

POLICLÍNICO DOCENTE “NOELIO CAPOTE”. JARUCO

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, CLÍNICOS Y TERAPÉUTICOS DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR AGUDA

Dra. Dianelis Valdés García¹, Dr. Luis Miguel López González¹, Lic. Liset Jiménez Machado², Dra. Kirenia González Sánchez³

1. Especialista de I grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Master en Urgencias Médicas
2. Licenciada en Enfermería. Profesor Instructor. Master en Urgencias Médicas
3. Especialista de I grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Master en Atención Integral a la Mujer

RESUMEN

Se realizó estudio descriptivo transversal con 42 pacientes con Fibrilación Auricular Aguda sintomática, atendidos en la terapia intensiva municipal del Policlínico Docente "Noelio Capote" del municipio Jaruco, provincia La Habana, en el periodo comprendido desde el 1 de enero de 2006 hasta el 31 de diciembre de 2008, con el objetivo de conocer algunos aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos en estos pacientes. Todos fueron estudiados según las variables: edad, sexo, hábitos tóxicos, antecedentes patológicos personales, tiempo de evolución, presencia de recurrencias y conducta terapéutica. Predominó el sexo femenino y los mayores de 70 años. El café y el hábito de fumar resultaron ser los hábitos tóxicos que más estaban presentes; mientras que la Hipertensión Arterial y la Cardiopatía Isquémica fueron los antecedentes patológicos más frecuentes. Predominaron los pacientes con menos de 72 horas de iniciado el evento de FA y más de la mitad de los pacientes eran recurrentes. La conducta terapéutica más utilizada fue frenar la frecuencia cardiaca más la cardioversión farmacológica.

Palabras clave: Fibrilación Auricular Aguda; Atención Primaria de Salud; Terapia Intensiva Municipal.

Descriptores DeCS: **FIBRILACIÓN ATRIAL/epidemiología; FIBRILACIÓN ATRIAL/terapia; ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD; HIPERTENSIÓN; ISQUEMIA MIOCÁRDICA**

INTRODUCCIÓN

La Fibrilación Auricular es la más frecuente de las arritmias, solamente precedidas por la taquicardia sinusal y las extrasístoles, causa aproximadamente un tercio de las hospitalizaciones debidas a alteraciones del ritmo cardiaco¹. Se calcula que alrededor de 2,3 millones de personas en Norteamérica y 4,5 millones en la Unión Europea tienen Fibrilación Auricular paroxística o persistente¹.

Nuestro país no escapa a este fenómeno mundial². Durante los últimos 20 años, los ingresos hospitalarios por este trastorno se han incrementado en un 66% debido al envejecimiento de la población, el aumento de la prevalencia de cardiopatías crónicas, los diagnósticos más frecuentes gracias a dispositivos ambulatorios de monitorización y otros factores².

Existen trabajos publicados en la literatura ²⁻⁴ que abordan la fibrilación auricular caracterizando los pacientes, estudiando sus distintas facetas y analizando los resultados de las distintas opciones terapéuticas.

En nuestro país se ha reorganizado el Sistema de Urgencias Médicas y se crearon en el año 2003 en la Atención Primaria de Salud las Terapias Intensivas Municipales (TIM), con el objetivo de lograr una mejor atención de las urgencias y emergencias médicas⁵. La Fibrilación Auricular Sintomática es un padecimiento susceptible de ser tratado en la sala de terapia intensiva municipal, donde los pacientes son abordados de forma integral lo que permite establecer acciones terapéuticas y de prevención que tienden a disminuir la morbimortalidad^{5,6}.

Sin embargo, en la actualidad han sido escasas las investigaciones dedicadas a valorar el resultado que ha tenido la atención de este trastorno del ritmo en la sala de terapia intensiva municipal ⁶. En nuestro municipio a pesar de que la Fibrilación Auricular es la primera causa de morbilidad por trastornos del ritmo en la población adulta, no se ha realizado ningún trabajo relacionado con la misma y menos aún que caracterice a los pacientes y analice los resultados de las distintas variables terapéuticas posibles.

Por lo anteriormente expuesto se decidió realizar este estudio para conocer los aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos de los pacientes con Fibrilación Auricular atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos del municipio de Jaruco.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de conocer algunos aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos en pacientes con Fibrilación Auricular Sintomática atendidos en la sala de Terapia Intensiva Municipal del Policlínico "Noelio Capote", municipio Jaruco, provincia La Habana durante el período de tiempo comprendido desde el 1 de enero de

2006 hasta el 31 de diciembre de 2008.

