

# Fibrilación Auricular

**Dra. María Noel Tristán**  
Internista. Cardióloga.  
Ex Residente Clínica Médica 1

**Dr. Alejandro Crocker**  
Internista. Cardiólogo.  
Ex Residente Clínica Médica 3

**Dra. Palmira Vanzini**  
Cardióloga. Intensivista. Electrofisióloga.  
Ex Prof. Adj. Departamento de Cardiología.

## Definición

La fibrilación auricular (FA) es una arritmia de origen auricular caracterizada por una actividad totalmente irregular que determina la ausencia de una contracción auricular efectiva y conduce a grados variables de respuesta ventricular también irregular. Esta respuesta ventricular dependerá de las propiedades electrofisiológicas del nodo auriculo-ventricular (NAV), tono simpático y parasimpático, de la presencia o ausencia de vías accesorias y del efecto de drogas.

La importancia de la FA radica en que:

- Es la arritmia sostenida más frecuente, representa aproximadamente 1/3 de las hospitalizaciones por arritmias.
- Es causa frecuente de cardioembolia.
- Es causa frecuente de descompensación de la insuficiencia cardíaca.
- Puede producir deterioro de la función ventricular por sí misma.

Por lo anteriormente señalado tiene implicancias en morbilidad, mortalidad y costos.

Su incidencia es del 1 a 2% en la población adulta. La prevalencia de la FA en la población general es de 0.4% a 1%, aumentando con la edad a un 8% en mayores de 80 años. Aumenta francamente si se asocia cardiopatía, alcanzando el 15 a 30% de los pacientes con falla cardíaca.

## Clasificación

Un episodio de FA puede ser autolimitado o requerir intervención médica para su terminación.<sup>(34)</sup>

Con respecto a la evolución temporal se clasifican en paroxística, persistente y permanente.

**Paroxística:** es aquella caracterizada por revertir a ritmo sinusal (RS) en forma espontánea en general en menos de 24 horas y por definición en menos de 7 días. Si el paciente tiene dos o más episodios se dice que es recurrente.

**Persistente:** es aquella que persiste por más de 7 días, hasta que se reali-

za una cardioversión farmacológica o eléctrica. La FA persistente puede ser la primera manifestación de la FA u ocurrir luego de varios episodios de FA paroxística. Tanto la FA paroxística como la persistente tienen tendencia a la recurrencia.

**Permanente:** es aquella en la cual los intentos de cardioversión han fallado o se reinstala dentro de las 48 hs. Los casos de FA de larga duración en los cuales la cardioversión no ha sido indicada o no fue aceptada por el paciente también se incluyen en este grupo, es la FA aceptada como permanente.

De la anterior clasificación debemos recordar su flexibilidad, pudiendo existir migración de pacientes desde la categoría paroxística a persistente y de ésta a permanente. (Figura 1).

### FA con cardiopatía

La FA asienta la mayoría de las veces sobre una cardiopatía estructural (90%). Generalmente es una FA persistente o permanente, aunque puede presentarse como FA paroxística al comienzo. En general tiene mayor riesgo embólico.

Un 20% se presenta asociada a valvulopatías (FA valvular) principalmente estenosis mitral reumática.

Un 70% son no valvulares, de éstas la cardiopatía hipertensiva es la más frecuente; otras causas son como se esquematiza en el cuadro: miocardiopatía dilatada, hipertrófica, prolapso de válvula mitral (PVM), calcificación del anillo mitral, comunicación interauricular (CIA), pericarditis,

miocarditis, post-operatorio de cirugía cardíaca, post infarto agudo de miocardio (post IAM). En estos 2 últimos es una arritmia común y usualmente autolimitada. La FA tiene una incidencia de 22% en el IAM y en forma independiente empeora el pronóstico.

### FA sin cardiopatía

Es debida a desórdenes funcionales del miocardio atrial o anomalías sistémicas que predisponen a la arritmia. En su mayoría son paroxísticas. Aproximadamente 10% presentan disturbios extracardíacos potencialmente reversibles asociados a su aparición y solo ocasionalmente pueden volverse persistentes. Pueden verse en el hipertiroidismo, embolia pulmonar o enfermedad pulmonar aguda.

En la FA aislada (alone atrial fibrillation) no encontramos patología cardíaca ni extracardíaca (30%). Se trata de individuos menores de 60 años. Estos pacientes tienen un pronóstico más favorable en cuanto al riesgo de tromboembolia y mortalidad. Con el tiempo estos pacientes cambian de categoría debido a la edad o al desarrollo de anomalías cardíacas tales como agrandamiento de la aurícula izquierda con el consiguiente aumento del riesgo de tromboembolia y mortalidad.

Hay un subgrupo, la FA focal, en el que no se identifica alteración del SNA; se ve fundamentalmente en jóvenes, aunque la edad no la define, y lo más importante es que tiene un origen focal en la aurícula, situado frecuentemente alrededor de orificios anatómicos (ve-

**Evolución temporal de la Fibrilación Auricular** Figura 1

