

ARTÍCULO ORIGINAL

Aspectos clínicos de la fibrilación auricular paroxística en pacientes de Las Tunas
Clinical aspects of paroxysmal atrial fibrillation in patients from Las Tunas

Isora Sánchez Lorenzo*, Lisanny Lozano Manzano**, Luis Carlos Áreas Ortiz***, Irma Gretchen Pelier Nuñez****

*Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas. **Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". ***Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Zoilo Marinello Vidaurreta", Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas. Las Tunas, Cuba. **Correspondencia a:** Isora Sánchez Lorenzo, correo electrónico: isora@ltu.sld.cu

Recibido: 20 de mayo de 2016

Aprobado: 1 de julio de 2016

RESUMEN

Fundamento: la fibrilación auricular es la arritmia más frecuente en la práctica clínica y conlleva implicaciones clínicas y pronósticas muy importantes.

Objetivo: caracterizar los aspectos clínicos de la fibrilación auricular paroxística en los pacientes atendidos en el servicio de cardiología del Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna" de Las Tunas, desde enero de 2013 a diciembre de 2014.

Método: se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, en el lugar y periodo de tiempo ya definidos. El universo de estudio estuvo conformado por 211 pacientes que representaron el total de casos con diagnóstico de fibrilación auricular paroxística, atendidos en el Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna" en el periodo estudiado; la muestra estuvo representada por los 136 pacientes que ingresaron en el servicio de cardiología. Para la recolección de la información se utilizaron los datos provenientes de las historias clínicas y fueron procesados por el método estadístico porcentual.

Resultados: predominó el grupo de edad entre 60 y 75 años con un 36 %; el sexo masculino estuvo representado en el 61,8 % de los casos; dentro de las enfermedades asociadas, la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardíaca fueron las que mayor prevalencia tuvieron, para un 69,1 %, 35,3 % y 27,2% respectivamente; y como factor etiológico predominante se obtuvo la hipertensión arterial descompensada en el 32,3 % de la muestra de estudio.

Conclusiones: se caracterizaron algunas variables clínicas en los pacientes con fibrilación auricular paroxística.

Palabras clave: FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA; HIPERTENSIÓN ARTERIAL; ARRITMIA SUPRAVENTRICULAR; SÍNDROME CORONARIO AGUDO.

Descriptor: FIBRILACIÓN ATRIAL; HIPERTENSIÓN; ARRITMIAS CARDÍACAS; SÍNDROME CORONARIO AGUDO.

ABSTRACT

Background: atrial fibrillation is the most frequent arrhythmia in clinical practice and it bears important clinical and prognostic implications.

Objective: to characterize the clinical aspects of paroxysmal atrial fibrillation in patients seen at the Cardiology Service of "Dr. Ernesto Guevara de la Serna" General Teaching Hospital of Las Tunas, from January 2013 to December 2014.

Method: a descriptive observational study was carried out at the place and time herein mentioned. The study group consisted of 211 patients representing the whole of the cases with a diagnosis of paroxysmal atrial fibrillation seen at "Dr. Ernesto Guevara de la Serna" Teaching General Hospital during the study period

Citar como: Sánchez Lorenzo I, Lozano Manzano L, Areas Ortiz LC, Pelier Nuñez IG. Aspectos clínicos de la fibrilación auricular paroxística en pacientes de Las Tunas. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2016; 41(8). Disponible en: <http://revzoiilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/841>.



Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas
Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas
Ave. de la Juventud s/n. CP 75100, Las Tunas, Cuba

and the sample was made up of 136 patients admitted to the Cardiology Service. The information was gathered from the data recorded in the medical histories and they were processed by using the percentage statistical method.

Results: the 60 to 75 age group prevailed in 36%; the male sex was represented in 61.8% of the cases; among the associated diseases hypertension, ischemic heart disease and heart failure were the most prevailing ones for 69.1%, 35.3% and 27.2%, respectively; and uncontrolled hypertension was the prevailing etiologic factor for 32.3% of the study sample.

Conclusions: some clinical variables were characterized in patients with paroxysmal atrial fibrillation.

Key words: PAROXYSMAL ATRIAL FIBRILLATION; HYPERTENSION; ARRHYTHMIA SUPRAVENTRICULAR; ACUTE CORONARY SYNDROME.

Descriptors: ATRIAL FIBRILLATION; HYPERTENSION; ARRHYTHMIAS, CARDIAC; ACUTE CORONARY SYNDROME.

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) se define como una arritmia supraventricular caracterizada por una activación auricular no coordinada que se asocia con la pérdida o el deterioro de la función mecánica auricular, es la arritmia más frecuente en la práctica clínica y conlleva implicaciones clínicas y pronósticas muy importantes. (1) Tiene lugar en un 1,5 - 2 % de la población general, constituyendo todo un desafío cardiovascular en la sociedad moderna, y se cree que sus aspectos médicos, sociales y económicos empeorarán durante las próximas décadas. (2)

El problema del diagnóstico precoz de la FA se encuentra agravado por la naturaleza a menudo "silente" del trastorno del ritmo. En aproximadamente un tercio de los pacientes con esta arritmia, el paciente no es consciente de la existencia de "FA asintomática"; es por ello que la prevalencia "real" de la FA probablemente esté desconocida. En un patrón electrocardiográfico típico de FA, las ondas P son sustituidas por oscilaciones rápidas que varían en amplitud, forma y frecuencia; la respuesta ventricular es irregular y generalmente rápida cuando la conducción auriculoventricular está conservada. (3, 4)