La muestra la conformaron los 42 pacientes con diagnóstico de Fibrilación Auricular Aguda en la sala de terapia intensiva, los que cumplían los criterios clínico y electrocardiográfico siguientes:

- Criterio clínico: paciente que al llegar al cuerpo de guardia del policlínico refirió precordalgia, palpitaciones, disnea, fatiga, confusión, mareo y síncope. Al examen físico aparecía pulso irregular, cianosis y signos de tromboembolismo⁷.

- Criterio electrocardiográfico: presencia en el electrocardiograma de oscilaciones rápidas u ondas fibrilatorias (ondas F), que sustituían a las ondas P consistentes, así como una respuesta ventricular irregular rápida (QRS similar al de base, con variaciones de la frecuencia cardiaca y regularidad de las RR⁷).

Los datos fueron obtenidos por el médico que brindó la asistencia mediante interrogatorio a los pacientes seleccionados y de las microhistorias clínicas de la sala de terapia del policlínico, los que se recolectaron en un modelo de encuesta que recogía todas las variables de interés para la información, siendo cuidadosos en todo momento con la veracidad de los datos y respetando el criterio del paciente.

La información recolectada se procesó por medios computarizados, que nos permitió expresarla en números absolutos y porcentuales, que se presentan en tablas que fueron sometidos a un análisis y discusión comparando los resultados con los de otros autores.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra la distribución de los pacientes con Fibrilación Auricular Sintomática, predominando los pacientes de 70 a 79 años de edad con un 23.81%, le siguieron los que tenían de 80 a 89 años con un 19.05% y los de 50 a 59 años y 60 a 69 años con un 16.66% para cada grupo. En relación al sexo se observa que predominó el sexo femenino con un 57.14%. La relación entre grupos de edades y sexo, registró que en el sexo femenino fueron más frecuentes las pacientes entre los 70 y 79 años con un 29.17%, mientras que en el masculino predominaron los pacientes de 40 a 49 y 50 a 59 años con un 22.22% (cada grupo).

Tabla 1. Distribución de los pacientes según grupos de edades y sexo.

Grupos de edades	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No	%
40 - 49	1	4.16	4	22.22	5	11.91

50 - 59	3	12.50	4	22.22	7	16.66
60 - 69	4	16.67	3	16.67	7	16.66
70 - 79	7	29.17	3	16.67	10	23.81
80 - 89	6	25.00	2	11.11	8	19.05
90 y más	3	12.50	2	11.11	5	11.91
Total	24	100.00	18	100.00	42	100.00

En la tabla 2 se señala el comportamiento de los hábitos tóxicos y los antecedentes patológicos personales en los pacientes estudiados. En relación a los hábitos tóxicos se observa que 25 pacientes para un 59.52% refirieron que ingerían café y 23 practicaban el hábito de fumar, lo que representó el 54.56%. Se registraron solo 3 pacientes que ingerían alcohol para un 7.14%.

En relación a los antecedentes patológicos personales de los pacientes, se observa que el antecedente más frecuente fue la Hipertensión Arterial que se registró en 24 pacientes para un 57.14%, seguido de la Cardiopatía Isquémica que la padecían 18 pacientes para un 42.85% y en tercer lugar se ubicó el antecedente de Insuficiencia Cardíaca con un 16.66%. El 11.90% no padecían de enfermedades crónicas no transmisibles.

Tabla 2. Hábitos tóxicos según sexo.

Hábitos tóxicos	No.	%
Café	25	59.52
Hábito de fumar	23	54.56
Alcoholismo	3	7.14
Antecedentes Patológicos Personales		
Hipertensión Arterial	24	57.14
Cardiopatía Isquémica	18	42.85
Insuficiencia cardíaca	7	16.66
Diabetes Mellitus	4	9.52
Asma Bronquial	2	4.76
Ninguno	5	11.90

En la tabla 3 se observa la distribución de los casos estudiados según el tiempo de inicio del evento actual y su relación con la edad, apreciándose que algo más de la mitad (52.38%) de los pacientes solicitaron asistencia médica en las primeras horas de iniciado el evento y un 28.57% no precisó el tiempo de inicio del mismo. La relación del inicio y la edad registró que el 33.33%

de los que acudieron en las primeras 72 horas tenían menos de 70 años y un 19.04% ya sobrepasaban esta edad, mientras que en el grupo de pacientes que no precisaron el tiempo de inicio de los síntomas y signos predominaron los que tenían más de 70 años de edad con un 26.19%.

Tabla 3. Tiempo de inicio del evento actual de Fibrilación Auricular.

