

**Riesgo de enfermedad cerebrovascular en la fibrilación auricular.
Hospital Lenin
Enero 2006 – Diciembre 2007**

Luis Gómez-Peña,^a C. Diego Nápoles,^b Elena Paz Torres,^a Ivonne Rocha-Cisneros^c

a. Hospital V.I Lenin

b. Universidad Médica de Holguín.

c. Policlínica "Julio Grave de Peralta".

Resumen

Se realizó un estudio de serie de casos, en el Servicio de Urgencias del Hospital Provincial Universitario V. I. Lenin. El universo de estudio estuvo constituido por 413 pacientes controlados en el Departamento de Observaciones del Servicio de Urgencias de Medicina Interna, teniendo como objetivo profundizar en el comportamiento de algunas variables clínicas, epidemiológicas y terapéuticas del paciente con fibrilación auricular y riesgo a desarrollar una enfermedad cerebrovascular. De ellos fueron seleccionados 165 pacientes según criterios de inclusión al estudio. Los principales resultados fueron: el patrón clínico de presentación más frecuente visto fue el de reciente diagnóstico seguidos del recurrente y finalmente el permanente, sobre todo después de los 60 años, los mayores riesgos para desarrollar un ictus lo tenían los pacientes con el patrón permanente y a pesar de ello no se encontraban protegidos para evitar un ictus. Se concluyó entonces que si se quiere evitar la enfermedad cerebrovascular es necesaria la indicación de antiagregación plaquetaria o anticoagulación según el riesgo de ictus. Recomendamos insistir en la aplicación de protocolos de actuación.

Palabras Clave: Fibrilación auricular, patrón clínico, anticoagulación oral.

Abstract

A case-series was performed in the Emergency Service of the University Hospital V. I. Lenin. The universe of the study was 413 patients in Observation at the Emergency Service of Internal Medicine. Considered as an objective was to determine the behavior of the different clinical, epidemiological and therapeutic variables of the patients with atrial fibrillation and with risk to develop cerebrovascular disease. Of these patients, 165 were selected according to the inclusion criteria. The main results were that the most frequent clinical pattern of presentation was recent diagnosis followed by recurrent and permanent diagnosis and that after 60 years of age the highest risk to develop stroke was in patients with permanent clinical pattern which were not properly protected to prevent it. We concluded that if cerebrovascular disease is to be prevented, then it is necessary to give the patients the proper anticoagulants and antiplatelet medications. We recommend insisting in the application of the protocols of management.

Keywords: atrial fibrillation, clinical pattern, oral anticoagulation.

Introducción

El progresivo envejecimiento de la población y el incremento de la prevalencia de la fibrilación auricular aumentan el riesgo de enfermedad tromboembólica unas cinco veces en relación con la población general. No obstante, el beneficio de la prevención varía ampliamente según la presencia o no de determinados factores de riesgo. Su coexistencia con la fibrilación auricular ha permitido estratificar a los pacientes en categorías de riesgo. Los pacientes incluidos en la categoría de riesgo alto son los que obtendrán un mayor beneficio absoluto del tratamiento anticoagulante. También en los pacientes que presentan un riesgo moderado está claramente admitido hoy día la indicación en ausencia de contraindicación.¹

En los últimos años ha habido cambios significativos en la anticoagulación oral y su control. En los países industrializados, la población en tratamiento anticoagulante alcanza tasas de más de 5.000/millón de habitantes. Sin embargo, debido a que se han modificado las indicaciones de este tratamiento y al aumento de la esperanza de vida de la población, se estima un incremento progresivo superior al 15% anual en el número de pacientes sujetos a tratamiento anticoagulante.²

Este aumento de la población con necesidad de tratamiento anticoagulante, junto con el control estricto

debido a la idiosincrasia del propio tratamiento para evitar las graves complicaciones, hace que nos situemos ante un problema de salud pública de gran trascendencia social y económica que obligará a tomar importantes decisiones en las acciones de salud. Se parte entonces de caracterizar la problemática en el contexto de actuación, teniendo como base los siguientes objetivos: identificar algunas variables clínico epidemiológicas asociadas a la fibrilación auricular, determinar el riesgo de enfermedad cerebrovascular según el índice de CHADS y la relación entre la profilaxis de la enfermedad tromboembólica arterial y el riesgo de ictus.

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de serie de casos en pacientes admitidos con el diagnóstico de fibrilación auricular en el Hospital Provincial Universitario Vladimir I. Lenin, de Holguín durante el período comprendido de enero 2006 a diciembre de 2007.

El universo estuvo constituido por un total de 413 pacientes con el diagnóstico de fibrilación auricular, seleccionando como muestra de la investigación 165 pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión que a continuación se señalan.

