Cardíacas y Anticoagulados
T. 685 148 601 - 607 441 031
aepovac@anticoagulados.es
www.anticoagulados.es

AMAC | Asociación Madrileña de Pacientes Anticoagulados y Cardiovasculares
T. 630 027 133
amac@anticoaguladosmadrid.es
www.anticoaguladosmadrid.es

COMUNIDAD VALENCIANA

AMCA | Associació de Malalts Cardíacs i Anticoagulats d'Ontinyent
T. 634 262 365
amcaontinyent@gmail.com

AVAC | Asociación Valenciana de Pacientes Anticoagulados y Portadores de Válvulas Cardíacas
T. 963 525 577
avac@anticoagulados.org
www.anticoagulados.org

GALICIA

APACAM | Asociación de Pacientes Cardíopatas y Anticoagulados de La Coruña
T. 981 278 173
apacam2004@yahoo.es

PAÍS VASCO

AVET | Asociación Vizcaína de enfermos de Trombosis
T. 944 236 497
avetsintrom@hotmail.com
www.avetonline.org

FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE ANTICOAGULADOS FEASAN

Dr. Gil y Morte 24. Pta. 7.
46007 Valencia
Teléfono / Fax: 963 525 577
Email: feasan@feasan.com

Con la colaboración de



Science For A Better Life

Con el auspicio de



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA



Sección de Electrofisiología y Arritmias

www.anticoagulados.info