

ENFRENTAMIENTO ESTRUCTURADO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN APS

PARTE I: DIAGNÓSTICO Y CARACTERIZACIÓN

Autora: Dra. Ma. Fernanda Silva C. Residente Medicina Familiar UC

Editora: Dra. Isabel Mora M. Docente Departamento Medicina Familiar UC

Julio 2021

Resumen de portada:

La Fibrilación auricular es altamente frecuente en la práctica clínica ambulatoria y en los servicios de urgencia; su riesgo aumenta con la edad y con varios factores de riesgo a los que nos enfrentamos diariamente. El objetivo de este artículo es presentar un abordaje estructurado para uso en APS al evaluar pacientes con esta arritmia, con énfasis en el diagnóstico y la caracterización. En un segundo artículo se hablará de tratamiento y manejo de comorbilidades.

Palabras claves: "Fibrilación Auricular" "Enfrentamiento estructurado" "Medicina Familiar" "APS"

Introducción

La Fibrilación Auricular (FA), definida como taquiarritmia supraventricular con activación eléctrica auricular descoordinada y, en consecuencia, contracción auricular ineficaz¹, es la arritmia cardíaca sostenida más común en la práctica clínica y en los servicios de urgencia², es altamente frecuente y su riesgo aumenta con la edad y con el aumento de la carga de los factores de riesgo.

Es una entidad cada vez más en aumento. El año 2016, la prevalencia de FA global era de 1-2%, mientras que actualmente se estima una prevalencia de 2-4% en el mundo y 1,6% en Latinoamérica, llegando a 8,26% en mayores de 80 años.³

La FA presenta alto impacto en la vida de las personas con un riesgo 5 veces más de desarrollar accidente cerebrovascular (ACV) isquémico, 20-30% más riesgo de disfunción de ventrículo izquierdo (VI) e insuficiencia cardíaca (IC), 10-40% más hospitalizaciones, mayor incidencia de demencias, síntomas depresivos y peor calidad de vida, con un riesgo de mortalidad 1,3 a 3,5 veces más^{4,5,7}.

Enfrentamiento estructurado en APS

La última guía europea sobre diagnóstico y manejo de FA 2020 propone un abordaje estructurado para el correcto manejo de la FA en APS a través de la nemotecnia **CC(4s) To ABC**³.

- **C:** Confirmación: realizar el diagnóstico con electrocardiograma (ECG)
- **C:** Caracterización de la enfermedad y en el paciente (**4s**)
- **To:** Tratamiento: enfrentamiento paciente de multimorbilidad con manejo multidisciplinario
- **A:** Anticoagulación y prevención tromboembólica
- **B:** (Burden) Carga de enfermedad: control de síntomas y control de ritmo vs frecuencia
- **C:** Comorbilidades.

En el presente artículo revisaremos el enfrentamiento inicial en APS del paciente con FA, enfocándonos en la confirmación y caracterización de la patología con enfoque centrado en el paciente, por lo que revisaremos las primeras CC(4s) del enfrentamiento propuesto.

→ CONFIRMACIÓN (C):

La confirmación de la FA se debe realizar a través de un diagnóstico certero. El *gold standard* para el diagnóstico de la FA es el ECG de 12 derivaciones con una duración de 30 segundos, que logre mostrar los hallazgos característicos de FA:

- Ritmo cardíaco sin ondas P
- Ondas fibrilatorias "f"
- Intervalos RR irregulares, lo que confiere la característica de "irregularmente irregular"

- QRS angosto
- Frecuencia ventricular de 90 a 170 lpm⁶.

Por la alta prevalencia y carga de enfermedad que la FA confiere, se recomienda el screening mediante la palpación de pulso de al menos 30 segundos que tiene una sensibilidad del 94% y especificidad del 72%⁶ o toma de ECG en mayores de 65 años, y como se mencionó que la prevalencia aumenta con la edad se debe considerar la toma de ECG a todos los mayores de 75 años o con alto riesgo de ACV³.

