



CURS DE
FORMACIÓ
CONTINUADA

Fibril·lació Auricular

UN PROCÉS TRANSVERSAL:
DES D'ATENCIÓ PRIMÀRIA AL "SUPER ESPECIALISTA"

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA
LLEIDA, NOVIEMBRE 2014

¿QUÉ ES LA FIBRILACIÓN AURICULAR?

TIPOS DE FIBRILACIÓN AURICULAR

¿QUÉ ES LA FIBRILACIÓN AURICULAR?

- **Alteración del ritmo cardíaco más frecuente**
- **Representa 1/3 de hospitalizaciones por alteraciones del ritmo cardíaco**
- **Taquiarritmia auricular (supraventricular)**
- **Activación eléctrica auricular desorganizada >300 lpm**
- **Prevalencia estimada actual: 1,5-2%**

Secular Trends in Incidence of Atrial Fibrillation in Olmsted County, Minnesota, 1980 to 2000, and Implications on the Projections for Future Prevalence
Yoko Miyasaka, Marion E. Barnes, Bernard J. Gersh, Stephen S. Cha, Kent R. Bailey, Walter P. Abhayaratna, James B. Seward and Teresa S.M. Tsang

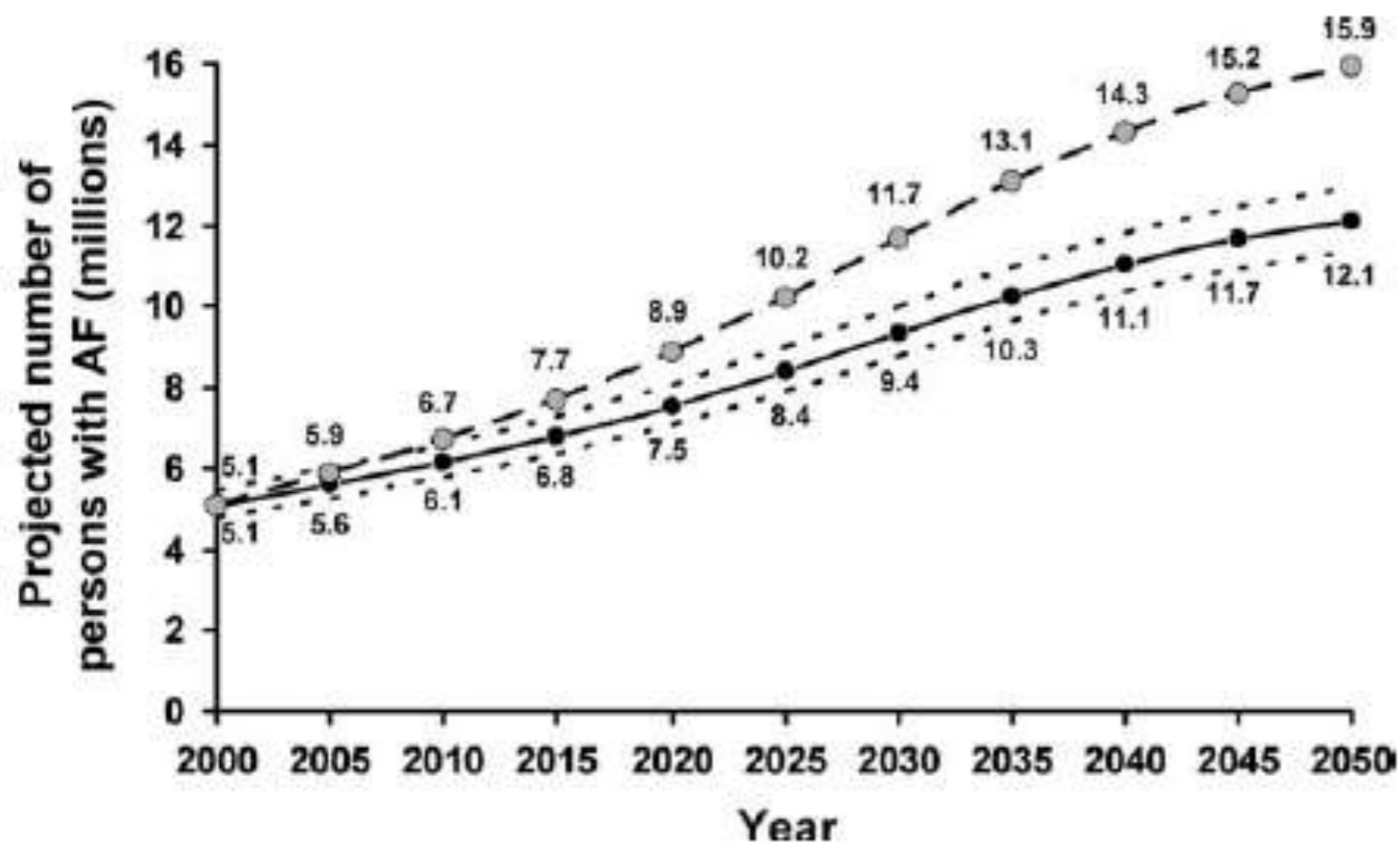
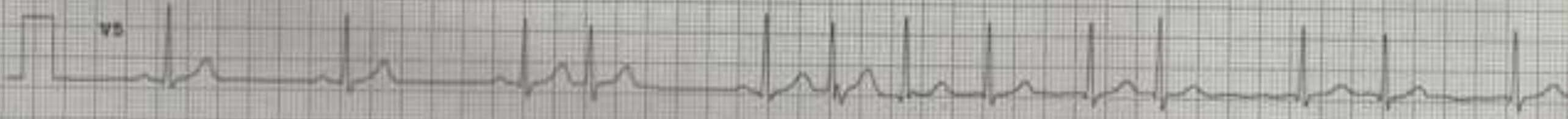
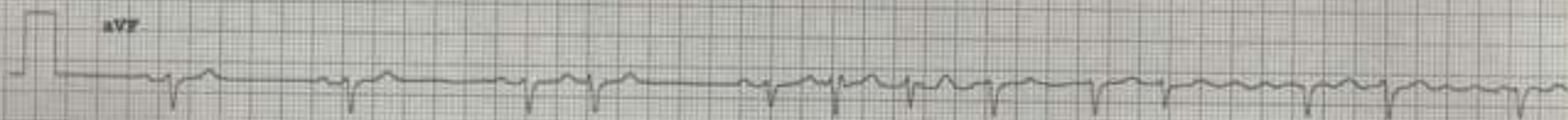


