

Fibrilación auricular en un hospital general

Juan Manuel Cortés-Ramírez,* Juan Manuel de Jesús Cortés-de la Torre,**
 Raúl Arturo Cortés-de la Torre,*** Jesús Uriel Cisneros-Contreras,*
 Baldomero Javier Méndez-Reyes,**** Alfredo Salazar-de Santiago,*****
 Ma. del Carmen Aceves,**** Elda Mayorga-García,**** Adrián Jiménez,*****
 Paloma Barajas-Prieto,**** Gabriela Guerrero-Martínez,****
 Mayra Lizbeth Hernández-Trujillo,**** Raquel de la Torre-Murillo

RESUMEN

La fibrilación auricular (FA) está presente en el 2% de la población, se duplicará, en los próximos 50 años, con alta tasa de muerte, causando un tercio de las hospitalizaciones. De los pacientes que acudieron a consulta externa de cardiología con alguna arritmia entre el 1 de junio de 2010 al 28 de marzo del 2011, a 19 (34.5%) se les diagnosticó FA, 12 mujeres (62.5%) y 7 (37.5%) hombres, el 79% mayores de 60 años. Como patologías coadyuvantes estuvieron el hipotiroidismo en el 21% y valvulopatía mitral reumática en el 10.5%. El antiarrítmico más empleado fue el betabloqueador en el 57.8%, seguido de la digoxina en 36.8% y amiodarona en el 21%. Monoterapia en el 52.6% terapia doble en el 36.8% sólo en el 10% triple. Para profilaxis de embolismo AAS en el 63% y anticoagulantes orales en el 36.8%. La FA asintomática cursa sin diagnóstico por mucho tiempo, los pacientes no van a acudir al hospital y no por ello no se modifica su historia natural, la búsqueda sistemática ayudaría al diagnóstico temprano. Los antitrombóticos nuevos y antiarrítmicos emergentes más seguros, ayudan a mejorar el resultado clínico; de allí la importancia de hacer un diagnóstico precoz.

Palabras clave: Fibrilación auricular, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardiaca.

ABSTRACT

The atrial fibrillation (AF) is present in 2% of the population will double in the next 50 years due to aging of the same, with high rates of death, thromboembolic events, reduced quality of life, increases 5 times the stroke, because third hospitalizations. Heart failure agrees 30% of these patients. Valvulopathy found in 30% of rheumatic was common, now rare. Thyroid dysfunction can cause subclinical dysfunction can still contribute. Of the patients attending cardiology outpatient some arrhythmia between June 1, 2010 through March 28, 2011, 19 (34.5%) were diagnosed with AF, 12 women (62.5%) and 7 (37.5%) men, 79% are over 60 years. The most antiarrhythmic beta-blocker used was the 57.8%, followed by 36.8% digoxin and amiodarone in 21%. Monotherapy in 52.6% dual therapy in 36.8% only in 10.5% triple. To embolism prophylaxis with acid acetylsalicylic was used in 63% and oral anticoagulants in 36.8%. The AF is asymptomatic and undiagnosed for a long time, patients are not going to go to hospital and therefore not going to change its natural history, systematic search diagnosis will help to early diagnosis. The new antithrombotic and antiarrhythmic emerging safer, helping to improve clinical outcome. Hence the importance of early diagnosis.

Key words: Atrial fibrillation, stroke, heart failure.

Trabajo realizado en el Hospital General de Zacatecas «Luz María Cossío»

* Hospital General de Zacatecas, SSZ.

** Residente Medicina Interna, Hospital San José Tecnológico de Monterrey.

*** Escuela de Medicina, Tecnológico de Monterrey, Campus Monterrey.

**** Área de Ciencias de la Salud UAZ.

***** Servicios de Salud de Zacatecas.

***** Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en
<http://www.medigraphic.com/revmexcardiol>

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) afecta del 1-2% de la población y se duplicará en los próximos 50 años.^{1,2} Puede permanecer sin diagnosticar durante un tiempo (FA silente), 1/3 de las personas no son conscientes de la existencia de ella³ y muchos pacientes nunca van a acudir al hospital.⁴ Por ello, la prevalencia real es del 2%,³ aumenta con la edad, desde el 0.5% a los 40-50 años hasta un 5-15% a los 80 años.^{1,2,5-7} Los varones son más afectados que las mujeres. El riesgo de sufrirla es del 25% en personas mayores de 40 años.⁸

La incidencia sigue al alza (el 13% en las dos décadas pasadas). En pacientes con accidente cerebrovascular (ACV) agudo, la monitorización puede identificarla en 1/20 individuos.