Los criterios de Inclusión fueron: pacientes con fibrilación auricular que aceptaron participar en nuestra investigación, pacientes mayores o iguales a 18 años de edad, residencia habitual en el municipio Holguín. Los criterios de exclusión fueron: fibrilación auricular en el curso del embarazo, enfermedad valvular o relacionada con el paciente quirúrgico.

Definición de las variables

1. Patrón clínico de presentación

- De reciente diagnóstico o descubrimiento: incluye la fibrilación auricular detectada por primera vez, la de aparición reciente y la de comienzo desconocido.
- Recurrente: si hubo dos o más episodios. Las formas paroxísticas y persistentes son recurrentes. Paroxística (episodios de corta duración, segundos, minutos, horas o hasta siete días, que se interrumpen espontáneamente) Persistente (se prolonga por días, siete o más y se interrumpe por medicación o cardioversión eléctrica).
- Permanente: cuando por decisión médica no se intentó la reversión de la arritmia o no se revirtió con la terapéutica administrada.

2. Sexo: según clasificación internacional de masculino y femenino.

3. Grupo de edades: de 18 – 44 años, 45 – 59 años, 60 – 74 años y mayor o igual a 75 años

4. Antecedentes personales de hipertensión arterial y cifras en el momento de la consulta de tensión arterial sistólica mayor o igual a 160 mmHg. Además antecedentes de diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular y enfermedad de arterias coronarias.

5. Índice de CHADS. C (falla cardíaca), H (hipertensión arterial sistólica mayor o igual a 160 mmHg) A (edad mayor o igual a 75 años), D (diabetes mellitus), S (ictus): Riesgo bajo: cero puntos; riesgo moderado: un punto; riesgo elevado: dos o más puntos.

6. Antiagregantes plaquetarios: se consideró el uso de la aspirina en dosis habituales.

7. Anticoagulantes orales: se consideró el uso de la warfarina a dosis habituales.

8. Ninguna protección: cuando no utilizaba ni antiagregantes ni anticoagulantes orales.

Los datos fueron recogidos a través de un formulario. Se realizó el cálculo de distribución de frecuencia simple, con intervalo de confianza de un 95%, para $p \geq 0,05$, se utilizaron además indicadores como número absoluto, razón e índice de proporción. Los resultados fueron llevados a gráficos y cuadros de interés para la investigación. Se consideraron los principios éticos en la investigación.^{3,4}

Resultados y discusión

La Sociedad Europea y Americana de Cardiología, en las guías de actuación del año 2006, clasifican la fibrilación auricular en cuatro formas: la de reciente diagnóstico, la paroxística, la persistente (formas recurrentes) y la permanente.⁵ De la muestra estudiada 64 casos pertenecen al patrón de reciente diagnóstico (38,7%), el patrón recurrentes estuvo representado por 63 casos para un 38,2% y el patrón permanente lo constituyeron el 23,1% con 38 pacientes (Figura 1).

Según el consenso americano europeo, se han propuesto varios sistemas de clasificación con base en patrones electrocardiográficos, registros epicárdicos o endocavitarios, la cartografía de la actividad eléctrica

de las aurículas o las características clínicas, a pesar de ello el patrón de fibrilación auricular puede cambiar con el tiempo. 5 El informe de la Task Force recomienda una clasificación basada en la búsqueda de simplicidad y relevancia clínica según lo manifestado en un artículo cubano publicado en la revista de cirugía en el 2007.6

Según la forma de presentación y duración, la fibrilación auricular recurrente tiene dos variantes clínicas: la paroxística que se presenta como episodios autolimitados de menos de 48 horas de evolución con retorno al ritmo sinusal de forma espontánea y la forma persistente que se prolonga por más de 48 horas y en la cual el ritmo sinusal no se restablece de forma espontánea, pero la cardioversión eléctrica o farmacológica esta indicada y restablece el ritmo sinusal.7

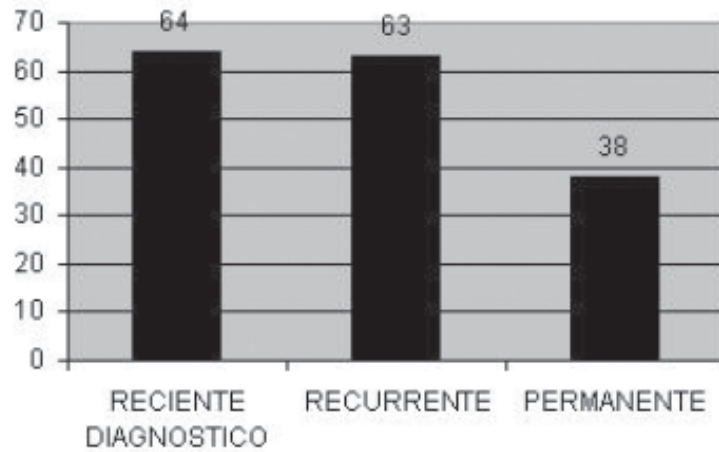


Figura 1. Patrones clínicos de presentación. Hospital Provincial Universitario V. I. Lenin. Enero 2006 – Diciembre 2007