Inicio del Evento	Total		Menos de 70 años		Más de 70 años	
	No.	%	No.	%	No.	%
De 0 a 72 horas	22	52.38	14	33.33	8	19.04
72 horas a 7 días	5	11.90	3	7.14	2	4.76
Más de 7 días	3	7.14	1	2.38	2	4.76
No precisado	12	28.57	1	2.38	11	26.19
Total	42	100.00	19	45.23	23	54.76

En la tabla 4 se presenta la presencia de recurrencias de Fibrilación Auricular y su relación con la edad, se observa que 23 pacientes (54.76%) tenían antecedentes de eventos fibrilantes y el 45.23% nunca habían padecido de Fibrilación Auricular. La relación de este antecedente con la edad registró un predominio de las recurrencias en los mayores de 70 años con un 35.71%, contra un 19.04% en los menores de esta edad.

Tabla 4. Recurrencia de eventos anteriores.

Recurrencia Eventos Anteriores	Total		Menos de 70 años		Más de 70 años	
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	23	54.76	8	19.04	15	35.71
No	19	45.23	11	26.19	8	19.04
Total	42	100.00	19	45.23	23	54.76

En la tabla 5 se muestra la conducta terapéutica asumida por los médicos en la sala de terapia intensiva municipal, predominando la conducta que combinó el freno de la frecuencia cardiaca y la cardioversión farmacológica la que se aplicó en 16 pacientes para un 38.09%. Se registró en segundo lugar los casos en que solo se realizó cardioversión farmacológica con un 30.96% y en tercer lugar aquellos en que se solo se frenó la frecuencia cardiaca con 23.81%.

Tabla 5. Conducta terapéutica asumida en la TIM.

Conducta Terapéutica	No.	%
Ninguna	2	4.76
Frenar frecuencia cardiaca	10	23.81
CV Farmacológica	13	30.96
Frenar frecuencia + CV Farmacológica ++FF+CFFFFfFfFfFarmacológica	16	38.09
CV Farmacológica + CV Eléctrica	1	2.38
CV Eléctrica	0	0
Total	42	100.00

DISCUSIÓN

Los resultados registrados en esta investigación son similares a los reportados por otros autores¹⁻³ que informan un incremento significativo de la incidencia y prevalencia de la Fibrilación Auricular a medida que aumenta la edad, independientemente de las asociaciones etiológicas.

Estudios prospectivos muestran que esta arritmia es rara en pacientes menores de 30 años y que se presenta un aumento de la incidencia de 0,1% anual en menores de 40 años hasta 1,5% por año en mujeres y el 2% en hombres mayores de 80 años, es decir aumenta más de 15 a 20 veces⁸.

En relación al sexo la investigación registró resultados similares a los reportados por los investigadores del The Copenhagen City Heart Study⁹ que observaron un número de varones y mujeres con FA prácticamente igual, sin embargo, a partir de los 75 años de edad, el 60% de sus casos resultó ser mujeres, atribuyendo este comportamiento al efecto protector de los estrógenos en las mujeres premenopausicas⁹.

Estudios epidemiológicos realizados en el mundo y en Cuba reportan que los hábitos tóxicos y los antecedentes patológicos personales de los pacientes se relacionan con la aparición de la Fibrilación Auricular.^{1,10} Tanto el café como el cigarro se mencionan en diferentes estudios como factores predisponentes para padecer de Fibrilación Auricular¹⁰, fundamentalmente la cafeína que pudiera ejercer su efecto por activación del sistema simpático.

Por su parte se plantea que el consumo de alcohol en cantidades moderadas a severas, es el hábito tóxico más abordado como posible causa de Fibrilación Auricular.^{10,11} Se plantea¹¹ que el alcohol puede producir daño miocárdico por tres mecanismos básicos: presumible efecto tóxico del alcohol y sus metabolitos, efectos nutricionales, generalmente en asociación con

deficiencia de tiamina, lo que conduce a la enfermedad cardíaca del beriberi y en raras ocasiones, a efectos tóxicos por aditivos en las bebidas alcohólicas (cobalto).

En la literatura revisada¹⁰ se recoge que hay evidencia que tras una ingestión aguda de alcohol, generalmente tras una borrachera de fin de semana, o sobre todo, en la fiesta de fin de año, es frecuente que los pacientes asistan a urgencias médicas con palpitaciones, dolor torácico o síncope, y la arritmia más frecuente detectada es la FA, seguida del fluter auricular y extrasístoles, esto ha dado motivo a que se denomine de diferentes formas, como “síndrome del corazón de vacaciones”, o “del fin de semana”, o “FA de los lunes”.

