

Fibrilación auricular: de lo general a lo específico

Congreso Estudiantil de Medicina de la Universidad de Sonora – 18 de octubre del 2022

Ponente: *Dr. Chávez-Robles Marco Antonio*

Redactó: *Navarro-Gastélum Dalia Lizbeth*

La fibrilación auricular (FA) se define como una taquiarritmia supraventricular con activación atrial desorganizada que produce una contracción auricular inefectiva. En el electrocardiograma, es una arritmia con intervalo R-R irregular, ausencia de onda P y una activación auricular irregular.

Es importante conocer la fibrilación auricular, porque los pacientes fallecen entre 1.5 a 3.5 veces más que aquellos que no la padecen, además tienen mayor riesgo de presentar un evento cerebrovascular (EVC) isquémico, disfunción del ventrículo izquierdo (entre el 20 % y el 30 % de los pacientes), mayor deterioro cognitivo y demencia vascular con un riesgo relativo de 1.6 mayor en comparación con los que no la padecen. Presentan mayor riesgo de depresión e incluso pensamientos suicidas (del 16 al 20 %) y una peor calidad de vida (>60 % de los pacientes).

Con base en los costos de la FA, la Asociación Americana del Corazón (AHA) estima que el costo directo e indirecto de EVC en Estados Unidos es de \$65.5 billones de dólares. Respecto a Alemania, se estima que el costo en el primer año de diagnóstico de FA puede ascender hasta 18 517 euros por persona. Por lo tanto, el diagnóstico adecuado, oportuno y la modificación de los factores de riesgo y comorbilidades asociadas repercuten no solo en la calidad de vida del paciente, sino también en la economía del país.

Respecto a la incidencia y prevalencia en México, en 2010 había 20.9 millones de hombres que padecían FA y 12.6 millones de mujeres. La prevalencia fue del 2 % e incrementó con la edad. En 2014, fue la arritmia más común en urgencias y el 63 % de los pacientes tienen hipertensión arterial sistémica como una comorbilidad asociada.

La FA no es la representación aislada de una enfermedad, sino que es el producto de un proceso que sucede alrededor del corazón. Se puede asociar a insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), tabaquismo, obesidad, apnea obstructiva del sueño, inactividad física, diabetes, hipertensión, entre otras comorbilidades.

El riesgo de FA a lo largo de la vida aumenta de acuerdo con la carga de los factores de riesgo. Un perfil óptimo es aquel paciente cuyo factor de riesgo se asocia con la edad, es decir, es un proceso inevitable. Conforme avanza la edad, aumenta el riesgo de FA, pero al agregar factores de riesgo (factor de riesgo límitrofe y factor de riesgo elevado), el riesgo acumulado de FA se aumenta considerablemente.

Fisiopatología

Meses o incluso años antes de que aparezca la arritmia, ocurre un remodelamiento de la aurícula, el cual es de tipo eléctrico, bioquímico, inflamatorio y estructural (fibrosis, cicatrización, dilatación); consecuencia de múltiples factores como necrosis, apoptosis, activación de fibroblastos, infiltrado de adipocitos, inflamación, fibrosis, inestabilidad eléctrica, depósito de tejido conectivo, hiperinervación simpática e hipertrofia de miocitos.

La unión entre las venas pulmonares y la aurícula izquierda es una zona de transición altamente susceptible a iniciar dicha arritmia, porque el remodelamiento que se lleva a cabo sucede en esta zona principalmente. A mayor progresión, mayor remodelamiento eléctrico y anatómico, lo que favorece la dicotomía (activación eléctrica desorganizada que continúa perpetuando la arritmia).

Conforme la FA avanza de un evento paroxístico a uno persistente o permanente, los focos de desincronización aumentan. También pueden afectarse los plexos de ganglios autonómicos (cuatro de las venas pulmonares y uno en el ligamento de Marshall).

Mecánicamente, un paciente con FA tiene mayor volumen en aurícula izquierda, pero paradójicamente no tiene la capacidad de contraerse adecuadamente y hacer su función. Esto se traduce en el paciente como disnea y fatiga, aunque la frecuencia cardíaca no esté acelerada.

Clasificación

Primer episodio diagnosticado de FA (independientemente de duración y/o severidad)

- 1) Paroxística (<7 días): ya sea que revierta de forma espontánea o que requiera fármacos o cardioversión eléctrica
- 2) Persistente (≥ 7 días)
- 3) Persistente de larga evolución (>1 año)
- 4) Permanente (diagnóstico aceptado por el médico y el paciente, implementando el control de la frecuencia cardíaca)

