

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

GUÍA SOBRE LA FIBRILACIÓN AURICULAR



- Fibrilación auricular (FA)
- Control de la frecuencia y del ritmo
- Prevención de Accidente Cerebrovascular (ACV)/ Trombosis/Infarto cerebral/ICTUS

Un recurso integral de la Heart Rhythm SocietySM

Esta información no pretende abarcar todos los aspectos de ninguna afección médica. Es general y no está diseñada como un consejo médico específico. Quienes tengan preguntas o necesiten más información deben consultar a su médico.

HEART RHYTHM SOCIETY es una marca registrada de la Heart Rhythm Society. Todos los derechos son reservados.

Copyright © 2014 Heart Rhythm Society.

Respaldado parcialmente por Janssen Pharmaceuticals, Inc.

ÍNDICE

FIBRILACIÓN AURICULAR	2
¿Qué es la fibrilación auricular (FA)?	2
El sistema eléctrico de su corazón y la FA	2
Tres tipos de fibrilación auricular	4
Síntomas de fibrilación auricular	4
¿Cómo se diagnostica la fibrilación auricular?	4
Factores de riesgo de fibrilación auricular	6
Complicaciones de la fibrilación auricular	7
¿En qué difiere la FA del aleteo auricular?	8
OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO	9
Control de la frecuencia	10
Control del ritmo	10
Reducción del riesgo de trombosis/infarto cerebral	13
Otros tratamientos y modificación del estilo de vida	15
QUÉ PREGUNTARLE A SU MÉDICO	16



¿QUÉ ES LA FIBRILACIÓN AURICULAR?

El corazón tiene cuatro cámaras, que suelen latir a un ritmo sincrónico y constante. El ritmo cardíaco anormal, o arritmia, ocurre cuando el corazón no late con un patrón constante o rítmico. La fibrilación auricular (FA) es un tipo de arritmia. La FA ocurre cuando las cámaras superiores del corazón (las aurículas) fibrilan, o "tiemblan", lo que provoca un ritmo cardíaco acelerado e irregular. El ritmo cardíaco normal en una persona adulta está entre 60 y 100 latidos por minuto. Cuando el corazón se encuentra en FA, las aurículas pueden latir a una frecuencia de más de 300 veces por minuto.

La FA en sí misma no es peligrosa; no obstante, si no se trata, sus efectos secundarios podrían poner en riesgo la vida. Cuando las aurículas fibrilan, el flujo de sangre hacia las cámaras inferiores del corazón (los ventrículos) se enlentece, y eso aumenta el riesgo de formación de un coágulo de sangre. Si se desprendiera un coágulo de sangre, este podría llegar al cerebro y provocar un infarto o trombosis cerebral. Sin tratamiento, la FA también puede hacer que los ventrículos latan demasiado rápido. Con el tiempo, esto puede debilitar el músculo cardíaco y llevar a una insuficiencia cardíaca.

La FA es el tipo más común de arritmia. En los Estados Unidos hay aproximadamente 2,3 millones de personas que padecen FA, y se diagnostican 160.000 casos nuevos por año. Alrededor de 9 de cada 100 personas mayores de 65 años de edad tiene FA. Si bien suele ocurrir en personas mayores de 60 años, las personas más jóvenes también pueden padecer FA.

El sistema eléctrico de su corazón y la FA

El sistema eléctrico del corazón es la fuente de energía que hace latir al corazón. Los impulsos eléctricos recorren una vía en el corazón y hacen que las aurículas y los ventrículos funcionen juntos para bombear la sangre a través del corazón.

Un latido cardíaco normal comienza con un impulso eléctrico en el nódulo sinoauricular (SA), una pequeña estructura tisular ubicada en la aurícula derecha. El impulso envía un pulso eléctrico que hace que la aurícula

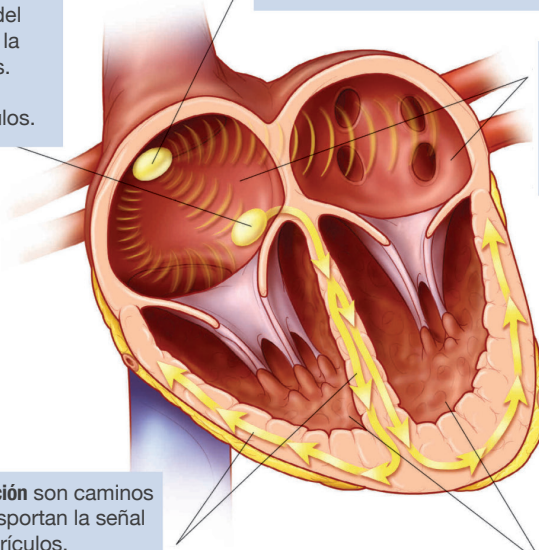
El nódulo AV recibe la señal del nódulo SA después de que la señal atraviesa las aurículas. El nódulo AV guía entonces a la señal hasta los ventrículos.

El nódulo SA (sinoauricular o sinusal) es el marcapasos natural del corazón. Comienza cada latido enviando una señal eléctrica que indica a las aurículas que deben contraerse.

Las aurículas son las cámaras superiores por donde entra sangre al corazón. Cuando las aurículas se contraen, se envía sangre a los ventrículos.

Los haces de conducción son caminos de células que transportan la señal a través de los ventrículos. A medida que se mueve la señal por los ventrículos, se contraen.

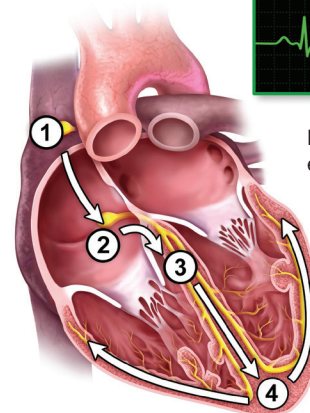
Los ventrículos son las cámaras inferiores del corazón. Cuando se contraen, la sangre se bombea fuera del corazón hacia el resto del cuerpo.



se contraiga (se apriete) y que pase sangre hacia los ventrículos. La corriente eléctrica luego pasa a través de una pequeña estructura de tejidos llamada nódulo auriculoventricular (AV), el puente eléctrico entre las cámaras superiores e inferiores del corazón, que hace que los ventrículos se aprieten (se contraigan) y se aflojen a un ritmo constante. A medida que las cámaras se relajan y se contraen, atraen sangre al corazón y la empujan hacia afuera, hacia el resto del cuerpo. Esto es lo que causa el pulso que sentimos en la muñeca o en el cuello.

La FA ocurre cuando las aurículas comienzan a fibrilar, o "temblar", rápidamente. En vez de un impulso eléctrico que se mueve a través del corazón, comienzan muchos impulsos en las aurículas y luchan por atravesar el nódulo AV hacia las cámaras inferiores "ventrículos". Hay varios factores que permiten que ocurra y continúe este ritmo eléctrico anormal. Algunas afecciones médicas, como la presión arterial alta (hipertensión) mal tratada, la enfermedad coronaria y la enfermedad de las válvulas cardíacas, pueden cambiar las propiedades eléctricas dentro del corazón, haciendo más probable que ocurra una FA. Muchas de estas afecciones se tornan más comunes a medida que la gente envejece. A medida que la vía eléctrica cambia, podrían desarrollarse uno o más "disparadores". Los disparadores son circuitos eléctricos que envían impulsos adicionales a un ritmo más rápido que el habitual. Estos impulsos adicionales obligan a las aurículas a fibrilar, o "temblar", de manera rápida y desorganizada.