En relación a los antecedentes patológicos personales la literatura ^{10,12,13} reporta que en aproximadamente el 70 al 80% de los pacientes, la Fibrilación Auricular se asocia con enfermedad cardíaca orgánica y se caracteriza por presentarse en pacientes de mayor edad, con diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca y enfermedad valvular. También se plantea la presencia de otros riesgos como las miocardiopatías y la obesidad¹⁰.

Los autores plantean que la presencia de síntomas en la Fibrilación Auricular varía de acuerdo a la irregularidad y la frecuencia de la respuesta ventricular, del estado funcional subyacente, de la duración del evento y de factores, individuales del paciente, lo cual es corroborado en otros trabajos ^{7,14,15} que tratan el tema.

Por otra parte los autores⁴ consideran que el hecho de que la mayoría de los eventos de inicio no precisado se ubiquen en los pacientes mayores de edad se debe a que con la edad se van perdiendo los mecanismos de alarma, por una parte por el deterioro que va sufriendo el sistema nervioso con la edad avanzada y por otra parte, por la adaptación de muchos pacientes a convivir con la arritmia por ser fibriladores crónicos o de muy alta recurrencia; y por demás con la edad disminuye la actividad física y por tanto las demandas miocárdicas y se siente menos la pérdida del 30% del gasto cardíaco por la ausencia de la contracción auricular.

La Fibrilación Auricular, ya sea paroxística o persistente, constituye una enfermedad crónica con una alta probabilidad de recurrencia en la mayoría de los pacientes ¹⁶. Los resultados obtenidos en la investigación coinciden con lo reportado por algunos autores que plantean una recurrencia al año entre un 30 a un 70% y afirman que sólo se mantienen en ritmo sinusal, a pesar de tratamiento antiarrítmico en un 30%. ¹⁷.

El manejo de la Fibrilación Auricular es complejo y depende del tiempo de inicio del evento y la presencia de síntomas. ^{7,8,10}. De manera general, se recomienda intentar la reversión a ritmo sinusal por medio de fármacos en todos los pacientes con Fibrilación Auricular sostenida de menos de 48 horas de evolución. Aunque muchos de los pacientes quizá reviertan de forma espontánea, acortaremos su estancia en Urgencias y evitaremos la perpetuación de la Fibrilación Auricular y la necesidad de anticoagulación y cardioversión en los pacientes que no revierten espontáneamente^{7,8}.

El restablecimiento del ritmo sinusal tiene importantes beneficios, como el alivio de los síntomas y la mejoría hemodinámica como consecuencia de la recuperación de la contracción auricular, la disminución de la frecuencia cardíaca y la regularidad de los latidos cardíacos^{7,8,18-20}. Además, el paso a ritmo sinusal reduce el riesgo de embolismo¹⁹. Hay que tener en cuenta dos premisas, un gran porcentaje de pacientes revertirán espontáneamente sobre todo en las primeras 24 ó 48 horas y que la eficacia de los medicamentos disminuye con el tiempo de instaurada la FA¹⁸.

CONCLUSIONES

- Predominaron los pacientes mayores de 70 años y del sexo femenino.
- El café y el hábito de fumar resultaron ser los hábitos tóxicos que más estaban presentes; mientras que la Hipertensión Arterial y la Cardiopatía Isquémica fueron los antecedentes patológicos personas más frecuentes.
- Predominaron los pacientes con menos de 72 horas de iniciado el evento de FA, principalmente en los menores de 70 años.
- Más de la mitad de los pacientes eran recurrentes, con predominio en los de más de 70 años de edad.
- La conducta terapéutica más usada fue frenar la frecuencia cardíaca más la cardioversión farmacológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Go As, Hylek EM, Phillips KA. 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: 2370-5.
2. Ortega I, Sánchez J, Sera R. Alteraciones electrocardiográficas durante la fase aguda del ictus isquémico. *Rev Cub Med Int Emerg* 2004; 3(1): 27-31.
3. Friberg J, Buch P, Sharling H. Rising rates of hospital admissions for atrial fibrillation. *Epidemiology*. 2003; 14: 666-72.
4. ACC/AHA/ESC. Guía de práctica clínica 2006 para el manejo de pacientes con fibrilación auricular. *Rev Esp Cardiol*. 2006; 59(12): 1329-64.
5. Sosa Acosta A. Urgencias Médicas. Guía de primera atención. (en CD-ROM) Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2004.
6. Aguilar Hernández I, Benítez Maqueira MC, Barreto M. Impacto de la unidad de terapia intensiva municipal de Nueva Paz. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2006; 22(4): 23-8.
7. Arritmias Cardíacas. En: Matarama Pénate M, Llanio Navarro E, Muñiz Iglesias P, Quintana Setién C, Hernández Zúñiga R, Vicente Peña E, et al. *Medicina Interna. Diagnostico y Tratamiento. Parte II*. La Habana: Ciencias Médicas; 2005. p. 175-216.
8. Pérez J. Tratamiento farmacológico en el manejo de la insuficiencia cardíaca. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2004; 20(3): 23-9.
9. Friberg J, Scharling H, Gadsboll N. Sex-specific increase in the prevalence of atrial