Tabla 1. Indicadores clínico epidemiológicos. Hospital Provincial Universitario V. I. Lenin. Enero 2006 – Diciembre 2007									
Indicadores	Reciente diagnóstico		Recurrente		Permanente		Total		Odds Ratio (OR)
	No	%	No	%	No	%	No	%	
Sexo masculino	40	45.9	30	34.4	17	19.7	87	100	4.08 p(0.129)
Edad (años) 18 - 44	18	60.0	10	33.3	2	6.7	30	100	8.74 p(0.012)
45 - 59	15	40.5	18	48.6	4	10.9	37	100	4.49 p(0.105)
60 - 74	25	37.3	25	37.3	17	25.4	67	100	0.35 p(0.837)
> = 75	6	19.3	10	32.2	15	48.5	31	100	14.72 p(0.000)
EAC	20	27.0	28	37.8	26	35.2	74	100	13.32 p(0.001)
TAS > = 160 mmHg	15	39.4	11	28.9	12	31.7	38	100	2.67 p(0.262)
Diabetes Mellitus	2	15.3	4	30.7	7	54.0	13	100	8.01 p(0.018)
Antecedentes de ictus	1	7.6	2	15.3	10	77.1	13	100	23.23 p(0.000)
N = 165									

EAC: Enfermedad de arterias coronarias
TAS: Tensión arterial sistólica

En la tabla 1 quedaron representados algunos indicadores clínico epidemiológicos de interés para estratificar el riesgo a desarrollar una enfermedad cerebrovascular.

Existió un predominio del sexo masculino en relación al femenino (87 casos masculinos versus 78 pacientes féminas) OR: 4,08 (p= 0,129).

El grupo de edades de 18 – 44 años se presentó fundamentalmente en el patrón de reciente diagnóstico. El grupo de 45 a 59 años fue visto sobre todo en el patrón recurrente de la enfermedad con 18 casos para un 48.6% del total. Los pacientes incluidos en el grupo de 60 – 74 años representaron los patrones clínicos de reciente diagnóstico y recurrente, y los pacientes mayores o iguales a 75 años evolucionaron en mayor porcentaje al patrón permanente (15 casos, para un 48.5%), fue este grupo el que mayor asociación de la edad y la enfermedad mostró (OR: 14.72). La edad constituye el factor de riesgo más importante y obviamente no corregible, el envejecimiento altera las propiedades de la aurícula; a nivel celular se observa acortamiento del potencial de acción, que se podría explicar por cambios en la regulación de la corriente actividad de calcio durante la fase de meseta del potencial de acción.⁸

La enfermedad de arterias coronarias se presentó fundamentalmente en el patrón recurrente de la enfermedad, 28 casos (37.8%). La tensión arterial sistólica mayor o igual a 160 mmHg fue vista mayoritariamente en el patrón de reciente diagnóstico (15 pacientes para un 39.4%). La diabetes mellitus se presentó principalmente en el patrón permanente de la enfermedad (siete casos para un 54%). El antecedente de ictus representó el factor mayor asociado a la fibrilación auricular y sobre todo en el patrón permanente de la enfermedad (OR: 23.23). El consenso argentino sobre fibrilación auricular menciona que las enfermedades cardiovasculares más asociadas a la misma lo constituyen la valvulopatía mitral, la hipertensión arterial, en particular cuando existe hipertrofia ventricular izquierda y la enfermedad de arterias coronarias, estas patologías están presentes en más del 50% de los casos.⁹

El índice de CHADS constituye otro indicador para la estratificación del riesgo de ictus en la fibrilación auricular no valvular y posibilita según la puntuación obtenida indicar antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes según corresponda.¹⁰ La distribución de los resultados de este estudio se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Riesgo de ictus según índice de CHADS. Hospital Provincial Universitario V. I. Lenin. Enero 2006 – Diciembre 2007.

Riesgo de ictus/ Índice de CHADS	Reciente diagnóstico		Recurrente		Permanente		Total		Odds Ratio (OR)
	No	%	No	%	No	%	No	%	
Riesgo bajo	25	54.3	19	41.3	2	4.4	46	100	13.81 p(0.001)
Riesgo moderado	26	43.3	23	38.3	11	18.4	60	100	1.40 p(0.495)
Riesgo alto	13	22.1	21	35.6	25	42.3	59	100	21.72 p(0.000)
TOTAL	64	38.7	63	38.1	38	23.2	165	100	

Tabla 3. Riesgo de ictus y profilaxis de enfermedad tromboembólica arterial. Hospital Provincial Universitario V. I. Lenin Enero 2006 – Diciembre 2007.