La FA se asocia a una tasa mayor de muerte, la duplica, ACV y otros episodios tromboembólicos, insuficiencia cardíaca y hospitalizaciones, pérdida de calidad de vida, capacidad reducida para el ejercicio y disfunción ventricular izquierda (VI).^{3,9} Sólo el tratamiento antitrombótico ha reducido las muertes relacionadas con la FA.¹⁰ Los ACV en la FA son a menudo graves y producen discapacidad a largo plazo o muerte, 1 de cada 5 se debe a FA, la silente no diagnosticada es causa probable de ACV criptogénicos.^{3,11} La paroxística conlleva el mismo riesgo de ACV que la persistente o permanente.¹² La FA aumenta 5 veces el riesgo de accidente cerebrovascular. Los costos de su manejo están aumentados 1.5 veces.

La FA causa: un tercio de las hospitalizaciones por síndrome coronario agudo, descompensación de la insuficiencia cardíaca, complicaciones tromboembólicas y manejo agudo de la arritmia. Disfunción cognitiva, incluso demencia vascular, por episodios embólicos asintomáticos sin un ACV manifiesto.¹¹ La calidad de vida y la capacidad para el ejercicio está disminuida.¹³ La función del VI está deteriorada por el ritmo ventricular irregular y rápido, por la pérdida de la función contráctil auricular y el aumento de la presión telediastólica.

La FA asociada a enfermedades cardiovasculares^{14,15} que tienen un efecto aditivo en la perpetuación de la FA al promover la existencia de un sustrato que mantiene la FA. El envejecimiento aumenta el riesgo de FA, por pérdida y aislamiento del miocardio auricular y por los trastornos de conducción asociados a ello. La hipertensión es factor de riesgo de la incidencia de FA de primera vez y las complicaciones relacionadas con ella, ACV y tromboembolia sistémica. La insuficiencia cardíaca clase II-IV de la NYHA está presente en un 30% de los pacientes con FA,^{14,15} y la FA se encuentra en un 30-40% de estos pacientes, puede ser una consecuencia de la FA o una causa de la arritmia por el aumento de la presión auricular y sobrecarga de volumen, disfunción valvular secundaria o estimulación neurohumoral crónica. Taquimiocardiopatía cuando la disfunción del VI se presenta con ritmo ventricular rápido en ausencia de cardiomiopatía estructural, se normaliza o mejora cuando se controla el ritmo o revierte a ritmo sinusal. Las valvulopatías en un 30%^{14,15} por una distensión de la aurícula izquierda, es manifestación precoz de estenosis y/o insuficiencia mitral,

ocurre en fases tardías de la valvulopatía aórtica, la «FA reumática» era frecuente, hoy es rara. Las miocardiopatías y las enfermedades cardíacas eléctricas primarias,¹⁶ son un riesgo de FA, más en jóvenes. La comunicación interauricular se asocia en un 10-15%, tiene implicaciones clínicas para el manejo antitrombótico de pacientes con ACV previo o accidente isquémico transitorio previo y un defecto septal auricular. Otras cardiopatías congénitas con riesgo son ventrículos únicos, tras la operación de Mustard para la transposición de las grandes arterias o de la cirugía de Fontan. La cardiopatía isquémica presente en más del 20% de la población con FA.^{14,15} La enfermedad coronaria no complicada *per se* (isquemia auricular) predispone a la FA y la FA interacciona con la perfusión coronaria.¹⁷ La disfunción tiroidea manifiesta puede ser la causa y predisponer a complicaciones relacionadas con la FA,^{14,15} la disfunción subclínica puede contribuir a ella. La obesidad en un 25% de los pacientes con FA,¹⁵ el índice de masa corporal medio fue 27.5 (obesidad moderada) en un registro alemán.