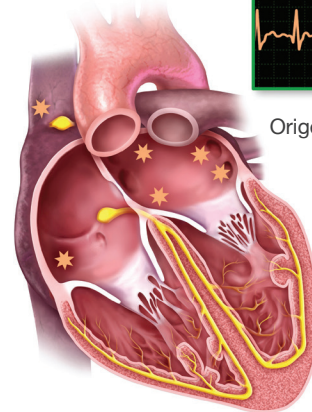
ECG normal



Flujo de señales eléctricas en un latido cardíaco normal

© medmovie.com

ECG de fibrilación auricular



Origen de la arritmia = *

© medmovie.com

Tres tipos de fibrilación auricular

Paroxística – La FA paroxística es una FA que va y viene por sí sola. La FA puede durar segundos, minutos, horas o incluso varios días antes que el corazón regrese a su ritmo normal. Las personas con este tipo de FA posiblemente tengan más síntomas que las demás. A medida que el corazón entra y sale de una FA, el pulso podría cambiar de lento a rápido y a lento nuevamente en períodos de tiempo cortos.

Persistente – La FA persistente ocurre cuando la FA no se detiene por sí sola y dura más de 7 días. Se necesitan medicamentos o un tipo especial de choque eléctrico (llamado cardioversión) para ayudar al corazón a volver a su ritmo normal. Si no se administra un tratamiento, el corazón permanecerá en FA. Si la FA persistente dura más de 1 año, este tipo de FA se llamará FA persistente de larga duración.

Permanente – La FA permanente ocurre cuando no es posible restituir el ritmo cardíaco normal. Los medicamentos, los procedimientos y los choques eléctricos controlados no ayudan a regresar al corazón a un ritmo normal.

Síntomas de fibrilación auricular

Los síntomas de FA son diferentes para cada persona. Algunas personas con FA se dan cuenta apenas comienza la FA. Otras no tienen ningún síntoma. Ni siquiera saben que tienen FA. Esto se debe a que los síntomas dependen de la frecuencia de los latidos durante la FA, de la causa de la FA (otros problemas cardíacos, enfermedades, etc.) y de cuánto afecta la FA el bombeo del corazón. Entre los síntomas de FA se incluyen:

- Sensación de cansancio excesivo o falta de energía (lo más común)
- Pulso más rápido de lo normal o que cambia entre rápido y lento y se siente desorganizado
- Falta de aliento
- Palpitaciones cardíacas (sensación de que el corazón está acelerado, martilleando o aleteando)
- Problemas con el ejercicio o las actividades de todos los días
- Dolor, presión, opresión o molestias en el pecho
- Mareos o aturdimiento
- Desmayos
- Idas al baño más frecuentes (aumento en las ganas de orinar)

¿Cómo se diagnostica la fibrilación auricular?

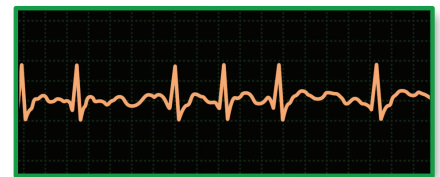
Hay varias pruebas que se realizan cuando alguien tiene un latido cardíaco rápido o irregular. Su médico podría indicar estas pruebas si está teniendo signos o síntomas de un problema cardíaco. Los síntomas incluyen palpitaciones cardíacas (sensación de que el corazón está acelerado, martilleando o aleteando), falta de aliento o mareos. Luego de un examen físico, es posible que su médico ordene uno o más de los siguientes análisis:

Electrocardiograma (ECG) – Un ECG es una foto instantánea de la actividad eléctrica de su corazón. Suele realizarse en el consultorio de un médico. Se pegan autoadhesivos (electrodos) sobre el pecho, los brazos y las piernas. Estos electrodos miden la frecuencia y el ritmo de su corazón. El ECG se usa habitualmente para diagnosticar la FA.

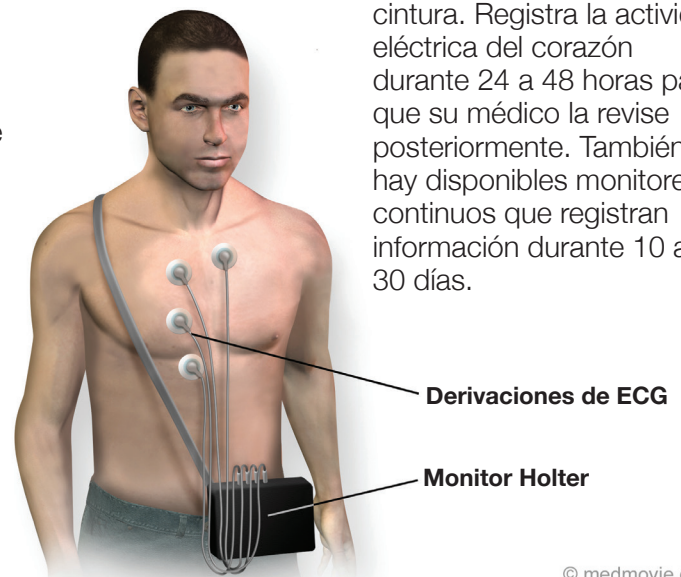
ECG normal



Fibrilación auricular ECG



Monitor Holter – El monitor Holter es un ECG portátil. Suele utilizarse durante 24 horas, pero se puede usar por varios días. Se colocan autoadhesivos (electrodos) sobre el pecho que luego se conectan a una máquina de registros pequeña que suele usarse alrededor de la cintura. Registra la actividad eléctrica del corazón durante 24 a 48 horas para que su médico la revise posteriormente. También hay disponibles monitores continuos que registran información durante 10 a 30 días.



Derivaciones de ECG

Monitor Holter

© medmovie.com

Monitor cardíaco móvil – Un monitor de eventos continuo, similar a un monitor Holter pero que se usa durante 30 días. Monitoriza sus latidos cardíacos cuando son normales, y hará un registro cuando detecte un ritmo anormal (arritmia). Los resultados se envían automáticamente a su médico. Su médico usa esta información para evaluar sus síntomas y determinar qué es lo que causa la arritmia. Este tipo de monitor es útil para el diagnóstico de FA en pacientes "asintomáticos" (personas que no tienen síntomas comunes) o en pacientes que solo padecen FA ocasionalmente.

Monitor de eventos intermitentes – Un monitor de eventos intermitentes es un ECG portátil que se usa en pacientes que tienen ritmo cardíaco irregular que ocurre muy de vez en cuando. Llevará consigo el monitor en todo momento y se lo colocará sobre el pecho cuando sienta síntomas. Esto le permite a su médico registrar su ritmo cardíaco en el momento en que tenga síntomas. El registro puede entonces transmitirse por teléfono para que lo revisen.

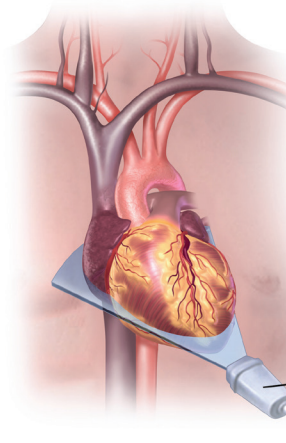
Registrador de eventos implantable – Los registradores de eventos implantables (ILR, por sus siglas en inglés) son dispositivos pequeños que registran constantemente la frecuencia y el ritmo del corazón. Los IRL más nuevos pueden ser tan pequeños como un fósforo. Se implantan debajo de la piel, en la zona del pecho. El IRL transmite información sobre su frecuencia y ritmo cardíaco a una unidad receptora independiente pequeña que se puede colocar sobre una mesa. Los datos se transmiten a un centro de monitoreo que comparte la información con su médico. Los IRL suelen usarse en pacientes que tienen ritmo cardíaco irregular muy de vez en cuando. La batería que se usa en el ILR generalmente dura tres años.