Figure 2. Projected number of persons with AF in the United States between 2000 and 2050, assuming no further increase in age-adjusted AF incidence (solid curve) and assuming a continued increase in incidence rate as evident in 1980 to 2000 (dotted curve).

Fisiopatología

- **Mecanismos múltiples, no necesariamente excluyentes**
- **Hipótesis más relevantes:**
 - **Hipótesis de múltiples frentes de onda (“multiple-wavelet”): Múltiples reentradas con conducción fibrilatoria \Rightarrow perpetuación FA**

- **Hipótesis:**
 - **Venas Pulmonares: Tejido arritmogénico: EEAA, taquicardia de vena =“burst”**
 - **Rotores = Fuentes de alta frecuencia.
Mecanismo: Reentrada alrededor de un punto de anclaje eléctrico**
 - **Sistema nervioso autónomo: Incremento tono vagal favorecería FA al reducir PRE atrial ± EEAA.
Papel de ganglios nerviosos atriales**



Equip: MAR_EEG001 Veloc: 25 mm/s K1cm5: 10 mm/mV Prec.: 10.0 mm/mV F 50-0,15-100 Hz P7

II

aVF

V3

Equip: H&R_EEG001 Paper: 25 mm/s

K12mb: 10 mm/mV

Proc.: 10,0 mm/mV

F 50+ 0.15-100 Hz

P7

II

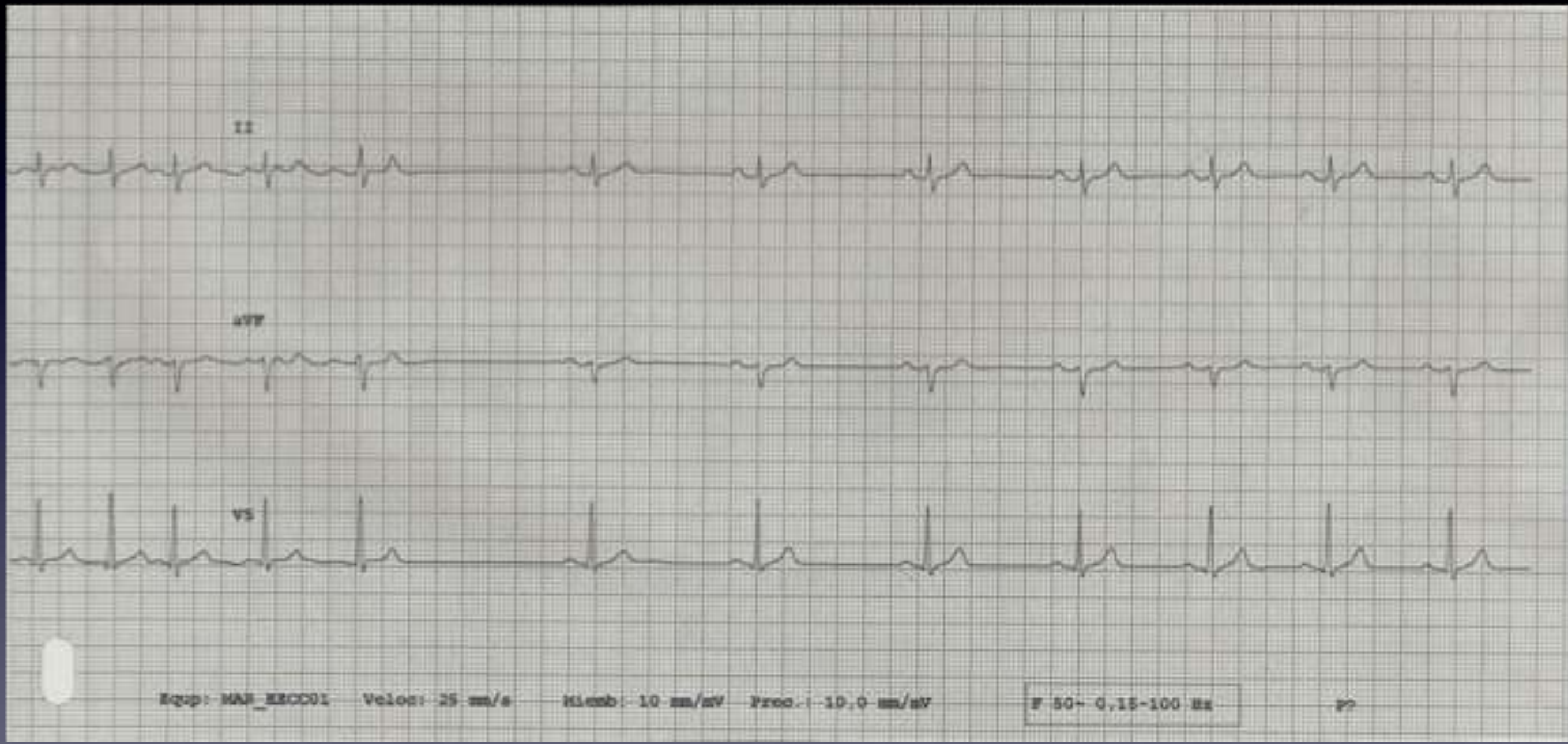
aVF

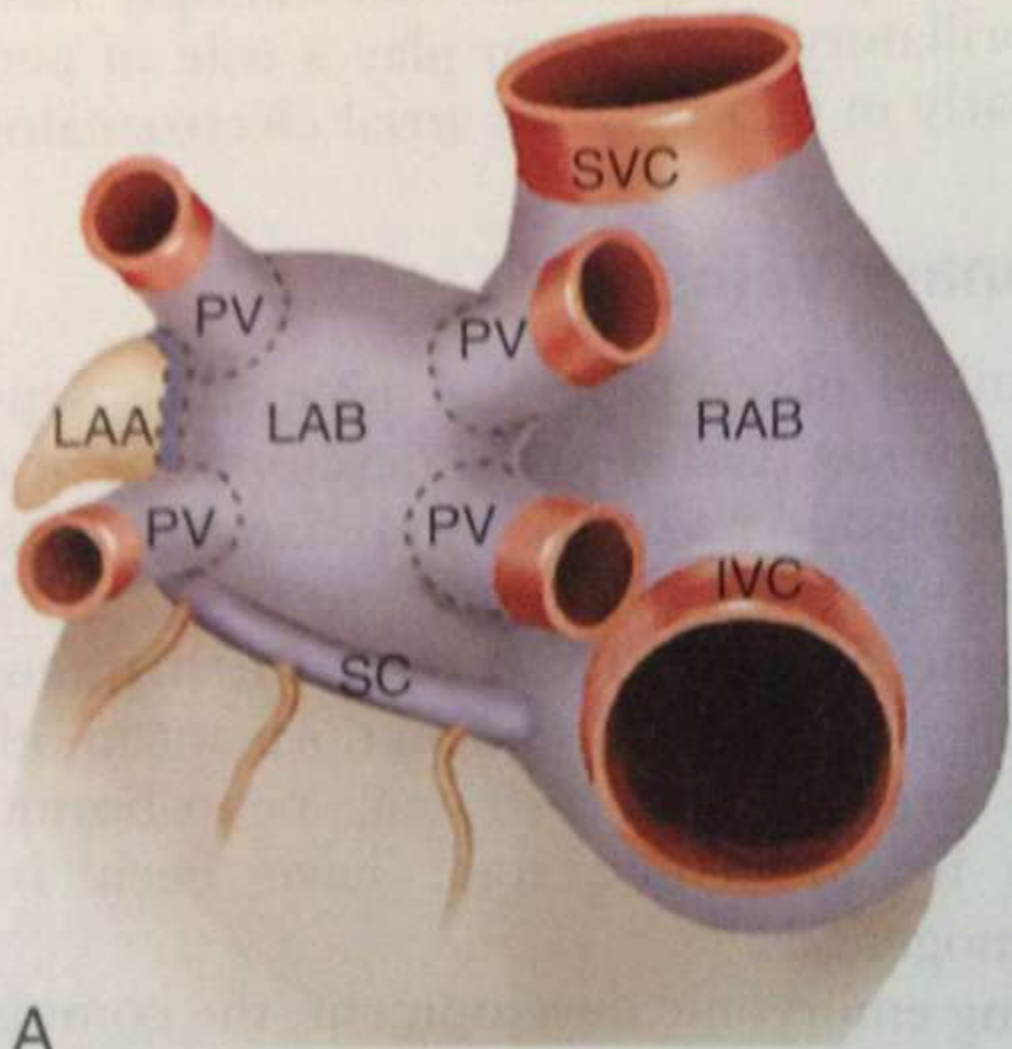
V5

