

Comunicación breve

Hospital General Docente “Vladimir Ilich Lenin”.

La fibrilación atrial, un fracaso de la cardiología contemporánea. Hospital Lenin, enero 2008.

The atrial fibrillation, a failure of the contemporary cardiology. Lenin Hospital, January 2008.

Luis Gómez Peña¹, Ivonne Rocha Cisneros², Laritza Zúñiga Torres³, Cristina Proenza Garrido⁴, Daimi Díaz Delgado⁵.

1 Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna. Ms.C en Urgencias Médicas. Profesor Asistente. Hospital V. I. Lenin.

2 Licenciada en Enfermería. Policlínica “Julio Grave de Peralta”.

3 Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor. Hospital V. I. Lenin.

4 Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor. Hospital V. I. Lenin.

5 Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Escuela Latinoamericana de Medicina.

RESUMEN

Se realizó un estudio de serie de casos, en el Servicio de Urgencias del Hospital Provincial Universitario V. I. Lenin, cuyo objeto social consiste en la atención especializada al paciente crítico y entre ellos a los afectos con fibrilación atrial, estudio que servirá de fundamentos teóricos en una línea de investigación de doctorado, como parte a su vez de una investigación de desarrollo. El universo de estudio estuvo constituido por 256 pacientes controlados en el Departamento de Observaciones del Servicio de Urgencias de Medicina Interna, teniendo como objetivo profundizar en los comportamientos de algunas variables clínicas, epidemiológicas y terapéuticas.

De ellos fueron seleccionados 80 pacientes a través de un muestreo probabilístico aleatorio simple. Los principales resultados fueron: el patrón clínico de presentación más frecuente visto fue el permanente, sobre todo después de los 60 años, hubo asociación entre los factores de riesgo y las formas de presentación de reciente diagnóstico y persistente fundamentalmente, la variedad de reciente diagnóstico tiene mayores posibilidades de desarrollar un ictus que el resto de los patrones clínicos.. Se concluyó entonces que la fibrilación atrial tiene un comportamiento heterogéneo y que existen dificultades en la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la misma. Recomendamos insistir en la aplicación de protocolos de actuación.

Palabras Claves: Fibrilación atrial, patrón clínico, tratamiento.

ABSTRACT

Its was carried out a study of series of cases, in the Service of Urgencies of the University Provincial Hospital V. I. Lenin whose social object consists on the specialized attention to the

critical patient and among them to the affections with fibrillation atrial, study that will serve in turn as theoretical foundations in a line of doctorate investigation, like part of a development investigation. The study universe was constituted by 256 patients controlled in the Department of Observations of the Service of Urgencies of Internal Medicine, having as objective to deepen in the behavior of some clinical, epidemic and therapeutic variables.

Of them 80 patients were selected through a sampling simple random probabilistic. The main results were: the clinical pattern of more frequent presentation seen it was the permanent one, mainly after the 60 years, there was association between the factors of risk and the forms of presentation of recent diagnosis and persistent fundamentally, the variety of recent diagnosis has bigger possibilities to develop an ictus that the rest of the clinical patterns.. You concluded then that the fibrillation atrial has a heterogeneous behavior and that difficulties exist in the prevention, diagnostic, treatment and pursuit of the same one. We recommend insisting in the application of performance protocols.

Key words: atrial fibrillation, clinical pattern, treatment.

INTRODUCCIÓN

La fibrilación atrial, tema de nuestra investigación protagoniza un capítulo antiguo pero inacabado en el ámbito de la Medicina de Urgencias y Emergencias. Desde época inmemorial se han dado diversos nombres a la fibrilación atrial: palpitaciones rebeldes, delirium cordis, pulsus irregularis perpetuus, entre otros. Fue descrita por Robert Adams en 1827 como una arritmia que se caracterizaba por despolarizaciones auriculares completamente desorganizadas y que ocasionaban una ineficaz contracción auricular.¹

