



RITMOS CARDÍACOS IRREGULARES Y PREVENCIÓN DE ICTUS (ATAQUES CEREBROVASCULARES)

Esta hoja informativa se distribuye para ayudarle a entender cómo reducir el riesgo de sufrir un ataque cerebrovascular debido a la fibrilación auricular no valvular (NVAF por sus siglas en inglés).

La Academia Norteamericana de Neurología (AAN por sus siglas en inglés) es la asociación de neurólogos y profesionales de la neurociencia más numerosa del mundo. Los neurólogos son médicos que identifican y tratan enfermedades cerebrales y del sistema nervioso. La AAN se dedica a promover la atención neurológica de más alta calidad centrada en el paciente. Los expertos de la AAN cuidadosamente evalúan los estudios científicos disponibles sobre la identificación y reducción del riesgo de sufrir ataques cerebrovasculares ante la presencia de la NVAF. La siguiente información se basa en evidencia de dichos estudios.* Resume las conclusiones principales de la guía de la AAN de 2014 sobre la prevención de ataques cerebrovasculares ante la NVAF y actualiza la guía de 1998 sobre este tema.

Para leer la guía 2014 completa, visite AAN.com/guidelines.

Muchas personas que sufren fibrilación auricular (AF por sus siglas en inglés) o NVAF corren un alto riesgo de sufrir un ataque cerebrovascular. Medicamentos llamados anticoagulantes reducen el riesgo de sufrir dicho ataque. Estos son un tipo de diluyente de la sangre. Estas recomendaciones explican la acción de los anticoagulantes orales (que se toman por boca). Desde la guía de 1998, se han creado y estudiado varios anticoagulantes orales nuevos. Las personas con fibrilación auricular deberán conversar sobre estos medicamentos con sus médicos. Los anticoagulantes son muy eficaces pero también crean el riesgo de provocar hemorragias. Se deben usar solamente bajo estricta supervisión médica.

¿Qué es la fibrilación auricular?

La fibrilación auricular es un trastorno del ritmo cardíaco que afecta a las cámaras superiores del corazón. En la fibrilación auricular, el corazón no late a una velocidad normal y constante. Puede latir demasiado rápido o demasiado lento o podría saltarse algunos latidos. Estas recomendaciones se concentran en la NVAF, un tipo de fibrilación auricular cuya causa no está en válvulas cardíacas anormales.

Las causas de la fibrilación auricular incluyen:

- Edad avanzada
- Estrés
- Hipertensión arterial
- Enfermedades cardíacas
- Apnea del sueño (interrupción de la respiración durante el sueño)
- Infección aguda como neumonía
- Uso excesivo de alcohol o estimulantes como la cafeína
- Exceso de hormona tiroides
- Daños cardíacos causados por defectos de nacimiento, arterias bloqueadas o ataque al corazón
- Insuficiencia cardíaca congestiva

¿Cómo puedo saber si sufro fibrilación auricular o si corro riesgo de sufrir un ataque cerebrovascular?

Aproximadamente 1 de cada 200 personas sufren de fibrilación auricular. Es más común entre los ancianos. A menudo las personas no tienen síntomas y por lo tanto no saben que sufren del el trastorno. Sin embargo, incluso sin síntomas, una persona con fibrilación auricular podría correr el riesgo de sufrir un ataque cerebrovascular. Los ataques cerebrovasculares pueden causar daños al cerebro. Esto podría afectar la capacidad de hablar, moverse y pensar. Los ataques cerebrovasculares también pueden ser mortales.