Otras pruebas

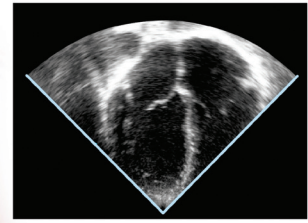
Es posible que su médico le ordene otras pruebas de imagenología. Estas no se usan para diagnosticar la FA. En cambio, pueden ayudar a su médico a elegir el plan de tratamiento adecuado para usted.

Ecocardiograma – Un ecocardiograma usa ondas de sonido para producir imágenes del corazón. Esta prueba permite a su médico ver cómo están funcionando las cámaras del corazón. Hay dos tipos de ecocardiograma:

- **Ecocardiograma transtorácico (ETT)** – Este es el ecocardiograma estándar que proporciona a su médico una imagen del corazón latiendo. No



Ecocardiograma



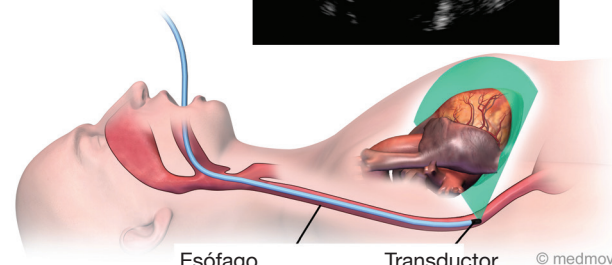
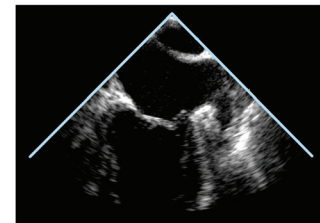
Un ecocardiograma usa ondas de sonido para crear imágenes del corazón en movimiento

Transductor

© medmovie.com

es invasivo, lo que significa que no implica cortes y que no entra nada en su cuerpo. Un técnico le esparce un gel especial sobre el pecho y luego mueve un dispositivo, llamado transductor, por encima del pecho. El transductor recoge las ondas de sonido que rebotan en las paredes y válvulas del corazón. Luego, una computadora crea una imagen de video de su corazón. Este video puede mostrar el tamaño del corazón, lo bien que está funcionando, si funcionan las válvulas cardíacas y si hay coágulos de sangre en el corazón.

Ecocardiograma transesofágico



Esófago

Transductor

© medmovie.com

- **Ecocardiograma transesofágico (ETE)** – Un ecocardiograma transesofágico, o ETE, se hace cuando el médico necesita una buena imagen de la parte trasera del corazón. Se introduce por la boca una sonda, llamada transductor, y se pasa por el esófago (el tubo que conecta la boca con el estómago). La colocación del transductor en el esófago permite obtener una mejor imagen de las aurículas. (El esófago pasa justo por detrás del corazón.) Este procedimiento puede ser incómodo, por lo que le administrarán una pequeña dosis

de sedación a través de una vía intravenosa, para dejarlo adormilado. Se usa un aerosol tópico para adormecer la parte trasera de la garganta y así poder pasar el transductor hacia el esófago causando molestias mínimas. Una vez que el transductor está colocado, funciona de la misma forma que se describió anteriormente (ETT). Como esta prueba logra una mejor imagen de las aurículas, suele usarse para descartar la presencia de un coágulo de sangre en el corazón.

Tomografía computarizada (TC) cardíaca – La tomografía computarizada cardíaca, o TC cardíaca, utiliza una máquina de rayos X y una computadora para tomar fotos claras y detalladas del corazón. Durante un estudio de TC cardíaca, deberá acostarse en una camilla. Una máquina de rayos X se moverá alrededor de su cuerpo. La máquina tomará fotos del corazón y del pecho. Una computadora armará con las fotos una imagen tridimensional (3D) del corazón y del pecho.

Resonancia magnética (RM) – Una RM cardíaca usa ondas de radio, imanes y una computadora para crear imágenes del corazón. Durante una RM cardíaca, deberá acostarse en una camilla dentro de una máquina similar a un tubo largo. La RM cardíaca crea imágenes detalladas de su corazón y también puede tomar videos del corazón latiendo. Los médicos usan la RM cardíaca para ver el corazón latiendo, las partes del corazón y cómo está funcionando el corazón.

Factores de riesgo de fibrilación auricular

Algunas personas que tienen un estilo de vida saludable y no tienen ningún otro problema médico desarrollan FA. No obstante, hay causas y factores de riesgo comunes para la FA. Entre ellos se incluyen:

- Tener más de 60 años de edad
- Problemas cardíacos
 - Presión arterial alta (hipertensión)
 - Enfermedad de las arterias coronarias
 - Antecedentes de infartos cardíacos
 - Insuficiencia cardíaca congestiva
 - Cardiopatía estructural (problemas en las válvulas o defectos congénitos)
 - Antecedentes de cirugía a corazón abierto
 - Aleteo auricular sin tratar (otro tipo de ritmo cardíaco anormal)

- Diabetes
- Enfermedad tiroidea
- Enfermedad pulmonar crónica
- Apnea del sueño
- Consumo excesivo de alcohol o estimulantes
- Infección o enfermedad grave
- Coágulos de sangre en el pulmón

Complicaciones de la fibrilación auricular

La FA no suele ser mortal. No obstante, puede tener complicaciones graves entre las que se incluyen la insuficiencia cardíaca y la trombosis cerebral. Por consiguiente, la FA debe tratarse así tenga o no algún síntoma. Para ayudar a prevenir estas complicaciones, el tratamiento de la FA incluye medicamentos para evitar que el pulso se acelere demasiado o para mantener normal el ritmo cardíaco. Además, algunos pacientes deben tomar un medicamento (anticoagulante) para evitar la formación de coágulos de sangre.

Cardiomiopatía (músculo cardíaco agrandado)

La FA puede causar la aceleración del pulso durante períodos prolongados. Esto hace que los ventrículos latan demasiado rápido. Cuando los ventrículos laten demasiado rápido durante períodos prolongados, el músculo cardíaco primero se agranda y luego se debilita. Esta afección se llama cardiomiopatía. La cardiomiopatía puede conducir a una insuficiencia cardíaca y provocar discapacidad a largo plazo. Debido a la posibilidad de debilitación del músculo cardíaco, es importante asegurarse de que el ritmo de los latidos durante la FA no sea demasiado rápido.

Accidente Cerebrovascular (ACV)/Trombosis/Infarto Cerebral/ICTUS

El riesgo más común entre las personas con FA es la formación de coágulos de sangre en el corazón. En los EE. UU., una de cada 4 trombosis cerebrales se debe a FA. Las personas con FA tienen un riesgo de padecer trombosis cerebrales 5 veces mayor al de las personas que no la padecen. Cuando las aurículas fibrilan, el flujo de sangre hacia los ventrículos se enlentece. Como la sangre no está bombeando de manera eficaz, existe la posibilidad de que la sangre que se encuentra en las aurículas se acumule y se formen coágulos. Si el coágulo sale del corazón durante el bombeo, podría llegar al cerebro y provocar una trombosis. Una trombosis cerebral causada por FA suele ser más grave e incapacitante que una trombosis debida a otras causas. Además, las trombosis causadas por FA tienen un índice de mortalidad dos veces mayor que las trombosis no causadas por FA. Debido a esto, la prevención de las trombosis cerebrales es un objetivo primario del tratamiento en casos de FA.