Por sorprendente que parezca, no hay una definición electrofisiológica precisa y sencilla de la fibrilación atrial. Basta revisar la definición ofrecida por las guías de la American Heart Association / American College of Cardiology / European Society of Cardiology en su edición de agosto de 2006², que se limita a la descripción de un patrón de ondas auriculares irregulares en el electrocardiograma, con una referencia al libro de Bellet del año 1971³. La fibrilación atrial es la arritmia cardíaca sostenida más frecuente y afecta al 0,6% de la población, y al 6% y 8% de los sujetos mayores de 60 y 80 años, respectivamente. En pacientes derivados para el tratamiento de insuficiencia cardíaca, la incidencia de fibrilación atrial es de 5% a 10%. En un estudio publicado en Estados Unidos en el año 2002, se estima que la fibrilación atrial aumentará de 2,3 millones de individuos a 5,6 millones en el año 2050.^{4,5} Constituye un cuadro clínico heterogéneo con patrones de presentación bien diferenciados que condicionan pautas terapéuticas distintas. Así se ha reconocido desde hace años y se ha recogido en la última guía de práctica clínica elaborada de forma conjunta por la Sociedad Europea de Cardiología y las dos principales Sociedades Americanas de Cardiología⁶ clasificando la fibrilación atrial en cuatro grandes grupos: primer episodio o de reciente diagnóstico, paroxística, persistente y permanente.⁷

MÉTODO

Se realizó un estudio de serie de casos en pacientes admitidos con el diagnóstico de fibrilación atrial en el Hospital Provincial Universitario Vladimir I. Lenin, de Holguín, durante el período comprendido de enero a diciembre de 2006. El universo estuvo constituido por un total de 256

pacientes con el diagnóstico de fibrilación atrial, seleccionando como muestra de la investigación 80 pacientes a partir de un muestreo probabilístico aleatorio simple. Los resultados fueron llevados a cuadros de interés estadístico y se realizó el cálculo de distribución de frecuencia simple de cada variable.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La Sociedad Europea y Americana de Cardiología, clasifican la Fibrilación Atrial en cuatro formas: *la de reciente diagnóstico, la paroxística, la persistente y la permanente*. En nuestro estudio la forma permanente fue la que más casos aportó con 28 pacientes para un 35%, le siguieron la de reciente diagnóstico y la persistente con un 25 % de casos cada una y finalmente la paroxística con solo un 25% del total de casos, también son señalados por otros autores¹⁰⁻¹². En la población menor de 60 años, la forma persistente de la enfermedad fue la más frecuente, con 14 casos para un 70% del total de ellas. En los grupos de edades entre 60 - 74 años y 75 - 89 años, fue el patrón clínico permanente el más frecuente. Pedro Blanch en su estudio encuentra también una elevada prevalencia en edades alrededor de los 79,3 años¹³. El cuadro 1 representó las manifestaciones clínicas y el estado hemodinámico, las palpitations fue el síntoma más frecuente, representando el 72.5% de los casos y le siguió la disnea con un 52.5%. Un 22.5% presentaba inestabilidad hemodinámica asociada con la fibrilación auricular al momento de su ingreso a la emergencia.

Cuadro 1. Manifestaciones clínicas y estado hemodinámico.

Manifestaciones Clínicas	No	%
Palpitaciones	58	72.5
Disnea	42	52.5
Dolor precordial	36	45
Mareos	34	42.5
Combinación	74	46.2
Asintomáticos	6	7.5
Estado hemodinámico	No	%
Estable	62	77.5
Inestable	18	22.5
Total	80	100

Fuente: Expedientes clínicos.

Según los patrones clínicos de presentación y el riesgo a desarrollar un ictus cerebral, (Cuadro 2) es de observar que las variedades paroxística y permanente tienen un riesgo bajo a desarrollar esta complicación, el patrón persistente un riesgo moderado y los de reciente diagnóstico un riesgo elevado a evolucionar a un ictus cerebral¹⁴. Estudios señalan que los pacientes con riesgo bajo deben de utilizar salicilatos y los de riesgo moderado y elevado anticoagulantes siempre que no estén contraindicados¹⁵.

Cuadro 2. Patrón clínico de presentación y riesgo a desarrollar un ictus cerebral.