Los síntomas de la fibrilación auricular pueden incluir:

- Falta de aire
- Sentirse cansado o débil
- Dolor en el pecho
- Caída de la presión arterial
- Mareos o confusión
- Sensación de golpes o aleteos en el pecho (palpitaciones)
- Un pulso consistente por encima de 100 latidos por minuto o por debajo de 60 latidos por minuto

Identificación de la fibrilación auricular

Un ataque cerebrovascular sin causa conocida se denomina un ataque criptogénico. Tener un ataque cerebrovascular de este tipo podría ser una señal de fibrilación auricular o fibrilación auricular no valvular. Los médicos usan ciertos dispositivos llamados monitores del ritmo cardíaco para verificar si existen latidos irregulares. Monitorizan los latidos del corazón durante 24 horas o más. A menudo, estos dispositivos se pueden usar en casa. Una evidencia moderada* demuestra que una monitorización prolongada del corazón puede ayudar a identificar la NVAF.

Fibrilación auricular—Factor de riesgo de ataque cerebrovascular

La fibrilación auricular es un factor de riesgo alto de un ataque cardioembólico, un tipo de ataque isquémico. En las personas con NVAF, el ritmo cardíaco irregular permite que la sangre permanezca en las cámaras superiores del corazón. La sangre que permanece inmóvil durante suficiente tiempo puede formar coágulos. Estos pueden salir del corazón y desplazarse hacia el cerebro. Esto lleva a un ataque cardioembólico. Alrededor de 1 de cada 20 personas con fibrilación auricular sin tratar posiblemente sufran un ataque isquémico el próximo año.

Otros factores de riesgo de sufrir un ataque cerebrovascular

Ciertos factores de riesgo pueden aumentar el riesgo de sufrir un ataque cerebrovascular. Los factores incluyen:

- Enfermedades renales crónicas
- Diabetes
- Hipertensión (presión arterial alta)
- Historia de coágulos sanguíneos
- Enfermedades cardíacas o insuficiencia cardíaca congestiva
- Tener 75 o más años de edad
- Apnea del sueño

Historia de ataques cerebrovasculares—El factor de riesgo más alto

El riesgo de sufrir un ataque cerebrovascular es mayor en personas que anteriormente sufrieron un ataque o un ataque isquémico transitorio (AIT, TIA por sus siglas en inglés). Los TIA son episodios de síntomas transitorios similares a un ataque cerebrovascular. Las personas que sufren un AIT a menudo sufren un ataque cerebrovascular más serio en el futuro. Alrededor de 1 de cada 10 personas con fibrilación auricular sin tratar e historia de ataques cerebrovasculares o AIT muy posiblemente sufran un ataque cerebrovascular el año siguiente.

Mi médico dice que tengo NVAF. ¿Hay maneras de prevenir tener otro ataque cerebrovascular?

Hay tratamientos disponibles para ayudar a prevenir otro ataque cerebrovascular en personas con NVAF. Los anticoagulantes orales se usan para prevenir la formación de coágulos. Esto ayuda a proteger contra el ataque. Sin embargo, los anticoagulantes también pueden causar hemorragias peligrosas. Un ejemplo es una hemorragia en el cerebro (hemorragia intracraneal). Al prevenir la formación de coágulos, estos medicamentos hacen que sea más difícil cortar la hemorragia.

Hay dos tipos de anticoagulantes:

- Anticoagulantes que alargan el tiempo que necesita la sangre para coagular naturalmente y reducir el crecimiento de coágulos existentes
- Antiplaquetarios impiden que ciertas células sanguíneas (plaquetas) se unan y formen coágulos

Existe evidencia convincente* de que los anticoagulantes pueden ayudar a prevenir otro ataque en personas con NVAF e historia de ataques cerebrovasculares o AIT. Estos anticoagulantes incluyen los siguientes:

- Warfarina
- Dabigatrán
- Rivaroxabán
- Apixabán

Las personas que toman warfarina deben medirse a menudo los niveles en sangre del índice internacional normalizado (INR por sus siglas en inglés). Los niveles del INR muestran con qué rapidez la sangre forma coágulos. La warfarina tiene un nivel del INR entre baremos que se consideran seguros. El médico podría necesitar ajustar la dosis del medicamento para mantener el nivel correcto del INR. El dabigatrán, rivaroxabán y apixabán no requieren la monitorización del INR.

