



La fibrilación auricular y el servicio de urgencias: ¿habrá boda en el tercer milenio?

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca mantenida más frecuente en la práctica clínica, la responsable del mayor número de ingresos hospitalarios y se encuentra en el 15% de la población hospitalizada¹. Su incidencia aumenta con la edad, afecta globalmente al 3,5% de la población general de más de 40 años y se ha observado un aumento de su prevalencia en la última década². Constituye un factor predictivo independiente de mortalidad³, ya que duplica la mortalidad global y asocia además una elevada morbilidad con relación a sus dos complicaciones principales: la insuficiencia cardíaca (IC) y la enfermedad tromboembólica arterial (ETEa)⁴. Esta última se localiza en el 75% de los casos a nivel cerebral, lo que confiere a la FA un riesgo de ictus 5 veces superior al de la población general. Además los ictus en los pacientes con FA tienen una mortalidad dos veces superior, dejan mayor discapacidad residual, su estancia hospitalaria es más prolongada y presentan recurrencias más frecuentemente^{5,6}.

Estos datos demuestran que la FA es una patología frecuente y grave, lo que contrasta poderosamente con la práctica tan habitual en los Servicios de Urgencias (SU) de considerarla como una "alternativa aceptable al ritmo sinusal (RS)". Las nuevas estrategias de manejo de la arritmia^{7,8} encaminadas a restaurar y mantener el RS, a lograr un control más eficaz y fisiológico de la respuesta ventricular y a evitar las complicaciones embólicas de la misma, han tenido muy escaso éxito entre los urgenciólogos. Por último, la contribución de los SU a los múltiples estudios de investigación desarrollados por la comunidad científica ha sido escasa y poco relevante.

Este desolador panorama lleva inevitablemente a cuestionar el papel que deben asumir los SU en el manejo de la FA. Como en cualquier otro campo de la Medicina, la necesidad

de un enfoque propio de los SU ante la FA se justifica por tres razones: 1) su prevalencia en los SU es elevada; 2) se trata de una patología grave (nadie cuestiona la necesidad de un correcto manejo de la meningitis bacteriana en los SU a pesar de su baja prevalencia) y 3) las circunstancias específicas de los SU exigen un planteamiento distinto del habitual: la ausencia de la historia clínica del paciente, la imposibilidad de determinadas exploraciones complementarias (ecocardiografía, hemodinámica), la dificultad de precisar la patocronía de la arritmia con los medios disponibles en los SU o la necesidad de un manejo fluido por la habitual saturación de los mismos son sólo algunas de las diferencias con las salas de hospitalización. Desgraciadamente, la respuesta a estas tres cuestiones sólo puede realizarse en base a la experiencia personal de cada urgenciólogo, dada la práctica inexistencia de estudios metodológicamente correctos en este campo.

La avalancha de información científica sobre esta arritmia en los últimos años (una búsqueda en Medline referida a los diez últimos años muestra más de 6.200 referencias bibliográficas) hace lícito preguntarse qué justificaciones existen para realizar nuevos estudios sobre la FA (con el trabajo que añade a servicios ya sobrecargados asistencialmente) y sobre qué aspectos deben incidir. De acuerdo con las razones expresadas en el párrafo anterior y en base a los datos recogidos en la literatura médica reciente², estas justificaciones pueden agruparse en tres grandes apartados: 1) Epistemológicas (basadas en los fundamentos del conocimiento científico); 2) Clínicas (cardioversión eléctrica o farmacológica, control de la frecuencia cardíaca y profilaxis de la ETEa; y 3) Farmacovigilancia en los SU.

El conocimiento científico de la realidad de la FA en los SU engloba dos aspectos fundamentales: epidemiológicos y metodológicos (manejo integrado de la FA). Con respecto al

primero, a pesar de tratarse de un problema de salud prevalente, no existen datos fiables referidos a los SU ya que en la mayoría de las publicaciones aparecen datos fragmentarios sin rigor estadístico o estimaciones de la población general⁹. La frecuencia de episodios de FA en los SU se estima *a priori* como elevada por tres causas: a) los SU constituyen la "puerta de entrada" al sistema sanitario para la población general¹⁰, en cuyo ámbito la prevalencia de la arritmia es elevada; b) la FA aumenta de frecuencia con la edad y los ancianos son uno de los colectivos que con más asiduidad usan los SU; c) la elevada prevalencia de la FA en la población hospitalizada¹, que ingresa en su gran mayoría a través de los SU. Resulta evidente que el conocimiento real del problema (y de las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes en FA) sólo puede realizarse mediante estudios de campo en los propios SU. Este conocimiento permitirá concluir: a) La mejor actitud terapéutica: las diferentes edades, patologías concomitantes o asociadas, tiempos de evolución etc. conllevan manejos distintos (control exclusivo de la frecuencia cardíaca, cardioversión, anticoagulación, necesidad de ingreso, etc.); b) La planificación de los recursos humanos y materiales necesarios en los SU para su correcta atención: si la mayoría de los pacientes son ancianos con FA de larga evolución sólo será necesario controlar la respuesta ventricular y realizar profilaxis de la ETEA, mientras que si hay un elevado número de FA de reciente comienzo serán necesarios recursos adecuados para su cardioversión precoz.