Riesgo de ictus/ Índice de CHADS	ASA		Warfarina		Ninguna Protección		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Riesgo bajo	6	13.1	2	4.3	38	82.6	46	100
Riesgo moderado	13	21.6	2	3.3	45	75.1	60	100
Riesgo alto	18	30.5	7	11.8	34	57.7	59	100
TOTAL	37	22.4	11	6.6	117	71.0	165	100

Los resultados de este cuadro identifican que el riesgo bajo de ictus se asocia al patrón de reciente diagnóstico, 25 pacientes (54.3%). El riesgo moderado de enfermedad cerebrovascular según el índice de CHADS también se observa con mayor frecuencia en el patrón de reciente diagnóstico (26 casos para un 43.3%), seguido por el patrón recurrente con un 38.3% y llama la atención que el grupo de pacientes con un riesgo alto se corresponde con el patrón permanente, es decir el grupo de casos que la enfermedad se mantiene de forma crónica, donde además su asociación se incrementa OR: 21.72.

La profilaxis de la enfermedad tromboembólica arterial se evalúa en el grupo de pacientes según el riesgo de ictus a fin de determinar posibilidades de cambio en los patrones de actuación, de tal manera se distribuyen los casos en la tabla 3.

De 46 pacientes con riesgo bajo de la enfermedad solo seis casos utilizaban aspirina en el tratamiento, es de señalar que este grupo de pacientes pertenecen al patrón de reciente diagnóstico. El grupo de casos con un riesgo moderado para desarrollar un ictus, en su mayoría 45 pacientes (75.1%) no tenían ninguna protección para la enfermedad tromboembólica arterial y de mayor interés es que el grupo de pacientes con riesgo alto para desarrollar un ictus (59 casos), donde existe necesidad de indicar anticoagulantes orales a excepción de que estén contraindicados solo siete casos (11.8%) utilizaban estos fármacos. El resultado conjunto de varios estudios demuestran que comparados con placebos los cumarínicos reducen la incidencia de apoplejía en un 64%. La aspirina es menos efectiva ya que solamente disminuye la incidencia de embolia cerebral en un 22%. La anticoagulación crónica se recomienda en todos los pacientes mayores de 65 años, con riesgo moderado o elevado de ictus.¹¹

Conclusiones

1. El sexo masculino, sobre todo en el paciente con edades por encima o iguales a 75 años y con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad de arterias coronarias y enfermedad cerebrovascular anterior son los más propensos a desarrollar un ictus cerebral.
2. La aplicación del índice de CHADS constituye otra posibilidad de prevención del ictus cerebral en el paciente con fibrilación auricular.
3. Existen insuficiencias en la prescripción de los anticoagulantes orales para evitar un episodio de enfermedad cerebrovascular.

Bibliografía

1. Espunya JL, Llorcab MR, Martínez C. Características del tratamiento anticoagulante oral en la fibrilación auricular crónica de alto riesgo Aten Primaria 2004; 34: 414 – 419.
2. Lizana FR, Santamera AS, Freixa JG. Anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular crónica: ¿cuándo indicarla? Aten Primaria 2004; 34: 374 – 378.
3. Ramírez RN. Declaración de Helsinki sobre ética en la investigación médica. Rev Méd UV 2002; 2(1): 5-9.
4. CIOMS – OMS. Normas éticas internacionales para la investigación biomédica con sujetos humanos, OPS, 1994.
5. Fuster V, Rydén LE, Asinger RW, Cannom DS, Crijns HJ, Frye RL, et al. The ACC/AHA/ESC: guía de práctica clínica 2006 para el manejo de pacientes con fibrilación auricular. Rev Esp Cardiol. 2006; 59 (12): 1329.
6. Villar IA. Estado actual del tratamiento quirúrgico de la fibrilación auricular. Rev Cubana Cir 2007; 46 (2).
7. Gutiérrez LG, Bolaños MA Gutiérrez OS. Fibrilación Auricular: nuevos conceptos. Act Med Costarricense. Vol 46 No2, junio 2004.
8. Vanerio VG, Banina AD: Fibrilación auricular: más vale prevenir que tratar. Rev Med Uruguay 2005; 21: 269 – 289.
9. Elizari MV. Consenso de fibrilación auricular. Rev Argentina Cardiol/ vol 73 (6); nov – dic 2005.
10. Fibrilación auricular. Guías clínicas 2009; 9 (10) tomado de Fisterra.
11. Márquez MF. Guía para el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular. Arch Cardiol México, vol 76 (2), abr – jun 2006.