La diabetes mellitus en un 20% contribuye al daño auricular. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en un 10-15% de los pacientes. La apnea del sueño, asociada a hipertensión, diabetes mellitus y cardiopatía estructural, es un factor fisiopatológico de FA por los aumentos en la presión y el tamaño auriculares inducidos por la apnea o los cambios autonómicos. La enfermedad renal crónica en un 10-15% asociada con FA, aumenta el riesgo de complicaciones cardiovasculares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron los expedientes de los pacientes que acudieron a consulta externa de cardiología en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de junio del 2010 al 28 de marzo del 2011 con diagnóstico de arritmia cardíaca y de ellos se seleccionaron los que cursaban con FA por clínica, arritmia completa y electrocardiograma (ondas p de diferente morfología y R-R variable). Se excluyeron quienes no tuvieran el diagnóstico sustentado en electrocardiograma. Se analizó género, edad, antecedentes personales patológicos: disfunción tiroidea, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, dislipidemia, cardiopatía isquémica, cardiopatía reumática o congénita, insuficiencia cardíaca. Complicaciones: mortalidad, embolismo, sangrados mayores o menores, accidente cerebrovascular embólico o hemorrágico (iatrogénico). Tratamiento.

RESULTADOS

De los enfermos que acudieron a consulta externa de cardiología en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de junio de 2010 al 28 de marzo del 2011, 55 cursaban con algún tipo de arritmia de ellos 19 (34.5%) presentaron FA (Figura 1).

Respecto al género, 12 (62.5%) eran mujeres y 7 (37.5%) varones.

La edad fluctuó entre 19 y 83 años, con media de 68 años y moda de 75, 15 enfermos (78.9%) eran mayores de 60 años.

Se presentaron complicaciones del tipo del ACV en 6 (31.5%), insuficiencia cardiaca que requirió de hospitalización en 5 (26.3), 4 (21.0%) con oclusión arterial de miembros inferiores, epistaxis que necesitaron taponamiento en 2 (10.5%), angor en 2 (10.5%), crisis convulsivas en 1 (5.5%), y una defunción (5.5%).

Respecto a los antiarrítmicos empleados fueron: betabloqueador cardioselectivo en 11 (57.8%), digoxina en 7 (36.8%), amiodarona en 4 (21.0%), verapamilo en 3 (15.7%) y propafenona en 2 (10.5%).

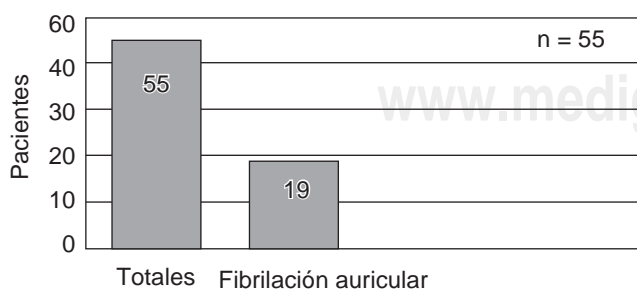
En 10 (52.6%) pacientes se empleó monoterapia, en cuanto a antiarrítmicos, en 7 (36.8%) terapia doble y en 2 (10.5%) terapia triple.

Los anticoagulantes inhibidores de la vitamina K fueron empleados en 7 (36.8%) y ácido acetilsalicílico como antiagregante en 12 (63.1%).

Otros fármacos empleados como antirremodeladores fundamentalmente fueron:

Pravastatinas en 7 (36.8%), espironolactona en 7 (36.8%), inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina en 7 (36.8%) y ARA II en 3.

Cuatro tenían (21%) hipotiroidismo y 2 (10.5%) valvulopatía mitral reumática.



Fuente: Expedientes clínicos HGZ.

Figura 1. Arritmias detectadas, la fibrilación auricular fue la más frecuente observada en 34.5% de los enfermos.

DISCUSIÓN

La FA es una arritmia frecuente en nuestro medio 34.5% de todas ellas, más frecuente en mujeres porque son más conscientes en acudir a recibir atención médica y por la tasa elevada de emigración sobre todo de varones. Coincide con reportes en cuanto a los grupos de edad en que tiene mayor prevalencia. Es muy alta la incidencia de embolismos a miembros inferiores (52.6%) probablemente asociado al pobre uso de anticoagulantes orales (36.8%). De los antiarrítmicos los más empleados son los betabloqueadores y los digitálicos por tradición lo más probable.