Equip: MAF_E30001 Veloc: 25 mm/s Kincob: 10 mm/mV Presc: 10,0 mm/mV

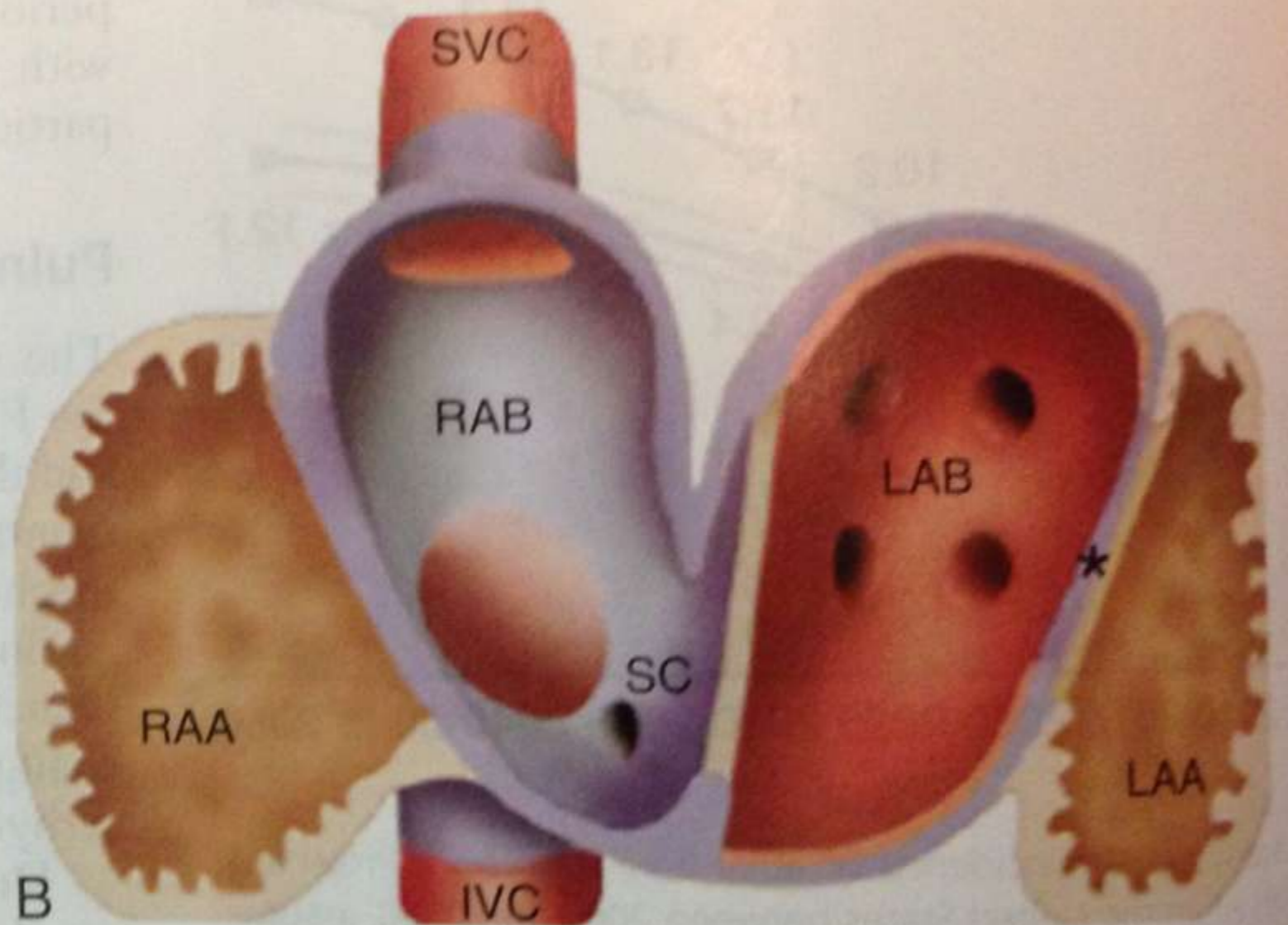
F 50- 0,15-100 Hz

P2

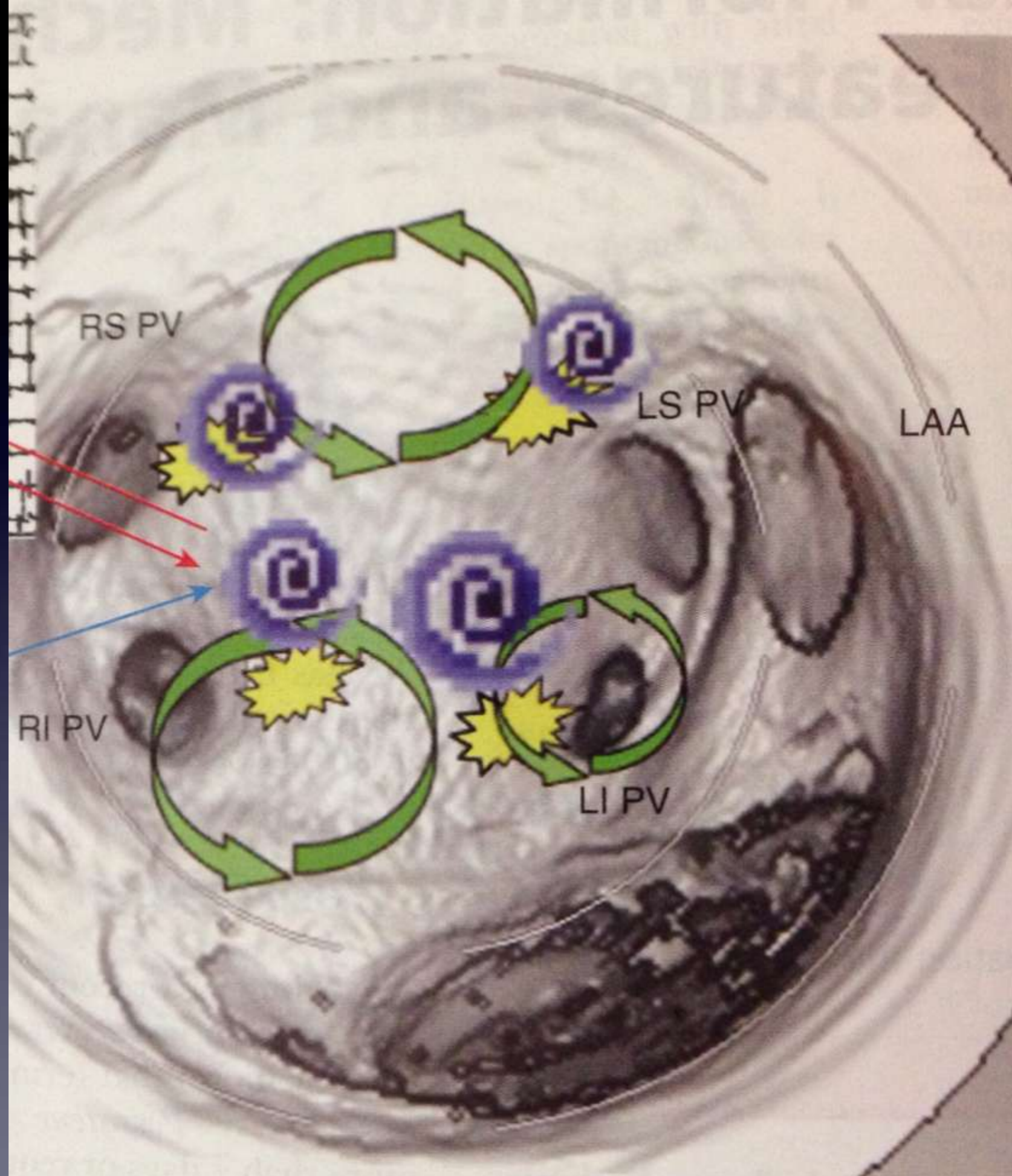




A

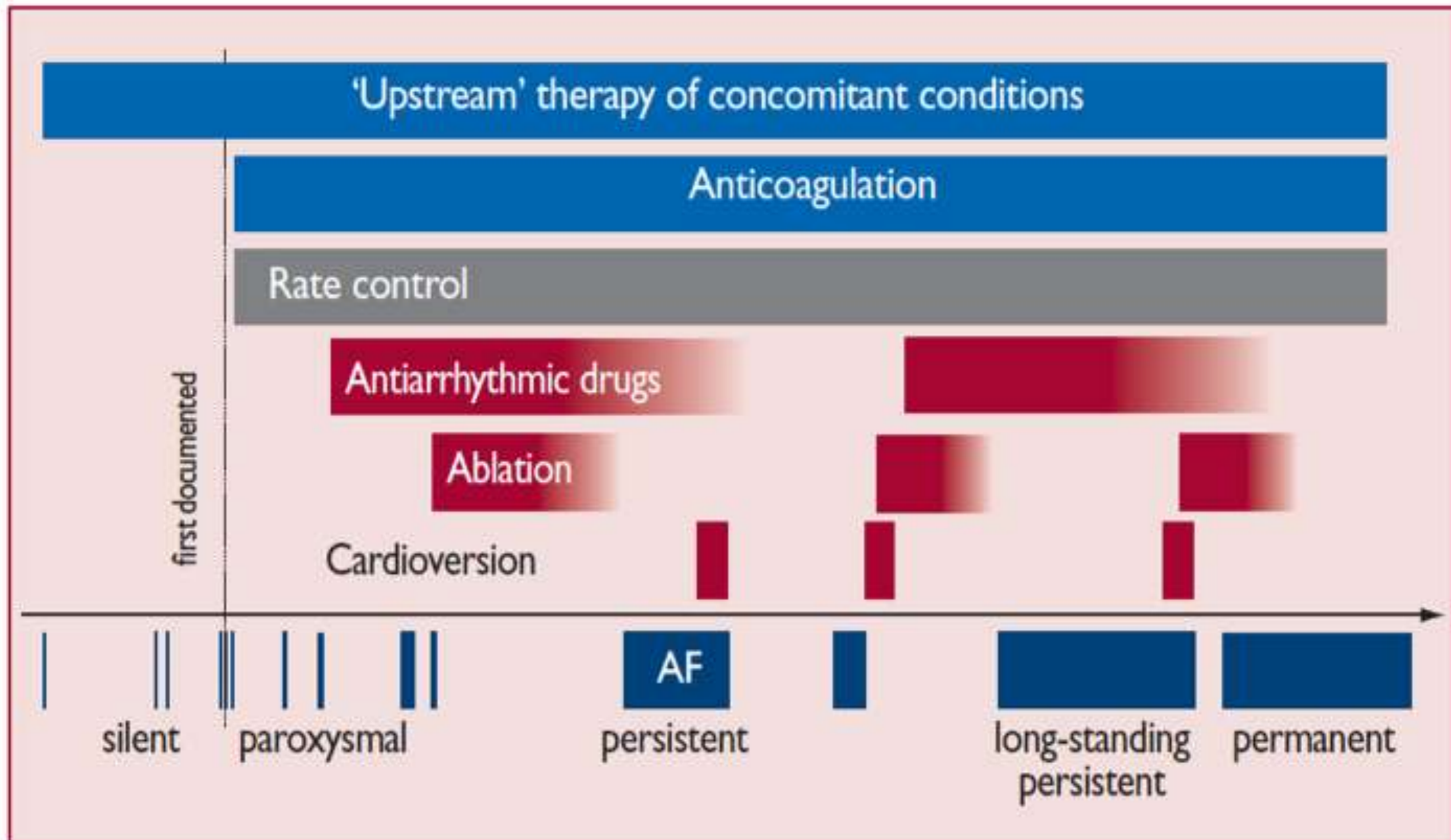


B



Clasificación

- **FA paroxística: ≥ 2 episodios, finalización espontánea < 7 días**
- **FA persistente: Episodio > 7 días o necesidad de cardioversión (independiente de duración)**
- **FA persistente larga duración (“long-standing”): Episodio > 1 año**
- **FA permanente: Desestimado retorno a ritmo sinusal**
- **¡Importante!: Episodio debe durar > 30 seg para considera FA clínica**