Medición del riesgo de apoplejía: Herramienta de medición de riesgo CHA₂DS₂-VASc

Su riesgo de trombosis cerebral depende de su edad y si tiene o no otros factores de riesgo para trombosis cerebral tales como cardiopatías, presión arterial alta (hipertensión), diabetes o enfermedad vascular, entre otros. La herramienta de medición de riesgo de trombosis CHA₂DS₂-VAsC ayuda a los médicos a medir rápidamente su riesgo de trombosis cerebral. Se asignan puntos por cada factor de riesgo de trombosis importante. Al sumar los puntos, su médico puede determinar su riesgo de trombosis. El puntaje total más alto implica un mayor riesgo de trombosis cerebral.

Criterios de riesgo CHA ₂ DS ₂ -VAsC	Puntos
Insuficiencia cardíaca congestiva	1
Hipertensión (presión arterial alta)	1
Edad > 75 años	2
Diabetes mellitus	1
Trombosis/infarto cerebral o mini trombosis/infarto cerebral ("accidente isquémico transitorio") anterior	2
Enfermedad vascular periférica o enfermedad coronaria	1
Edad 65 - 74 años	1
Categoría de sexo (es decir, sexo femenino)	1

Prevención de Trombosis/Infarto cerebral/ACV

Si tiene usted un riesgo aumentado de ACV, es probable que su médico le pida que tome medicamentos anticoagulantes que "adelgazan" la sangre. Estos medicamentos hacen que sea más difícil que su sangre coagule "adelgazan la sangre". Entre los medicamentos anticoagulantes se incluyen la warfarina (Coumadin®), el dabigatrán (Pradaxa®), el apixabán (Eliquis®) y el rivaroxabán (Xarelto®). Si tiene bajo riesgo de sufrir una trombosis cerebral o no puede tomar anticoagulantes, es posible que el médico le recomiende tomar aspirina para evitar la formación de coágulos. La aspirina no ofrece la misma protección contra trombosis cerebral que los anticoagulantes.

Los anticoagulantes son muy buenos en la prevención de trombosis cerebral. No obstante, estos medicamentos aumentan el riesgo de sangrado excesivo. Su médico deberá ponderar minuciosamente los riesgos y beneficios de los anticoagulantes en su caso. El médico

deberá decidir si el riesgo de sufrir una trombosis cerebral por la FA es más alto que el riesgo de padecer un sangrado importante a causa de los medicamentos anticoagulantes. Para muchos pacientes, el riesgo de sangrado es mínimo en comparación con el riesgo de una trombosis cerebral. En otras palabras, muchas personas con FA deberían tomar un anticoagulante.

Los anticoagulantes no funcionan de la misma manera en todas las personas. Son muchos los factores, entre los que se incluyen otros medicamentos que tome y su dieta, que pueden afectar el funcionamiento adecuado en su caso. Al igual que con cualquier tratamiento médico, existen riesgos y efectos secundarios. Debe hablar con su médico sobre los beneficios y riesgos de los distintos medicamentos anticoagulantes.

Medición del riesgo de sangrado

Existen varias herramientas para estimar el riesgo de sangrado que ayudan a los médicos a medir su riesgo de sangrado. Al igual que ocurre con las herramientas de medición de riesgo de trombosis cerebral, cada factor de riesgo de sangrado recibe un punto. Al sumar los puntos, su médico puede estimar su riesgo de sangrado. Un puntaje total más alto implica un riesgo mayor de sangrado.

Es frecuente que las personas que tienen un alto riesgo de trombosis tengan también un alto riesgo de sangrado. Si este fuera el caso, debe hablar con su médico respecto a sus preferencias y prioridades. Para muchos pacientes con FA, la prioridad principal es evitar una trombosis cerebral incapacitante.

Síntomas de trombosis/infarto cerebral y respuesta

Si usted o alguien a quien conoce padece alguno de los siguientes síntomas de trombosis/infarto cerebral, llame de inmediato al 911 (o al número de emergencias médicas en su país):

- **Adormecimiento** o debilidad repentinos del rostro, un brazo o una pierna, en especial de un lado del cuerpo
- **Confusión**, problemas repentinos para hablar o entender
- **Problemas** repentinos para ver con uno o ambos ojos
- **Problemas** repentinos para caminar, mareos, pérdida de equilibrio o de coordinación
- **Dolor** de cabeza fuerte repentino sin causa aparente

Use esta prueba sencilla como ayuda para identificar síntomas y responder de la manera indicada.

ACTÚE RÁPIDO: "F.A.S.T."

Frente a frente	Póngase frente a la persona y pídale que sonría. ¿Un lado de la cara queda caído?
Arriba los brazos	Pida a la persona que levante ambos brazos. ¿Uno de los brazos se cae lentamente?
Sigue hablando	Pida a la persona que repita una frase sencilla. ¿Arrastra las palabras? ¿Puede repetir la frase correctamente?
Tiempo	Si la persona exhibe alguno de estos síntomas, el tiempo es importante. Llame al 911 o vaya rápidamente al hospital. Las neuronas están muriendo.

Registre la hora en la que sufrió el primer síntoma. Esta información es importante para su proveedor de atención médica y puede afectar las decisiones de tratamiento.

Preguntas sobre riesgo de trombosis/infarto cerebral para su médico

Si le diagnosticaron FA, es importante que hable con su médico sobre cómo reducir su riesgo de trombosis/infarto cerebral. Aquí ofrecemos algunas sugerencias:

- Sobre la base de mi historia clínica y cualquier otro problema médico, ¿cuál es mi nivel de riesgo de sufrir una trombosis/infarto cerebral?
- ¿Cómo puedo controlar mejor mi FA y los demás factores de riesgo de trombosis/infarto cerebral?
- ¿Debo tomar algún medicamento anticoagulante?
- ¿Alguno de los medicamentos que tomo actualmente puede interactuar de manera negativa con mi tratamiento para la FA?
- ¿Qué más puedo hacer para reducir aún más mi riesgo de trombosis/infarto cerebral?
- ¿Todos los hospitales brindan tratamiento para la trombosis/infarto cerebral?

¿En qué difiere la FA del aleteo auricular?

El aleteo auricular (AA) es la segunda arritmia cardíaca más frecuentemente diagnosticada, luego de la FA. Tanto la AA como la FA hacen que el corazón lata demasiado rápido. En el caso de la AA, las señales eléctricas del corazón viajan por la aurícula en un movimiento circular organizado. Por consiguiente, cuando hay AA, el corazón late con un patrón regular, lo que constituye la principal diferencia entre la AA y la FA.

La AA tiene los mismos factores de riesgo que la FA, como la presión arterial alta no controlada, la enfermedad coronaria y la diabetes. Los síntomas de la AA también son muy similares a los de la FA, excepto que el pulso acelerado tiene un ritmo constante. Al igual que en la FA, es posible que las personas con AA no tengan ningún síntoma. Los pacientes con AA se enfrentan a las mismas complicaciones que los que padecen FA: cardiomiopatía (músculo cardíaco agrandado), que puede conducir a una insuficiencia cardíaca, y trombosis/infarto cerebral.