La segunda justificación desde el punto de vista epistemológico la constituye el manejo homogéneo de la FA: al tratarse de una patología prevalente es atendida en diferentes escenarios y por diferentes especialistas. La coordinación entre los mismos es actualmente escasa o inexistente, por lo que el manejo es heterogéneo y condiciona una reducción en la eficacia del mismo: cada profesional indica un tratamiento farmacológico distinto (que en muchos casos no se mantiene el tiempo suficiente para desarrollar su acción), lo que aumenta la frecuencia de aparición de reacciones adversas (al sumar los efectos colaterales que poseen todos los antiarrítmicos) y reduce el cumplimiento terapéutico por parte del paciente. La realización de protocolos de manejo unificado de la FA (SU-prehospitalario, SU-hospitalario y Unidades de arritmias) evitaría estos inconvenientes, mejoraría el pronóstico y llevaría a la atención integral a la arritmia (justificada por su prevalencia y morbilidad).

El segundo gran grupo de razones que justifican el estudio de la FA en los SU son las propiamente relacionadas con el manejo clínico de la arritmia. Dentro del mismo existen en la actualidad tres focos principales de atención:

el primero es sin duda la cardioversión: la FA es un factor directamente relacionado con la disfunción ventricular (tanto sistólica como diastólica), con la dilatación cardíaca, con el remodelado (anatómico y funcional) y con la alteración de la contractilidad auricular, los cuales contribuyen al desarrollo de IC^{11,12}. Además el riesgo de trombos intraauriculares aumenta con el tiempo de duración de la arritmia. Por último, estudios recientes indican que la FA tiende a autoperpetuarse ("la FA genera FA") y, en consecuencia, a aumentar sus complicaciones¹³. Por tanto, la cardioversión precoz disminuye la morbimortalidad de la FA al reducir el índice de complicaciones cardíacas y embólicas. De ahí la importancia de realizar en los SU las estrategias encaminadas a obtener el RS, ya que es en estos servicios donde se atiende en primer lugar a los pacientes con FA y la probabilidad de cardioversión está directamente relacionada con la duración de la arritmia. Resultan muy atractivas para nuestro medio las nuevas perspectivas que se abren con el uso de fármacos de los grupos III y Ic (especialmente por vía oral)^{8,14}, que aunque ofrecen mayor eficacia con menor toxicidad (fundamentalmente si no existe cardiopatía estructural) precisan completar la evaluación de su papel en los SU.

El segundo punto de controversia clínica es el control de la respuesta ventricular: la evidencia científica aconseja utilizar para este fin fármacos que logren un mejor control de la frecuencia cardíaca con el esfuerzo (betabloqueantes o calcio-antagonistas), y por tanto permitan al paciente una vida más activa y de mayor calidad (es conveniente recordar que la tan utilizada digoxina es ineficaz en situaciones de predominio adrenérgico)⁹.

El tercer foco de atención de los clínicos es la profilaxis de la ETEA: el riesgo embolígeno aumenta con el tiempo de evolución de la FA, por lo que el tratamiento antiagregante o anticoagulante debe instaurarse en el momento mismo del diagnóstico. A pesar del consenso existente entre las recomendaciones de los grupos de expertos^{7,15}, sólo el 15-40% de los pacientes elegibles recibe profilaxis para la ETEA¹⁶. La estrategia de "salvar el SNC" está plenamente justificada en los SU, ya que asociaría una reducción de la mortalidad del 33% y de la morbilidad en un 68%^{7,15}.

Se entiende por proarritmia a la provocación de una arritmia o al agravamiento de una preexistente causada por el tratamiento con un fármaco a dosis (o concentraciones plasmáticas) no consideradas tóxicas¹⁷. La evidencia de que los fármacos antiarrítmicos pueden agravar la patología que pretenden curar, e incluso causar la muerte del paciente, ha despertado en la literatura uno de los debates más intensos y ásperos de los últimos años¹⁸, y ha



contribuido decisivamente a crear temor y rechazo a usarlos en los SU. La farmacovigilancia de los antiarrítmicos utilizados en la FA permitirá validar su eficacia (en la cardioversión y en el control de la frecuencia cardíaca), establecer su perfil de seguridad y definir el papel de los distintos grupos de fármacos en los SU.