→ CARACTERIZACIÓN (C - 4s):

En cuanto a la caracterización de la enfermedad hay que evaluar:

1. La clasificación, que puede ser dividida en subclínica o clínica y, dentro de ésta última, según su patrón temporal, según patrón de instauración o cómo se ha mantenido en el tiempo.
2. Causas que pueden ser cardíacas o no cardíacas
3. Factores de riesgo o comorbilidades asociadas.

1-Clasificación:

- **Subclínica:** se caracteriza por ausencia de síntomas de FA y que no se ha detectado previamente a través de un ECG formal³. Dentro de esta clasificación se encuentran los “Episodios de frecuencia auricular rápida” (conocidos como AHRE por su sigla en inglés) que corresponden a episodios que tienen una duración mayor o igual a 5 minutos, con frecuencia cardíaca (FC) mayor a 175 lpm, detectada por dispositivos de monitorización cardíaca continua en individuos sin síntomas.
- **Clínica:** FA sintomática o asintomática documentada por ECG. La forma clínica tiene una subclasificación temporal.

Clasificación temporal:

- **Primer diagnóstico:** no diagnosticada antes, independiente de duración o síntomas de gravedad.
- **FA Paroxística:** cesa espontáneamente o con intervención dentro de los 7 días desde el inicio
- **FA Persistente:** se mantiene de forma continua más allá de los 7 días, incluidos los episodios terminados con cardioversión.
- **FA Persistente de larga duración:** FA continua de > 12 meses de duración cuando se decide adoptar una estrategia de control del ritmo
- **FA permanente:** representa una actitud terapéutica del paciente y del médico más que un atributo fisiopatológico inherente de la FA, en quien se intentó control de ritmo y al no lograrlo queda con control de frecuencia^{3,5}.

2- Causas:

Cardíacas: cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca, enfermedad cardíaca estructural como miocardiopatía dilatada, enfermedad valvular, entre otras, y post intervención cardíaca (iatrogénicas) como posterior a implante cardíaco o cirugía cardíaca.

No cardíacas: por enfermedades sistémicas como enfermedades tiroideas o pulmonares como EPOC y SAHOS, secundario a anomalías electrolíticas y secundarios a fármacos como anti arrítmicos, litio y fármacos que aumentan el QT, entre otras causas⁶.

3- Factores de Riesgo:

No modificables: el más importante es la edad >65 años (OR 2,1), hombres y etnia caucásica.

Modificables: Tabaco, alcohol, obesidad, ejercicio, estrés psicológico y factores psicosociales, Hipertensión arterial (OR 1.5), Diabetes mellitus tipo 2 (OR 1,4).^{4,8}

La presentación clínica de un paciente con FA puede debutar de distintas maneras siendo algunas de las más frecuentes:

- Con síntomas de insuficiencia cardiaca: dentro de los síntomas más reportados por el paciente son las palpitaciones, disnea, fatiga, opresión o dolor al pecho, mareos o incluso trastornos del sueño^{3,5}.
- Con respuesta Ventricular rápida (RVR) con hemodinamia inestable para lo cual se debe realizar manejo de urgencia, que no se aborda ni es objetivo del presente escrito.
- Con complicación tromboembólica (ACV o embolia sistémica).

Dentro del enfrentamiento del paciente con FA hay que recordar que es un paciente de multimorbilidad que se beneficia de un abordaje multidisciplinario e integral de su enfermedad y comorbilidades, es por esto que en todo control se refuerza la importancia de abordar las **4S-FA**³:

- **Severidad del riesgo tromboembólico (de ACV):** calculado con el CHADSVASC y riesgo de sangrado estimado con HASBLED que se explicarán más adelante.