La AA se diagnostica mediante un electrocardiograma (ECG), que toma una foto instantánea de la actividad eléctrica de su corazón. La AA genera un patrón muy característico de "dientes de serrucho" en un ECG. Los tipos de monitores de ECG se comentaron en la página 5.

La AA y la FA tienen los mismos objetivos de tratamiento y tratamientos similares. Si le diagnosticaron AA, consulte las secciones "Objetivos de tratamiento" y "Estrategias de tratamiento" a continuación. Puede que haya pequeñas diferencias entre determinados tipos de medicamentos o procedimientos para la AA y la FA. Si padece AA, pregunte a su médico cuáles son los tratamientos correctos para usted.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

Existen varias opciones de tratamiento para la FA. Su médico y usted decidirán un plan de tratamiento basándose en varios factores. Estos factores incluyen sus síntomas, el tipo de FA (como paroxística o persistente) y la causa de su FA.

Los objetivos del tratamiento de la FA son:

- Evitar la formación de coágulos de sangre (prevención de apoplejías)
- Controlar el ritmo cardíaco
- Regresar los latidos cardíacos a un ritmo normal, si fuera posible
- Tratar la o las causas del ritmo anormal y todas las complicaciones
- Reducir los factores de riesgo que pudieran empeorar la FA o el AA

Medicamentos

Los medicamentos son una parte fundamental del tratamiento de la FA. Si padece FA, probablemente deba tomar uno o más medicamentos por el resto de su vida, como por ejemplo:

- Medicamentos para el control de la frecuencia: medicamentos que enlentecen el ritmo cardíaco acelerado y previenen el debilitamiento del músculo cardíaco
- Medicamentos para el control del ritmo (fármacos antiarrítmicos): medicamentos que ayudan a mantener el ritmo cardíaco normal
- Anticoagulantes: medicamentos que ayudan a prevenir la formación de coágulos de sangre y reducen el riesgo de una trombosis/infarto cerebral

Todo el mundo reacciona de manera diferente a los medicamentos. Es posible que deba probar más de un medicamento antes de encontrar el que funcione mejor en su caso y tenga la menor cantidad de efectos secundarios.

Estrategias de tratamiento — Cuando el corazón está en FA, late con un patrón irregular y es posible que lata rápido. Hay dos formas de intentar controlar o manejar la FA. Un método, el control de la frecuencia, se usa para controlar el latido cardíaco acelerado. Con esta estrategia, seguirá teniendo FA. Su médico intentará enlentecer la frecuencia cardíaca hasta un



rango normal usando medicamentos para controlar la frecuencia. El otro método, el control del ritmo, se usa para manejar el patrón irregular de su latido cardíaco en la FA volviendo el corazón a un ritmo normal.

Estrategia de control de la frecuencia en el tratamiento de la FA

El control de la frecuencia es una estrategia de tratamiento que tal vez emplee su médico para enlentecer su frecuencia cardíaca y su pulso hasta alcanzar un rango normal. Esto significa que si bien seguirá teniendo un latido cardíaco irregular, su corazón no debería latir a un ritmo superior al normal. A fin de controlar su frecuencia cardíaca, su médico empleará medicamentos o un procedimiento de ablación (cauterización) del nódulo AV.

Medicamentos

Los medicamentos de control de frecuencia enlentecen las señales eléctricas que pasan a través del nódulo AV, el puente eléctrico entre las cámaras superiores e inferiores del corazón. Estos medicamentos se conocen como "bloqueadores del nódulo AV" porque reducen la cantidad de señales que pasan a través del nódulo AV. Es decir, bloquean los múltiples impulsos eléctricos causados por la FA, lo que a su vez enlentece el ritmo en el cual bombean los ventrículos o cámaras inferiores del corazón.

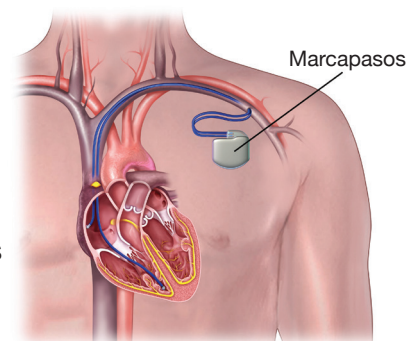
Hay varios tipos de bloqueadores del nódulo AV que funcionan de distintas maneras. Usted y su médico decidirán cuáles medicamentos constituyen la mejor opción de tratamiento en su caso. Es posible que deba probar más de un medicamento antes de encontrar el que funciona mejor en su caso y cause la menor cantidad de efectos secundarios. En algunos casos, dependiendo de la persona, el tipo de FA o la causa de la FA, estos medicamentos no funcionan adecuadamente en el paciente. Si esto ocurriera, es posible que su médico recomiende un procedimiento de ablación del nódulo AV o cambie su estrategia de tratamiento de control de la frecuencia a control del ritmo.

Ablación del nódulo AV

También se puede utilizar un procedimiento llamado ablación del nódulo AV para enlentecer su pulso y ayudar a su corazón a latir a una frecuencia normal. La ablación del nódulo AV es un procedimiento no quirúrgico que se realiza en el laboratorio de electrofisiología de un hospital. El procedimiento lo realiza un equipo de enfermeros y técnicos altamente capacitados que trabajan junto con un electrofisiólogo, un médico que se especializa en tratar afecciones del ritmo cardíaco. El procedimiento utiliza

catéteres (cables finos y flexibles) que se introducen en una vena de la ingle y se guían por medio de rayos X hasta llegar al corazón. Un electrodo en la punta del catéter emite ondas de radio que generan calor. Este calor cauteriza, o ablaiona, el nódulo AV para que no se transmita ninguna señal de las aurículas a los ventrículos.

Como las cámaras inferiores del corazón ya no reciben señales eléctricas, no reciben las "órdenes" de contraerse, que es como se bombea la sangre desde el corazón hacia el resto del cuerpo. Debido a esto, será preciso implantarle un marcapasos eléctrico permanente antes de la ablación del nódulo AV. Un marcapasos es un dispositivo que envía impulsos eléctricos a los ventrículos para mantenerlos latiendo. La combinación de la ablación del nódulo AV con el implante del marcapasos funciona muy bien para controlar el pulso sin necesidad de medicamentos para el ritmo cardíaco. No obstante, seguirá teniendo FA y deberá continuar tomando un anticoagulante. Es importante saber que ahora dependerá del marcapasos para que su corazón siga latiendo. Debe hablar con su médico respecto a los riesgos y beneficios de una ablación del nódulo AV.



© medmovie.com

Estrategia de control del ritmo en el tratamiento de la FA

El control del ritmo es otra estrategia que podría emplear su médico para tratar la FA. A diferencia de la estrategia de control de la frecuencia, una estrategia de control del ritmo se concentra en el patrón de los latidos del corazón. El objetivo es que su corazón vuelva y mantenga un ritmo normal. Se pueden usar medicamentos o un procedimiento de ablación para controlar su ritmo cardíaco. El control del ritmo supone varios beneficios. Entre estos beneficios se incluyen:

- Una frecuencia cardíaca más normal
- Aurículas y ventrículos que funcionan sincrónicamente
- Flujo de sangre adecuado desde las aurículas hacia los ventrículos
- Menos molestias o síntomas debido a latidos irregulares



Medicamentos

Hay varios tipos de medicamentos para controlar el ritmo, que a veces se llaman fármacos antiarrítmicos. Cada tipo funciona de manera diferente en la reducción de la FA, disminuyendo o eliminando la actividad irregular en las cámaras superiores del corazón (las aurículas). Como cada paciente es diferente, usted y su médico decidirán cuáles medicamentos constituyen la mejor opción de tratamiento en su caso.