Clasificación Clínica

- **FA VALVULAR** (valvulopatía reumática / prótesis valvulares)
- **FA NO VALVULAR**
 - Apunte especial: FA solitaria “Lone AF”: pacientes < 60 años sin evidencia clínica o ecocardiográfica de enfermedad cardiopulmonar u otra comorbilidad, incluyendo hipertensión arterial (HTA)

En relación a cardiopatía estructural

- **FA ASOCIADA A CARDIOPATÍA ESTRUCTURAL**
 - **Valvulopatías, Miocardiopatías, Enfermedades del Pericardio**
- **FA NO ASOCIADA A CARDIOPATÍA ESTRUCTURAL (SIGNIFICATIVA)**
 - **FA focal, FA vagal, FA asociada a canalopatías (FA familiar)**
- **FA ASOCIADA A PATOLOGÍA PRIMARIA NO CARDÍACA**
 - **Hipertiroidismo, procesos agudos graves, intervenciones quirúrgicas**

Condiciones favorecedoras

- **Alcohol: Efecto tóxico directo, hiperadrenergia, supresión tono vagal**
- **Actividad deportiva intensa: Incremento tamaño cavidades cardíacas, incremento tono vagal, hipovolemia, alteraciones electrolíticas**
- **Obesidad: Incremento presión auricular, inflamación crónica**
- **SAHOS: Incremento presión auricular, alteraciones tono autonómico, otros**

¡Muchas gracias!