La FA asintomática persiste sin diagnóstico por mucho tiempo, los pacientes no van a acudir al hospital y va a continuar su historia natural, por ello la búsqueda sistemática, ayudaría al diagnóstico temprano que asociado al empleo de los antitrombóticos nuevos y antiarrítmicos emergentes ayudarían a mejorar el resultado clínico. De allí la importancia de hacer un diagnóstico precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stewart S, Hart CL, Hole DJ, McMurray JJ. Population prevalence, incidence, and predictors of atrial fibrillation in the Renfrew/Paisley study. *Heart* 2001; 86: 516-521.
2. Go AS, Hylek EM, Phillips KA, Chang Y, Henault LE, Selby JV, Singer DE. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the Anticoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. *JAMA* 2001; 285: 2370-2375.
3. Kirchhof P, Auricchio A, Bax J, Crijns H, Camm J, Diener HC et al. Outcome parameters for trials in atrial fibrillation: executive summary. Recommendations from a consensus conference organized by the German Atrial Fibrillation Competence NETwork (AFNET) and the European Heart Rhythm Association (EHRA). *Eur Heart J* 2007; 28: 2803-2817.
4. Lip GY, Golding DJ, Nazir M, Beevers DG, Child DL, Fletcher RI. A survey of atrial fibrillation in general practice: the West Birmingham Atrial Fibrillation Project. *Br J Gen Pract* 1997; 47: 285-289.
5. Miyasaka Y, Barnes ME, Gersh BJ, Cha SS, Bailey KR, Abhayaratna WP et al. Secular trends in incidence of atrial fibrillation in Olmsted County, Minnesota, 1980 to 2000, and implications on the projections for future prevalence. *Circulation* 2006; 114: 119-125.
6. Heeringa J, van der Kuip DA, Hofman A, Kors JA, van Herpen G, Stricker BH et al. Prevalence, incidence and lifetime risk of atrial fibrillation: the Rotterdam study. *Eur Heart J* 2006; 27: 949-953.
7. Naccarelli GV, Varker H, Lin J, Schulman KL. Increasing prevalence of atrial fibrillation and flutter in the United States. *Am J Cardiol* 2009; 104: 1534-1539.
8. Lloyd-Jones DM, Wang TJ, Leip EP, Larson MG, Levy D, Vasan RS et al. Lifetime risk for development of atrial fibrillation: the Framingham Heart Study. *Circulation* 2004; 110: 1042-1046.

9. Stewart S, Hart CL, Hole DJ, McMurray JJ. A population based study of the long-term risks associated with atrial fibrillation: 20-year follow-up of the Renfrew/Paisley study. *Am J Med* 2002; 113: 359-364.
10. Hylek EM, Go AS, Chang Y, Jensvold NG, Henault LE, Selby JV et al. Effect of intensity of oral anticoagulation on stroke severity and mortality in atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2003; 349: 1019-1026.
11. Knecht S, Oelschläger C, Duning T, Lohmann H, Albers J, Stehling C et al. Atrial fibrillation in strokefree patients is associated with memory impairment and hippocampal atrophy. *Eur Heart J* 2008; 29: 2125-2132.
12. Friberg L, Hammar N, Rosenqvist M. Stroke in paroxysmal atrial fibrillation: report from the Stockholm Cohort of Atrial Fibrillation. *Eur Heart J* 2010; 31: 967-975.
13. Thrall G, Lane D, Carroll D, Lip GY. Quality of life in patients with atrial fibrillation: a systematic review. *Am J Med* 2006; 119: e1-e19.
14. Nieuwlaat R, Capucci A, Camm AJ, Olsson SB, Andresen D, Davies DW et al. Atrial fibrillation management: a prospective survey in ESC member countries: the Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. *Eur Heart J* 2005; 26: 2422-2434.
15. Nabauer M, Gerth A, Limbourg T, Schneider S, Oeff M, Kirchhof P et al. The registry of the German competence NET-work on atrial fibrillation: patient characteristics and initial management. *Europace* 2009; 11: 423-434.
16. Maron BJ, Towbin JA, Thiene G, Antzelevitch C, Corrado D, Arnett D et al. Contemporary definitions and classification of the cardiomyopathies: an American Heart Association Scientific Statement from the Council on Clinical Cardiology, Heart Failure and Transplantation Committee; Quality of Care and Outcomes Research and Functional Genomics and Translational Biology Interdisciplinary Working Groups; and Council on Epidemiology and Prevention. *Circulation* 2006; 113: 1807-1816.
17. Goette A, Bukowska A, Dobrev D, Pfeifferberger J, Morawietz H, Strugala D et al. Acute atrial tachyarrhythmia induces angiotensin II type 1 receptor-mediated oxidative stress and microvascular flow abnormalities in the ventricles. *Eur Heart J* 2009; 30: 1411-1420.

Dirección para correspondencia:

Dr. Juan Manuel Cortés Ramírez
Vicente Guerrero Núm. 128, Centro,
98000 Zacatecas, Zac., México