Si bien los antiarrítmicos se usan para controlar el ritmo del corazón, tal vez su médico también quiera que usted tome un medicamento que bloquee al nódulo AV (comentado en la sección "Estrategia de control de la frecuencia en el tratamiento de la FA") para enlentecer además su pulso.

Es posible que deba probar varios medicamentos antes de encontrar el que funciona mejor en su caso. Una vez que encuentra un fármaco que funciona, es probable que tenga FA con menos frecuencia, que sea leve y que note una disminución de los síntomas. No obstante, es probable que padezca FA de vez en cuando.

Cardioversión

Si entra en FA, puede que su médico sugiera la cardioversión como opción de tratamiento. La cardioversión es un procedimiento en el que se aplica una corriente eléctrica, o choque, al músculo cardíaco, para restituir el ritmo normal. Suena aterrador, pero es un procedimiento simple que se realiza de rutina y se da de alta el mismo día. Le administrarán una pequeña dosis de

sedación a través de una vía intravenosa. Le aplicarán unas almohadillas grandes (electrodos) sobre el pecho y la espalda. A través de estos electrodos pasará una corriente eléctrica perfectamente cronometrada para que el ritmo cardíaco vuelva a la normalidad.

Ablación con catéter para la FA

La ablación con catéter es un procedimiento no quirúrgico que puede emplearse cuando los medicamentos no controlan su ritmo cardíaco o sus síntomas. La ablación con catéter la realiza un electrofisiólogo junto a un equipo de enfermeros y técnicos altamente capacitados en el laboratorio de electrofisiología de un hospital. El objetivo del procedimiento es reducir la frecuencia y la duración de los episodios de FA, además de reducir los síntomas de la FA.

Le administrarán sedación a través de una vía intravenosa para mantenerlo cómodo durante el procedimiento (conocido como sedación consciente). Sedación consciente significa que estará despierto, pero muy somnoliento. Le darán medicamentos suficientes para que no esté consciente de lo que está pasando ni sienta ningún dolor. En algunas situaciones puede que se use anestesia general. El tipo de sedación dependerá de su médico, del hospital y de su estado de salud en general. Durante el procedimiento de ablación, le administrarán un anticoagulante para evitar que se formen coágulos en el corazón durante el procedimiento.

Una vez que esté somnoliento, se introducirán unos cables finos y flexibles, llamados catéteres, en una vena de la ingle o del cuello. Estos cables, o catéteres, se enhebran por la vena hasta llegar al corazón, usando rayos X como guía del recorrido. En la punta de los cables hay electrodos. Los electrodos pueden detectar señales eléctricas de distintas partes del corazón. El médico podrá darse cuenta de dónde provienen las señales eléctricas anormales que causan la FA. Un catéter especial, llamado catéter de ablación, emite ondas de radio que generan calor. Este calor ablaiona (cauteriza) el tejido cardíaco de interés y elimina las señales eléctricas anormales que pueden disparar la FA. Se podrá utilizar un equipo especial para crear una imagen 3D del corazón. Esto ayuda al médico a saber exactamente dónde aplicar el calor. Otra opción es aplicar frío helado para ablaionar (cauterizar) el tejido cardíaco; esto se llama crioablación. El proceso básico es el mismo, independientemente de que se use calor o frío para ablaionar el tejido cardíaco.

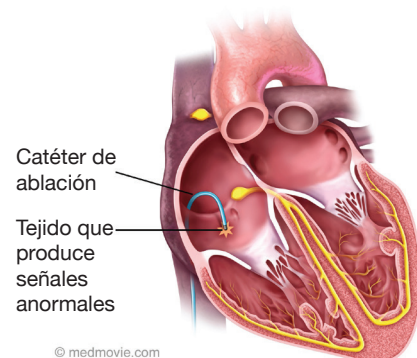
La ablación con catéter para la FA suele durar entre dos y seis horas. Su equipo médico controlará atentamente sus latidos cardíacos, su presión arterial y su respiración durante este tiempo. Después del procedimiento se aplicará presión sobre el área por donde se introdujeron los catéteres, para evitar un sangrado. Es posible que deba permanecer en el hospital por un par de días, lo que dependerá de su médico y del centro médico. Su médico le indicará qué cuidados necesitará cuando se dé el alta del hospital.

La ablación para FA es un procedimiento seguro, pero tiene algunos riesgos. En promedio, menos de cuatro de cada 100 personas que se someten a una ablación por catéter sufren una complicación. Algunas de estas complicaciones incluyen:

- Trombosis/Infarto cerebral
- Acumulación de sangre alrededor del corazón (taconamiento cardíaco)
- Daños en los vasos sanguíneos en la zona de la ingle
- Estrechamiento de las venas que van de los pulmones hasta la aurícula izquierda (estenosis pulmonar venosa)
- Daño a un nervio que afecte el movimiento del diafragma (parálisis del nervio frénico)
- Creación de una abertura entre las aurículas y el esófago (fístula auriculoesofágica, un evento grave, pero extremadamente raro)

Después del procedimiento, debe estar atento a sangrados o secreciones desde los lugares de inserción del catéter, molestias en los sitios del catéter, dolores o molestias en el pecho y fatiga

o aturdimiento. No es infrecuente que la FA regrese dentro de los 3 meses posteriores a la ablación con catéter, mientras el tejido cardíaco se recupera del procedimiento. Algunos pacientes podrían necesitar más de un procedimiento de ablación para detener la FA. Si tiene un alto riesgo de sufrir una trombosis/infarto cerebral, es probable que su médico quiera que siga tomando medicamentos anticoagulantes aunque el procedimiento de ablación haya sido exitoso. Comuníquese con su médico si tiene alguna pregunta o preocupación sobre los síntomas.



Ablación quirúrgica

La ablación quirúrgica es otro abordaje de tratamiento de la FA que no se puede controlar con medicamentos. Es un tratamiento que, en general, es más invasivo que un procedimiento de ablación con catéter. Hay dos tipos de procedimiento de ablación quirúrgica: concomitante e independiente.

Ablación concomitante — La ablación quirúrgica se hace con mayor frecuencia cuando un paciente con FA necesita otro tipo de cirugía cardíaca, como un reemplazo o una reparación de válvulas cardíacas. En estos casos, el médico tratará la otra afección cardíaca y la FA durante la misma cirugía. Este tipo de tratamiento de la FA se llama ablación concomitante.

Durante una ablación concomitante, el cirujano cauteriza ya sea quemando o congelando la superficie del corazón directamente en vez de usar catéteres y rayos X para llegar al corazón. Las nuevas técnicas han permitido a los cirujanos usar incisiones más pequeñas para realizar ablaciones quirúrgicas y otras cirugías a corazón abierto. No obstante, estas suelen ser cirugías a corazón abierto.