En el caso de los anticoagulantes más recientes, existe evidencia moderada* que:

- El dabigatrán, rivaroxabán y apixabán son tan eficaces, si no lo son más, que la warfarina para prevenir ataques cerebrovasculares causados por coágulos sanguíneos
- Cuando se los comparados con la warfarina, dabigatrán, rivaroxabán y apixabán tienen un riesgo inferior de causar hemorragias

Otros medicamentos y terapias en combinación podrían ser eficaces. Los mismos incluyen:

- Triflusal más terapia moderada a intensa con anticoagulantes como acenocumarol. Estos se usan en personas con riesgo moderado de sufrir un ataque cerebrovascular, donde los nuevos anticoagulantes no están disponibles (en los países en desarrollo, generalmente). Esta combinación requiere el análisis de sangre del INR
- Clopidogrel más aspirina si no hay anticoagulantes orales disponibles o no se prefieren. Note que esta combinación no es tan eficaz como la terapia con anticoagulantes

¿Cuáles son los riesgos de sufrir hemorragias? ¿Debería preocuparme?

En el caso de las personas con NVAF y una historia de ataques cerebrovasculares, los anticoagulantes reducirán probablemente el riesgo de sufrir otro ataque. Sin embargo, estos medicamentos podrían aumentar la posibilidad de sufrir una hemorragia en el cerebro. Algunas personas tienen tendencia a sangrar o una historia clínica de problemas con hemorragias. En estas personas, se deben usar consideraciones especiales antes de tomar un anticoagulante. Esto incluye personas que:

- Tienen 75 años o más
- Sufren demencia
- Necesitan diálisis
- Corren un alto riesgo de sufrir caídas
- Tienen problemas con drogas o alcohol
- Tienen una historia de complicaciones recientes con hemorragias o hemorragias en el cerebro
- Deben cumplir un procedimiento médico que incluye cirugía o insertar aparatos en el cuerpo

Hasta hace poco tiempo, los médicos pensaban que los anticoagulantes no eran seguros para las personas mencionadas anteriormente. Sin embargo, existe evidencia débil* de que estos medicamentos podrían ser seguros para:

- Personas de 75 o más años de edad
- Personas con riesgo bajo a moderado de sufrir caídas
- Personas con demencia leve

Independientemente de su situación, asegúrese de consultar a su médico sobre los riesgos y beneficios de los anticoagulantes. El riesgo de sufrir hemorragias varía de una persona a otra.

Existe evidencia muy débil* que demuestra que las personas con NVAf y enfermedades renales en etapa final se benefician de los anticoagulantes.

Este folleto recibió el apoyo de la World Stroke Organization.

Esta información se proporciona como un servicio educacional de la Academia Americana de Neurología. Está basada en la evaluación de información científica y clínica actual. No pretende incluir todos los posibles métodos de atención adecuados para un problema neurológico en particular ni todos los criterios legítimos para seleccionar un procedimiento específico. Tampoco pretende excluir ninguna metodología alternativa razonable. La AAN reconoce que las decisiones específicas de atención al paciente son facultad del paciente y del médico que cuida del paciente.

*Habiendo revisado todos los estudios de investigación publicados, los expertos describen la seguridad de la evidencia que apoya cada recomendación:

Evidencia convincente = estudios futuros muy posiblemente no cambien la conclusión

Evidencia moderada = estudios futuros posiblemente no cambien la conclusión

Evidencia débil = estudios futuros posiblemente cambien la conclusión

Evidencia muy débil = estudios futuros muy posiblemente cambien la conclusión

La AAN crea estos resúmenes como herramientas educacionales para neurólogos, pacientes, miembros de sus familias, personas a cargo de su cuidado y el público en general. Usted puede bajar y guardar una sola copia para uso personal. Por favor, envíe un mensaje a guidelines@aan.com para obtener información sobre opciones para compartir esta información más allá de su uso personal.