Puede encontrar dichos score de cálculo en:

ChadVaSc: <https://www.samiuc.es/chads2-vasc-score/>

HASBLED: <https://www.samiuc.es/has-bleed-score/>

- **Severidad de los síntomas** del paciente: se fomenta que idealmente puedan ser categorizado según la escala propuesta por la European Heart Rhythm Association (EHRA) que se muestra en la tabla 1.

Tabla 1: Clasificación de severidad de síntomas en FA según European Heart Rhythm Association

Escala	Síntomas	Descripción
1	Ninguno	FA no causa síntomas
2a	Leve	La actividad diaria normal no está afectada por síntomas de FA
2b	Moderado	La actividad normal no está afectada por los síntomas de FA, pero suponen un problema para el paciente
3	Grave	La actividad diaria normal está afectada por los síntomas de la FA
4	Discapacitantes	Se interrumpe la actividad diaria normal por los síntomas de FA

- **Severidad de la carga de enfermedad:** cómo su tratamiento y síntomas afectan su calidad de vida; se propone hacer preguntas en relación a la calidad de vida de los pacientes con FA.
- **Severidad de factores de riesgo o comorbilidades** cardiovasculares, que al ser tratados y manejados pueden mejorar los resultados en el control y la sobrevida de los pacientes con fibrilación auricular.

Estudio

En todo paciente con FA se debe realizar:

- Anamnesis completa y evaluación de función cognitiva (Moca)³
- Exámenes de laboratorio: Hemograma, glucosa, ELP, función tiroidea, renal y hepática.
- ECG 12 derivaciones y ecocardiograma^{3,5}
- Ecocardiograma al diagnóstico y luego cada 5 años si el paciente se mantiene estable en control de síntomas y FC.

En el artículo de “PILARES DE TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON FA” se abordará el resto del enfrentamiento propuesto CC(4s) To ABC.

Resumen

- La FA es una enfermedad altamente prevalente en Chile y el mundo, configurándose como la arritmia cardíaca más común en la práctica clínica.
- Aumenta el riesgo de peor calidad de vida, ACV y mortalidad en quienes la padecen.
- Se propone una forma de evaluación esquemática para el manejo de los pacientes en APS a través de la nemotecnia **CC(4s) To ABC**
- La primera parte, CC(4s) nos indica que es necesario hacer un diagnóstico eficaz y oportuno a través del ECG de 12 derivaciones, seguido por un abordaje estructurado para el manejo integral y multidisciplinario de estos pacientes.

Referencias

- 1- 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation. *JACC* Vol 64, No. 21, (2014). December 2, 2014: e1– 76
- 2- Corbalán R. Et. al (2017). Features, management and prognosis of Chilean patients with non valvular atrial fibrillation: GARFIELD AF registry. *Revista médica de Chile*, 145(8), 963-971. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000800963>
- 3- 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) [*Eur Heart J* (2020); doi:[10.1093/eurheartj/ehaa612](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa612)].
- 4- Epidemiology of Atrial Fibrillation in the 21st Century. Jelena Kornej, Christin S.Börschel, Emelia J. Benjamin, Renate B. Schnabel. Originally published 18 Jun 2020 <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.120.316340> *Circulation Research*. 2020;127:4–20
- 5- Guías de 2019 de la American Heart Association / American College of Cardiology / Heart Rhythm Society sobre el manejo de la FA
- 6- Gutierrez et al. Diagnosis and Treatment of Atrial Fibrillation. *Am Fam Physician*. 2016 Sep 15;94(6):442-452
- 7- Kannel WB, Wolf PA, Benjamin EJ, et al. Prevalence, incidence, prognosis, and predisposing conditions For atrial fibrillation: population-based estimates. *Am J Cardiol* 1998;82:2N–9N.
- 8- Benjamin EJ, Levy D, Vaziri SM, D'Agostino RB, Belanger AJ, Wolf PA. Factores de riesgo independientes para la fibrilación auricular en una cohorte poblacional : el estudio del corazón de Framingham . *JAMA*. 1994; 271 (11): 840–844. doi: 10.1001 / jama.1994.03510350050036