Ablación independiente — La ablación independiente se usa en casos de pacientes con FA que no se benefician con los medicamentos, se sometieron a una ablación con catéter anterior o prefieren este tipo de ablación. Este procedimiento se hace de manera "independiente", no durante otra operación. En la mayoría de las ablaciones independientes, el cirujano no abre el pecho para llegar al corazón. En cambio, realiza incisiones a ambos lados de la caja torácica e introduce los instrumentos quirúrgicos a través de estas incisiones ("puertos") para llegar al corazón. Habrá un puerto para una cámara quirúrgica (toracoscopio), un puerto para un dispositivo de ablación y uno o más puertos para los demás instrumentos quirúrgicos. De manera similar a la ablación con catéter, el cirujano emplea un dispositivo de ablación que usa calor o frío helado para ablacionar (cauterizar) el tejido que causa la FA.

Las complicaciones asociadas con la ablación quirúrgica incluyen:

- Trombosis/infarto cerebral
- Sangrado importante que requiere otra cirugía
- Acumulación de sangre alrededor del corazón (taponamiento cardíaco)
- Colapso pulmonar (neumotórax)

Al igual que ocurre con cualquier cirugía, las complicaciones y riesgos varían en cada paciente, por lo que debe de hablar con su cirujano sobre todos los riesgos.

Reducción del riesgo de trombosis/infarto cerebral

El riesgo más común entre las personas con FA es la formación de coágulos de sangre en el corazón. La FA hace que a las aurículas (las cámaras superiores del corazón) les cueste más bombear sangre a los ventrículos (las cámaras inferiores del corazón). Como la sangre se mueve más lentamente podría acumularse y esto aumenta las probabilidades de formación de coágulos. Los coágulos pueden desprenderse y trasladarse a cualquier parte del cuerpo generalmente al cerebro. Pueden adherirse a las arterias y detener el flujo de sangre en esas arterias. Los órganos importantes podrían resultar dañados o dejar de funcionar debido al flujo de sangre bloqueado. Si un coágulo de sangre se traslada al cerebro, podría causar una trombosis/infarto cerebral. En los EE. UU., uno de cada 4 casos de trombosis/infarto cerebral se debe a la FA. Una trombosis/infarto cerebral causado por FA suele ser más grave e incapacitante que una apoplejía no causada por FA. El índice de mortalidad

por trombosis/infarto cerebral relacionado con la FA duplica al de trombosis/infarto cerebral no causado por FA. Por consiguiente, la prevención de trombosis/infarto cerebral es un objetivo primario del tratamiento en casos de FA. Su médico le hará preguntas sobre su historia clínica para descifrar si su FA aumenta su riesgo de padecer una trombosis/infarto cerebral. Entre estas preguntas podrían incluirse:

- Otras afecciones médicas como presión arterial alta, diabetes, insuficiencia cardíaca o enfermedad vascular
- Enfermedades que haya padecido en el pasado
- Medicamentos que toma o que haya tomado
- Cualquier cirugía o procedimiento que le hayan realizado
- Si se cae con frecuencia
- Vacunas
- Trabajo o pasatiempos que pudieran provocar lesiones

Es muy importante que su médico diagnostique la FA y decida si necesita medicamentos anticoagulantes que reduzcan el riesgo de trombosis/infarto cerebral. La FA debe tratarse ya sea que padezca o no algún síntoma.

Medicamentos anticoagulantes

Si tiene un alto riesgo de sufrir una trombosis/infarto cerebral, su médico le recomendará que tome medicamentos anticoagulantes. Hay varios anticoagulantes disponibles para reducir el riesgo de sufrir una trombosis/infarto cerebral. Estos medicamentos pueden agruparse por parte del proceso de coagulación sanguínea al que apuntan. Cuando se toman según se recetan, todos los anticoagulantes reducen significativamente el riesgo de trombosis/infarto cerebral. No obstante, los anticoagulantes aumentan el riesgo de sangrado excesivo, ya que los medicamentos impiden la coagulación.

Antagonistas de la vitamina K — Muchas de las proteínas involucradas en el proceso de coagulación dependen de la vitamina K. Los antagonistas de la vitamina K (AVK) son un tipo de anticoagulante. Interrumpen la producción de estas proteínas coagulantes. Los AVK son los que se usan hace más tiempo en la prevención de trombosis/infarto cerebral relacionados con la FA. El primer AVK fue aprobado en 1954. La warfarina (Coumadin®) es un antagonista de la vitamina K.

BENEFICIOS La mayoría de los médicos tienen experiencia en el tratamiento de pacientes que toman un AVK como warfarina. Si hubiera una emergencia

(como un accidente automovilístico) o un procedimiento médico planificado, los médicos pueden revertir el nivel de warfarina en su cuerpo para que la sangre pueda coagular con normalidad. Los AVK son el tipo menos costoso de anticoagulante.

RIESGOS Algunos alimentos (en particular las verduras de hoja verde) tienen mucha vitamina K. Comer demasiados alimentos ricos en vitamina K podría hacer que la warfarina pierda eficacia en la prevención de trombosis/infarto cerebral. Algunos medicamentos también interfieren con la warfarina. Si comienza a tomar warfarina, es importante que tome la cantidad correcta. Deberá hacerse análisis de sangre periódicamente para asegurarse de que su sangre esté anticoagulada al nivel adecuado. Si toma demasiado, corre riesgo de sufrir un sangrado excesivo. Si no toma suficiente, seguirá corriendo riesgo de que se forme un coágulo de sangre.

Inhibidores directos de la trombina — La trombina es una enzima necesaria para la formación de coágulos. Al detener la trombina, se interrumpe el proceso de coagulación. El dabigatrán (Pradaxa®) es un inhibidor directo de la trombina.

BENEFICIOS Los inhibidores directos de la trombina pueden ser más fáciles de tomar, para algunos pacientes, que un anticoagulante AVK, como la warfarina. Con los inhibidores directos de la trombina, puede comer la mayoría de los alimentos y no preocuparse de que su dieta afecte el buen funcionamiento de su medicamento. Además, no será necesario que se haga análisis de sangre frecuentes. Los inhibidores directos de la trombina tienen además un riesgo más bajo de provocar una hemorragia cerebral que los AVK.

RIESGOS No existe un fármaco aprobado para revertir los inhibidores directos de la trombina, y los médicos tienen menos experiencia en el tratamiento de pacientes que toman inhibidores directos de la trombina en situaciones de emergencia. Además, los inhibidores directos de la trombina solo ofrecen protección contra trombosis/infarto cerebral durante un determinado período de tiempo, por lo que no es recomendable que olvide tomarse una dosis. Los inhibidores directos de la trombina también pueden asociarse con un riesgo mayor de hemorragia importante en el estómago y en los intestinos.

Inhibidores del factor Xa — El factor Xa es otra enzima involucrada en el proceso de coagulación. Al inhibir el factor Xa, no se forman coágulos con tanta facilidad. El rivaroxabán (Xarelto®) y el apixabán (Eliquis®) son inhibidores del factor Xa.

BENEFICIOS Los anticoagulantes de factor Xa pueden ser más fáciles de tomar, para algunos pacientes, que un AVK. Al igual que con los inhibidores directos de la trombina, los anticoagulantes de factor Xa tienen menos restricciones dietarias y menos interacciones con otros medicamentos que los anticoagulantes AVK. También al igual que los inhibidores directos de la trombina, no será necesario que se haga análisis de sangre frecuentes. Los inhibidores del factor Xa tienen además un riesgo más bajo de provocar una hemorragia cerebral en comparación con los medicamentos anticoagulantes AVK.