El conjunto de argumentos expuesto justifica plenamente la realización de estudios de investigación sobre la FA en los SU. Con la finalidad de responder a estos interrogantes, el Grupo para el Estudio de la Fibrilación Auricular en Urgencias del Comité Científico de SEMES-Madrid ha puesto en marcha un estudio prospectivo multicéntrico en dos fases: la primera consiste en un estudio descriptivo de las variables clínicas, epidemiológicas y del manejo actual de la FA en los

SU de la Comunidad de Madrid. Tras el análisis y la comunicación de los resultados se procederá en una segunda fase a un estudio de intervención que incidirá en los puntos de controversia (manejo integrado, cardioversión, control de la respuesta ventricular, profilaxis de la ETEA y farmacovigilancia) para adecuarlos a los objetivos anteriormente citados.

Si entre todos los urgenciólogos respondemos correctamente a los retos enunciados, por fin la FA y el Servicio de Urgencias constituirán un feliz matrimonio (o pareja de hecho).

A. Martín Martínez.

*Servicio de Urgencias. Hospital de Móstoles. Madrid
Coordinador del Grupo para el Estudio de la Fibrilación Auricular en Urgencias. Comité Científico SEMES-Madrid*

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Feinberg WM, Blackshear JL, Laupacis A, Kronmal R, Hart J. Prevalence, age distribution and gender of patients with atrial fibrillation: analysis and implications. *Arch Intern Med* 1995;155:469-73.
- 2- The National Heart, Lung and Blood Institute working group on atrial fibrillation: current understandings and research imperatives. *J Am Coll Cardiol* 1993;22:1830-4.
- 3- Benjamin EJ, Wolf PA, D'Agostino RB, Silbershatz H, Kannel WB, Levy D. Impact of atrial fibrillation on the risk of death: The Framingham Heart Study. *Circulation* 1995;92:835-41.
- 4- Krahn AD, Manfreda J, Tate RB, Mathewson FA, Cuddy TE. The natural history of atrial fibrillation: incidence, risk factors and prognosis in the Manitoba Follow-up Study. *Am J Med* 1995;98:476-84.
- 5- Secondary prevention in non-rheumatic atrial fibrillation transient ischemic attack or minor stroke: EAFAT (European Atrial Fibrillation Trial) Study Group. *Lancet* 1993;342:1255-62.
- 6- Lin HJ, Wolf PA, Kelly-Hayes, Beiser AS, Kase CS, Benjamin EJ, D'Agostino RB. Stroke severity in atrial fibrillation: The Framingham Heart Study. *Stroke* 1996;27:1760-4.
- 7- Laupacis A, Albers G, Dalen J, Dunn M, Feinberg W, Jacobson A. Antithrombotic therapy in atrial fibrillation. Fourth ACCP Consensus Conference on antithrombotic therapy. *Chest* 1995;108:352S-9S.
- 8- Blitzer M, Costeas C, Kassotis J, Reiffel JA. Rhythm management in atrial fibrillation with primary emphasis on pharmacological therapy. *PACE Pacing Clin Electrophysiol* 1996;17:1019-25.
- 9- Schreck DM, Rivera AR, Tricarico VJ. Emergency management of atrial fibrillation and flutter: Intravenous diltiazem versus intravenous digoxin. *Ann Emerg Med* 1997;29:135-40.
- 10- Balanzó X, Pujol R. Estudio multicéntrico de las urgencias en hospitales generales básicos de Catalunya. *Med Clin (Barc)* 1989;92:86-90.
- 11- Shinbane JS, Wood MA, Jensen DN, Ellenbogen KA, Fitzpatrick AP, Scheinman MM. Tachycardia-induced cardiomyopathy: a review of animal models and clinical studies. *Am J Cardiol* 1997;29:709-15.
- 12- Falk RH. Etiology and complications of atrial fibrillation: insights from pathology studies. *Am J Cardiol* 1998;82:10N-7N.
- 13- Wijffels MCEF, Kirchhof CJHJ, Dorland R, Alessie MA. Atrial fibrillation begets atrial fibrillation: a study in awake chronically instrumented goats. *Circulation* 1995;92:1954-68.
- 14- Suttrop MJ, Kingma JH, Jessurun ER, Lie S-Huen, Van Hemel LH, Lie KI. The value of class Ic antiarrhythmic drugs for acute conversion of atrial fibrillation. *Eur Heart J* 1993;14:1127-31.
- 15- Howard PA. Guidelines for stroke prevention in patients with atrial fibrillation. *Drugs* 1999;58:997-1009.
- 16- Bungard TJ, Ghali WA, Teo KK, McAllister FA, Tsuyuki RT. Why do patients with atrial fibrillation not receive warfarin? *Arch Intern Med* 2000;160:41-6.
- 17- Friedman PL, Stevenson WG. Proarrhythmia. *Am J Cardiol* 1998;82:50N-58N.
- 18- Flaker JL, Blackshear JL, McBride RG, Kronmal RA, Halperin JL, Hart RG. Antiarrhythmic drug therapy and cardiac mortality in atrial fibrillation. *J Am Coll Cardiol* 1992;20:527-32.