



- Inicio
- Quiénes somos
- FACTORES DE RIESGO
 - Hipertensión arterial
 - Diabetes
 - Fibrilación auricular
 - Colesterol alto
 - Sedentarismo
 - Dieta inadecuada
 - Alcohol
 - Obesidad
 - Tabaquismo
 - Estrés y depresión
- RECURSOS
 - Vídeos
 - Blog
 - Podcast
 - Enlaces de utilidad
 - Lecturas adicionales
 - Publicaciones en los medios

- Noticias
-  Español
 -  English
 -  Português
 -  Русский
 -  Español
 -  Français
 -  Polski

- CONTACTO

DONATE

Fibrilación auricular



La fibrilación auricular (FA) se ha establecido como un factor de riesgo independiente de ictus. Es la arritmia cardíaca más frecuente y se caracteriza por un latido irregular y, con frecuencia, acelerado. La FA está estrechamente vinculada a la edad: afecta al 4 % de los individuos mayores de 60 años y al 8 % de las personas mayores de 80 años. Aproximadamente un 25 % de individuos de 40 años o más desarrollarán FA a lo largo de su vida. Según Burden of Stroke Report (informe sobre la carga del ictus), se espera que el número de pacientes con FA en Europa suba de 8,8 millones en 2010 a 17,9 millones en 2060.

Durante la FA, las dos cámaras superiores del corazón (aurículas) laten irregularmente y no están coordinadas con el latido de las dos cámaras inferiores del corazón (ventrículos). Esto puede llevar a la formación de coágulos de sangre

en el corazón que pueden viajar a los vasos sanguíneos del cerebro y provocar una obstrucción del flujo sanguíneo y un ictus. En torno al 20-30 % de todos los ictus se deben a la FA. El riesgo de ictus en la FA aumenta con la edad, el sexo femenino, la hipertensión arterial, la diabetes, un fallo cardíaco, las enfermedades coronarias, las enfermedades vasculares periféricas, las valvulopatías y un historial previo de ataque isquémico transitorio e ictus.

La FA está asociada a un incremento de morbilidad y mortalidad (riesgo de muerte de 1,5 a 1,9 veces mayor) debido a la estrecha vinculación que existe entre la FA y los eventos tromboembólicos, en especial el ictus.

La FA se diagnostica con un electrocardiograma (ECG), que muestra el ritmo cardíaco y su frecuencia. Es importante saber que algunas personas con FA no notan ningún síntoma ni son conscientes de su condición hasta que se descubre durante un examen físico. Otras personas pueden tener los siguientes síntomas: palpitaciones del corazón, respiración entrecortada, dolor de pecho, fatiga, debilidad general, mareos y confusión.

Existen cuatro tipos de FA:

- FA paroxística, que aparece ocasionalmente, dura entre varios minutos y horas, y desaparece en siete días; no requiere tratamiento farmacológico.
- FA persistente, que dura más de siete días, y cuya desaparición no es espontánea y requiere tratamiento farmacológico o intervención eléctrica.
- FA persistente de larga duración, que dura más de 12 meses, ya sea porque la cardioversión ha fallado o porque no se ha intentado.
- FA permanente, lo que significa que el ritmo cardíaco está alterado de forma permanente y requiere tratamiento farmacológico a largo plazo.

En el 10-15 % de los casos de FA, la enfermedad se presenta sin que haya ninguna otra comorbilidad. Sin embargo, la FA suele estar asociada a otras enfermedades cardiovasculares como hipertensión arterial, infarto de miocardio, enfermedad coronaria, válvulas cardíacas anómalas, funcionamiento anómalo del marcapasos natural del corazón y cirugía cardíaca previa. Otros factores de riesgo son: alteraciones metabólicas, disfunción de la glándula tiroidea, diabetes, insuficiencia renal, tabaquismo, alcoholismo, ingesta excesiva de cafeína, ciertos medicamentos, enfermedades pulmonares (neumonía), cirrosis, apnea del sueño y estrés. Una edad avanzada, la obesidad y un historial familiar pueden incrementar el riesgo de desarrollar FA.

El tratamiento de la FA incluye medicamentos para controlar el ritmo y otras intervenciones para intentar modificar el sistema eléctrico del corazón. El riesgo de ictus derivado de una FA que dura más de 24 horas es motivo de gran preocupación y suele abordarse prescribiendo un anticoagulante (warfarina, dabigatran, apixaban o edoxaban). Los anticoagulantes o diluyentes de la sangre pueden reducir enormemente el riesgo de ictus provocado por coágulos de sangre. Los nuevos anticoagulantes orales (NACO) (apixaban, dabigatran, edoxaban y rivaroxaban) son preferibles a los antagonistas de la vitamina K (warfarina, sintrom); sin embargo, no se recomiendan en pacientes con válvulas cardíacas mecánicas o estenosis mitral moderada o grave. La aspirina ya no se recomienda para el tratamiento de la FA.

La prevención de la FA pasa por una conducta de vida saludable que incluya una dieta sana, actividad física (al menos 30 minutos/día), un peso corporal adecuado, no fumar, reducir el consumo de cafeína y alcohol, y evitar el estrés.

Referencias:

1. [Guideline] January CT, Wann LS, Alpert JS, et al, for the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *J Am Coll Cardiol*. 2014 Dec 2. 64 (21):e1-76
2. Ferrari R, Bertini M, Blomstrom-Lundqvist C, et al. An update on atrial fibrillation in 2014: from pathophysiology to treatment. *Int J Cardiol*. 2016 Jan 15. 203:22-9.
3. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al, for the Writing Group Members, American Heart Association Statistics Committee., et al. Executive summary: heart disease and stroke statistics-2016 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2016 Jan 26. 133 (4):447-54.
4. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016. 2016 ESC guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *European Heart Journal* 37(38):2893-962
5. Lloyd-Jones DM, Wang TJ, Leip EP, et al. Lifetime risk for development of atrial fibrillation: the Framingham Heart Study. *Circulation*. 2004 Aug 31. 110 (9):1042-6.

6. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. Stroke. 1991 Aug. 22 (8):983-8.
7. www.safestroke.eu

Desarrollado por



SAFE se reserva el pleno control sobre el contenido de este sitio web.

Con el apoyo de una beca formativa de



Enlaces

- [Condiciones de uso](#)
- [Política de privacidad](#)
- [Política de cookies](#)
- [Contacto](#)

- [Facebook](#)
- [X](#)
- [RSS](#)