RIESGOS Los médicos tienen menos experiencia en el tratamiento de pacientes que toman anticoagulantes de factor Xa en situaciones de emergencia y no existe un fármaco aprobado para revertir los efectos de los medicamentos de factor Xa. Tal como ocurre con los inhibidores directos de la trombina, los anticoagulantes de factor Xa solo ofrecen protección contra trombosis/infarto cerebral durante un determinado período de tiempo, por lo que es importante que tome el medicamento tal como se lo recete su médico y no se olvide de tomar ninguna dosis. Si tiene una enfermedad del hígado, los anticoagulantes de factor Xa podrían no ser adecuados para usted.

Determinación del tratamiento adecuado — Debe hablar sobre su riesgo de trombosis/infarto cerebral con su electrofisiólogo, su cardiólogo o su médico de cabecera. Si se necesita un anticoagulante, debe hablar sobre los riesgos y beneficios de los distintos anticoagulantes con su médico. Juntos podrán determinar qué tratamiento es la mejor opción para usted.

Tratamiento con dispositivo

También se han creado dispositivos médicos, que se implantan en el cuerpo, para reducir el riesgo de trombosis/infarto cerebral en pacientes con FA. Estos se encuentran en distintas etapas de revisión por parte de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), la agencia federal que aprueba la seguridad y la eficacia de los tratamientos.

La orejuela auricular izquierda (OAI) es un pequeño saco que se conecta a la aurícula izquierda. Cuando se bombea sangre hacia la aurícula izquierda, la sangre entra en la OAI. El interior de la OAI es áspero, lo que permite que la sangre quede atrapada y que posiblemente forme un coágulo. Durante la FA, es posible que se desprenda un coágulo e ingrese en el torrente sanguíneo. En el caso de personas con FA, alrededor del 90% de los coágulos provienen de la OAI.

A fin de reducir el riesgo de trombosis/infarto cerebral en personas con FA, se han creado dispositivos médicos que impiden que la sangre entre y salga de la OAI. Hay dos tipos de dispositivos de prevención de trombosis/infarto cerebral: los que se implantan dentro de la OAI (endocárdicos) y los que se implantan fuera de la OAI (epicárdicos).

Dispositivos de OAI endocárdicos — Hay varios dispositivos de OAI endocárdicos en estudio para usar en la prevención de trombosis/infarto cerebral. Estos dispositivos los implanta un electrofisiólogo mientras el paciente está sedado. Típicamente, se introduce un catéter en la ingle y se guía mediante rayos X hasta el corazón. Luego, se introduce el dispositivo directamente en la OAI.

Dispositivos de OAI epicárdicos — Los dispositivos de OAI epicárdicos se adjuntan a la parte exterior del AAI; esto lo hace un cirujano durante una cirugía a corazón abierto. Hay dos dispositivos epicárdicos cuyo uso está aprobado en EE. UU. También hay un dispositivo de OAI epicárdico que lo implanta un electrofisiólogo durante un procedimiento a pecho cerrado. No obstante, los datos clínicos disponibles relacionados con la eficacia de estos dispositivos para prevenir la trombosis/infarto cerebral son limitados.

Si le interesan estos abordajes para la prevención de trombosis/infarto cerebral, hable con su médico respecto a cuáles dispositivos fueron aprobados para usarse en EE. UU. o su país y los riesgos asociados con el procedimiento.

Otros tratamientos y modificación del estilo de vida

Las personas con FA a menudo padecen otras afecciones médicas. Si padece alguna de las afecciones mencionadas a continuación, su médico podrá indicarle tratamientos adicionales, ya que estas afecciones podrían incrementar la frecuencia y gravedad de su FA.

Presión arterial alta (hipertensión) — Si tiene presión arterial alta, el médico podría recetarle un medicamento especial. Los nombres científicos de dos tipos de medicamento para la presión arterial recetados habitualmente son largos y pueden ser difíciles de pronunciar. Estos tipos de medicamento suelen llamarse por sus abreviaturas: IECA y BRA. IECA significa inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina; BRA significa bloqueador del receptor de la angiotensina II. El nombre científico explica a qué parte del proceso

celular apunta cada medicamento para bajar la presión arterial. Al elegir un medicamento para la presión arterial alta para usted, es probable que su médico tenga en cuenta un IECA o un BRA, que podrían tener ciertos beneficios leves en la prevención de la FA.

Colesterol alto — Si tiene el colesterol alto, el material graso podría acumularse en las arterias con el tiempo y bloquear el flujo de sangre. Cuando las arterias se obstruyen, el corazón y los demás órganos probablemente no reciban el oxígeno que necesitan para funcionar con eficacia. Puede que su médico le recete una estatina para reducir su colesterol y detener la acumulación de material graso en sus arterias. Las estatinas además pueden reducir la inflamación, lo que podría tener algo que ver con la FA.

Apnea del sueño — Las personas con FA suelen tener apnea del sueño, que es un tipo de trastorno respiratorio al dormir. La apnea del sueño puede llevar a una FA o empeorar la FA. Las personas con apnea del sueño no reciben suficiente oxígeno mientras duermen y tal vez no sean conscientes de la frecuencia con la que se despiertan durante la noche. Los síntomas comunes son noches de mal descanso y sensación de fatiga. Si tiene apnea del sueño, es posible que su médico le recete una máscara o un tratamiento, llamado máquina de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP, por sus siglas en inglés), para asegurarse de que reciba cantidades normales de oxígeno mientras duerme.

Modificación del estilo de vida — Puede reducir su riesgo de padecer otras afecciones cardíacas asociadas con la FA cambiando su dieta y haciendo ejercicio. Coma más frutas y verduras. Reduzca las grasas, en especial las grasas saturadas, para poder mejorar sus niveles de colesterol. Limite la cantidad de sal que consume para que baje su presión arterial. El ejercicio regular, incluso las caminatas alrededor de la manzana o los trabajos de jardinería livianos, harán que su corazón y sus arterias estén más saludables. (Si se siente cansado o le falta el aliento, deténgase y descanse. Si no puede mantener una conversación mientras hace ejercicio, se está exigiendo demasiado.) Comer mejor y mantenerse activo puede ayudarlo a perder peso, lo que es bueno para su salud en general.

Alcohol y estimulantes — Debe evitar beber demasiado alcohol o consumir drogas recreativas (estimulantes). El consumo excesivo de alcohol y estimulantes puede conducir a ritmos cardíacos anormales, como la FA, y a una trombosis/infarto cerebral.



QUÉ PREGUNTARLE A SU MÉDICO

Si le han diagnosticado con FA o sospecha que podría padecer esa afección, aquí le presentamos algunas preguntas que tal vez desee plantear a su médico:

- ¿Cuál es la causa de mi FA?
- ¿Cómo puedo asegurarme de que tengo FA y no otro problema grave del ritmo cardíaco?
- ¿Mi afección se resolverá sola?
- ¿Cuáles son los riesgos de que empeore (que afecte más mi vida)?
- ¿Corro un riesgo mayor de sufrir una trombosis/infarto cerebral?
- ¿Cuáles son mis opciones de tratamiento?
- ¿Cuáles son los riesgos y efectos secundarios de los medicamentos para controlar mi afección o para reducir el riesgo de trombosis/infarto cerebral?
- ¿Cuáles son los riesgos y beneficios de otras opciones de tratamiento?
- ¿Debo consultar a un electrofisiólogo (un especialista en trastornos del ritmo cardíaco)?



Heart Rhythm Society

1325 G Street NW, Suite 400
Washington, DC 20005

www.HRSONline.org