- fibrillation: the copenhagen city heart study. *Am J Cardiol* 2003; 92: 1419-23.
10. Gomis Hernandez R, Cespedes Lantigua AG, Castañer Herrera JF. Arritmias Cardiacas. En: Álvarez Sintés R. *Temas de Medicina General Integral*. 3 ed. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2001; t2. p. 568-84.
 11. Joshua W, Braunwald E. Miocardiopatías y miocarditis. En: Braunwald E, Zipes D, Libby P. *Heart disease: text book of cardiovascular medicine*. 6 ed. Philadelphia: Saunders Company; 2000. p. 2142-57.
 12. Planas F, Romero C, Vázquez G, Poblet T, Navarro F. Historia natural y factores de riesgo de recurrencia en FA primaria. *Rev Esp Cardiol*. 2006; 59 (11): 1106-12.
 13. Jayes RL, Beshansky JR, D'Agostino RB. Do patients' coronary risk factor reports predict acute cardiac ischemia in the emergency department?. A multicenter study. *J Clin Epidemiol*. 2003; 45: 621-6.
 14. Fetsch T, Bauer P, Engberding R. Prevention of atrial fibrillation after cardioversion: results of the pafac trial. *Eur Heart J* 2004; 25: 1385-94.
 15. Israel CW, Gronefeld G, Ehrlich JR. Long-term risk of recurrent atrial fibrillation as documented by an implantable monitoring device: implications for optimal patient care. *J Am Coll Cardiol*. 2004; 43: 47-52.
 16. Kerr CR, Boone J, Connolly SJ. The Canadian registry of atrial fibrillation: a noninterventional follow-up of patients after the first diagnosis of atrial fibrillation. *Am J Cardiol*. 2006; 82: 82-5.
 17. Martínez Brotons A, Ruiz Granell Z, Morrell S, Plancha E, Ferrero A, Roselló A, et al. Rendimiento terapéutico de un protocolo prospectivo de cardioversión en la FA persistente. *Rev Esp Cardiol* 2006; 59(10): 1038-46.
 18. López Gil M, García Tejeda J, Salguero R, Flox A. Fibrilación auricular: tratamiento farmacológico. *Monocardio*. 2003; 2: 84-104.
 19. Almendral Garrote J, Marín Huerta E, Medina Moreno O, Peinado R, Pérez Álvarez L, Ruiz Granell R, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en arritmias cardiacas. *Rev Esp Cardiol* 2001; 54: 307-67.
 20. Escudero Estévez J, Ariel Moreno G, Rondon Parajón J, Hernández Madrid A, Moro Serrano C. Manejo de las arritmias en urgencias. *Monocardio*. 2004; 5 (4): 229-45.

SUMMARY

A descriptive-transversal study was conducted with 42 patients with symptomatic acute atrial fibrillation assisted in the municipal intensive care unit of "Noelio Capote" Teaching Polyclinic in Jaruco, Havana Province, in the period from January 1st, 2006 to December 31st, 2008, in order to know some epidemiological, clinical and therapeutical aspects in these patients. All patients were studied according to the variables: age, sex, toxic habits, personal pathological antecedents, time of evolution, presence of recurrences and therapeutical behavior. The female sex predominated and patients over 70 years. Coffee and smoking habit were found to be the most frequent toxic habits, while the arterial hypertension and Ischemic cardiopathy were the most common personal pathological antecedents. There was prevalence of patients with less than 72 hours into the event of AF and more than half of the patients were recurrent. The most used

therapeutic conduct was to reduce the heart rate plus pharmacological cardioversion.

Subjects Headings: **ATRIAL FIBRILLATION/epidemiology; ATRIAL FIBRILLATION/therapy; PRIMARY HEALTH CARE; HIPERTENSIÓN; MYOCARDIAL ISCHEMIA**

Dra. Danelis Valdés García

E-mail: dianevaldes@infomed.sld.cu