Riesgo de Ictus	De reciente diagnóstico (RR)	Paroxística (RR)	Persistente (RR)	Permanente (RR)	Total
Riesgo bajo	14 (0.2)	10 (0.1)	20 (0.2)	10 (0.1)	54
Riesgo Moderado	2 (0.2)	2 (0.2)	0 (0)	18 (13.3)	22
Riesgo Elevado	4 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4

Fuente: Expedientes clínicos. N = 80

CONCLUSIONES

El patrón clínico de presentación de fibrilación atrial más frecuente fue la permanente. La presencia de una cardiopatía estructural significativa como factor predisponente en este grupo de pacientes fue muy frecuente. El sistema de puntuación clínica (CHADS), nos muestra lo útil que puede llegar a ser la estratificación del riesgo, si queremos prevenir una enfermedad cerebrovascular y hacer un uso más adecuado de los medicamentos antitromboticos. Existe necesidad de rediseñar las normas de seguimiento de un paciente con una fibrilación atrial, si tenemos en cuenta lo heterogéneo en la manera de presentarse y lo diferente en la actuación en nuestro contexto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Suárez FL. Fibrilación Auricular. En: Manual de diagnóstico y tratamiento de especialidades clínicas. Ed Organización Panamericana de la Salud, 2002: 68 – 75.
2. Martín A, Gargantilla P, Laguna P, Del Arco C, on behalf of the GEFAUR-1 investigators. A prospective multicenter study on atrial fibrillation in the emergency department. The Spanish Atrial Fibrillation in Emergency Medicine Study Group (GEFAUR-1): Rate control issues [abstract]. *Eur Heart J* 2001(suppl); 22:552.
3. Gallagher MM, Camm J.. Classification of atrial fibrillation. *Am J Cardiol* 1998;82:N18-28.
4. Cañas M. Guía para el manejo de la fibrilación auricular del colegio de médicos norteamericano y de la academia norteamericana de médicos de familia. *Ann Intern Med.* 2003; 139:1009-1017, 1018-1033
5. Lip GYH, Beevers DG. History, epidemiology and importance of atrial fibrillation. *Br Med J* 1995; 311: 1361-1363.
6. Fuster V, Rydén LE, Asinger RW, Cannom DS, Crijns HJ, Frye RL, et al. The ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. *Eur Heart J* 2001;22:1852-923.
7. Vázquez ER, Márquez AG, Fajardo AP, Lozano CC, Guzmán MH, Ramírez AM, et al. Patrones clínicos de presentación de la fibrilación auricular en los pacientes hospitalizados. *Arritmias* 2003; 56:112.
8. Merino JL, Matrin A. Guías Clínicas para el manejo de pacientes con Fibrilación Atrial en los servicios de urgencias hospitalarios. *Rev Esp cardiol*, 2001; 54: 307 – 367.

9. Peña GP, Hernández MA. Fibrilación Auricular. Rev Medicina,2004. Vol 08, No 37, p. 2061 – 68.
10. Salbela GV. Fibrilacion Auricular: mas vale prevenir que tratar. Rev Med Uruguay; 2005; 21:269-81.
11. Cannon D. Atriall Fibrillation: Non pharmacologic approche. Am J Cardiol 2000, 85(10 suppl): 25-35.
12. Pened AF. Patrones clínicos presentes en la fibrilación atrial en pacientes hospitalizados. Rev Esp Cardiol. Vol 56, No 12, 2003: 1187 -1194.
13. Blanch P, Freisa R, Iron M. Utilización de los anticoagulantes orales en pacientes con Fibrilación Auricular al alta hospitalaria. Arritmias, vol 56, Numero11, Nov 2003.
14. Fabian MD. Fibrilación Atrial y Flutter Auricular. Henry Ford. Hospital Esp, 2004.
15. Strong SH, Halperin JL. Fibrilacion Auricular en el geriatrico. Estratificación del riesgo y tratamiento antitrombotico emergente. Geriatrics, 2007, mar; 62(3):22-7.

Correspondencia: Dr. Luis Gómez Peña. Calle Luz Caballero # 129 E/ Pepe Torres Y Cardet. Holguín. Teléfono: 427375. Correo electrónico: luis@fcm.hlg.sld.cu

[Indice Anterior](#)