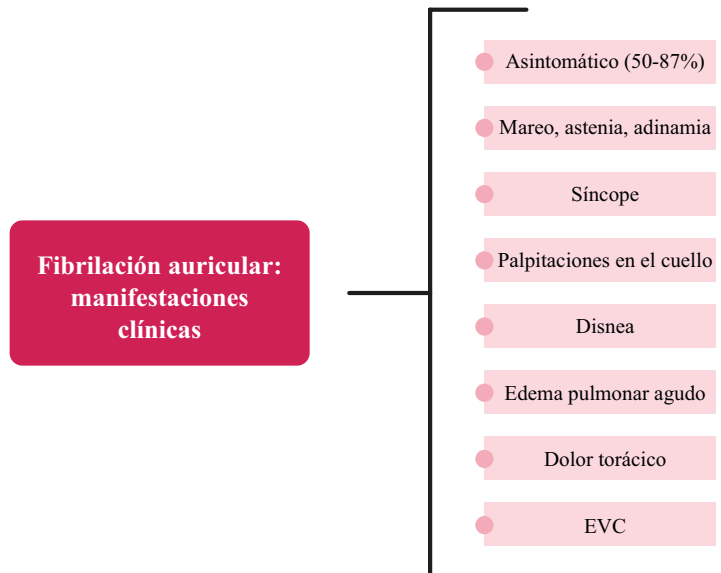
Manifestaciones clínicas

El paciente puede presentar mareos, astenia y adinamia, síncope, palpitaciones en el cuello, disnea, edema pulmonar agudo, dolor en el tórax. Sin embargo, inicialmente, entre el 50 al 87 % de los pacientes son asintomáticos. Además, el evento vascular cerebral (EVC) puede ser la primera manifestación de la FA.

El EVC es la complicación más frecuente en la FA. La FA incrementa 5 veces el riesgo de todo tipo de EVC. Sin prevención, aproximadamente 1 de cada 20 pacientes tendrá un EVC/año. La FA es responsable por aproximadamente una tercera parte de todos los EVC.

Existen clasificaciones para detectar el impacto clínico que tiene la FA en el paciente en su calidad de vida, que ayudan a orientar el tratamiento y hacer ajustes necesarios.

Figura 1. Manifestaciones clínicas de la fibrilación auricular (autor: Karla Mayeda).



Intervención diagnóstica

Es necesario auscultar al paciente, tomar su pulso, realizar un electrocardiograma, utilizar cintas medidoras de frecuencia, además de evaluar la clínica del paciente. En presencia de dispositivos electrónicos implantables, como el monitoreo Holter, marcapasos o desfibriladores, se pueden detectar episodios de frecuencia auricular elevada.

Una vez que se realiza el diagnóstico de FA, es necesario hacer una serie de estudios: ecocardiograma, electrocardiograma y laboratorios iniciales basales para poder estratificar al paciente en riesgo de un EVC o de hemorragia. Algunos pacientes requerirán una serie de estudios más especializados, como una tomografía, ya que cada paciente es diferente y, por lo tanto, el seguimiento también.

Intervención terapéutica

El tratamiento es multidisciplinario, permite la intervención del médico general, médico internista, cardiólogo, psicólogo, nutriólogo, entre otros. Se requiere de la ayuda de diversas ramas de la medicina, debido a que es una enfermedad que tiene repercusiones en todos los órganos, por lo que en cuanto más pronto se haga el diagnóstico y mayor

sea el apego al tratamiento, el pronóstico es mucho mejor. El tratamiento es distinto para todos los pacientes, debe individualizarse y centrarse en sus necesidades.

Lo primero es determinar y optimizar el tratamiento en la prevención de un EVC. Posteriormente, se enfoca en clasificar el tratamiento únicamente para control de la frecuencia cardíaca o para control de ritmo con el objetivo de reducir los síntomas de la FA y mejorar la calidad de vida. Por último, se deben controlar los factores de riesgo y modificar todas las comorbilidades del paciente.

Los medicamentos pre-hospitalarios que se indican en pacientes en hospitalización por EVC, con FA conocida, son los anticoagulantes.

En caso de presentar contraindicaciones para el tratamiento anticoagulante a largo plazo, se utiliza una intervención alterna que consiste en la oclusión o exclusión de la orejuela izquierda, ya que entre el 70 y el 75 % de los trombos que se forman a nivel intracardiaco que se asocian a FA se localizan en la orejuela izquierda.

Escalas

La escala CHA₂DS₂-VASc se utiliza para evaluar el riesgo de EVC con un puntaje máximo de 9. Valora la presencia de falla cardíaca congestiva (1 punto), hipertensión (1 punto), 75 años o más (2 puntos), diabetes mellitus (1 punto), EVC isquémico previo (2 puntos), enfermedad vascular (1 punto), 65 a 74 años (1 punto), sexo femenino (1 punto). A mayor puntaje, hay mayor riesgo de presentar un EVC; 0 puntos indican riesgo bajo, 1 punto riesgo moderado y 3 o más puntos, riesgo alto.

La escala de HAS-BLED se emplea para el riesgo de sangrado mayor (intracerebral, hospitalización, descenso ≥ 2 gr/dL Hb, transfusiones). Valora la presencia de hipertensión no controlada (1 punto), función renal y hepática anormal (1 punto por cada una), EVC previo (1 punto), sangrado (1 punto), lábil INR (1 punto), edad mayor a 65 años (1 punto), drogas o exceso de alcohol (1 punto

cada uno). De igual manera, a mayor puntaje, mayor riesgo de sangrado; 0 puntos es riesgo bajo, 1-2 puntos riesgo moderado y más de 3 puntos es alto. Una vez que se identifica el riesgo de sangrado, se tienen que cambiar los factores modificables para disminuir el riesgo de un EVC.

Conclusión

La fibrilación auricular es la arritmia cardíaca más común; es una enfermedad degenerativa y multifactorial, dinámica y no estática, es decir, todo paciente con FA paroxística evoluciona a persistente o hasta permanente, por esta razón la identificación oportuna es primordial. La fibrilación atrial genera remodelación de las aurículas, lo que perpetúa la fibrilación. Muchas veces no se identifica ni diagnóstica correctamente, además que el costo de atención por complicaciones es muy alto. Es prevenible con anticoagulantes, antiarrítmicos, ablación o cardioversión.