La prevalencia de la FA aumenta con la edad, desde el 0,5 % a los 40-50 años hasta un 5-15 % a los 80 años, la media se sitúa entre 75 y 85 años. Los varones están afectados más frecuentemente que las mujeres. El riesgo de sufrir FA a lo largo de la vida está en torno al 25 % en las personas que han alcanzado la edad de 40 años. La prevalencia e incidencia de FA en las poblaciones no caucásicas no está tan bien estudiada. (5)

Los accidentes cerebrales encefálicos (ACV) isquémicos asociados a FA son a menudo fatales, y los pacientes que sobreviven quedan más discapacitados por su episodio isquémico y son más propensos a sufrir recurrencias que los pacientes con otras causas de ACV. En consecuencia, el riesgo de muerte por ACV relacionado con FA es el doble, y los costes de su manejo están aumentados 1,5 veces. (6)

Las hospitalizaciones debidas a FA son causa de un tercio de todos los ingresos por arritmias cardíacas.

Las principales causas son por síndrome coronario agudo (SCA), empeoramiento de la insuficiencia cardíaca, complicaciones tromboembólicas y manejo agudo de la arritmia. El riesgo de complicaciones relacionadas con la FA no es diferente entre los episodios de FA cortos y las formas persistentes de la arritmia. (7) Es importante detectar la FA paroxística para prevenir las complicaciones relacionadas con la FA (como los ACV). Por otra parte la FA no es algo estático, sino que puede evolucionar con el tiempo. Se ha observado que más de tres cuartas partes de los sujetos con FA paroxística sufrirán FA permanente tras 14 años de seguimiento, y que en alrededor del 20 % de los pacientes con FA recurrente ésta evolucionará hacia una FA permanente tras cuatro años. (2) La tasa de recurrencia de la FA es del 10 % en el primer año después del diagnóstico inicial y un 5 % anual después. Las comorbilidades y la edad aceleran significativamente la progresión de la FA y la aparición de complicaciones. (5)

Diferentes estudios han identificado numerosos factores independientes de riesgo de FA recurrente o permanente. Estos incluyen la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardíaca, las valvulopatías y la hipertensión arterial. (8)

Mientras algunos estudios estiman en tres millones de sujetos la población en Estados Unidos que padecerá FA en el 2020, y que esa cifra se elevara a 5.6 millones en el 2050, otros estudios epidemiológicos como Misayaka, estima que las cifras anteriores están por debajo de la prevalencia y la incidencia real de la arritmia, y que en Estados Unidos serán cerca de 16 millones los sujetos que padecerán FA en el 2050. Expresado de otra manera el riesgo de sufrir esta arritmia, si se aplica el dato de Framingham sobre FA y población adulta, se calcula que en una década cuatro personas mayores de cuarenta años sufrirán de FA durante sus vidas. (2)

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 factores. (2)

La incidencia cada vez más alta de la fibrilación auricular paroxística en Las Tunas motivó a la realización de este estudio, con el objetivo de caracterizar los aspectos clínicos de la misma en el servicio de cardiología de la provincia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en el servicio de cardiología del

Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna" de Las Tunas, en el periodo comprendido desde enero del año 2013 hasta diciembre del año 2014, con el objetivo de caracterizar aspectos clínicos de la fibrilación auricular paroxística.

El universo de estudio estuvo conformado por 211 pacientes que representaron el total de casos con diagnóstico de fibrilación auricular paroxística atendidos en dicho hospital y la muestra estuvo representada por 136 pacientes que ingresaron en el servicio de cardiología con dicho diagnóstico en el periodo de tiempo ya antes citado.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

TABLA 1. Distribución de los pacientes con fibrilación auricular paroxística según grupos de edad y sexo

Grupos de edad (años)	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de 45	20	14,7	5	3,7	25	18,4
De 45- 60	19	14,0	18	13,2	37	27,2
De 60- 75	29	21,3	20	14,7	49	36,0
Más de 75	16	11,8	9	6,6	25	18,4
Total	84	61,8	52	38,2	136	100,0

Fuente: historia clínica

La **tabla 1** ilustra la distribución de pacientes según la edad y el sexo, predominaron los adultos entre 60 y 75 años de edad para un 36 %; lo cual coincide con diferentes estudios en los cuales se obtuvieron resultados similares. (2, 5, 9)

El envejecimiento aumenta el riesgo de FA, probablemente por pérdida y aislamiento del miocardio auricular dependiente de la edad y por los trastornos de conducción asociados a ello. (5) Investigaciones refieren que la edad es el factor más importante para el desarrollo de la FA, con el envejecimiento ocurren cambios eléctricos que determinan alteraciones tisulares y celulares: fibrosis de la aurícula, apoptosis, hipertrofia, desorganización de gap junctions, acortamiento del potencial de acción; todos esos cambios favorecen la aparición de la FA. (10, 11) La media de edad del paciente que sufre este trastorno ha ido aumentando paulatinamente, de tal forma que actualmente se sitúa entre 75 y 85 años. (2)

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 veces. (2)

En cuanto al sexo se observó en este estudio un predominio del sexo masculino, con 84 casos para un 61,8 %, lo cual coincide con diversas

investigaciones. (5, 9) Sin embargo otros estudios revelaron un predominio del sexo femenino, tal es el caso del realizado en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional San Rafael, atribuyendo este comportamiento a la pérdida del efecto protector de los estrógenos en las mujeres postmenopáusicas, en el estudio CARDIOTENS también se obtuvo un predominio de mujeres (29 vs 22 %). (2)

TABLA 2. Distribución de los pacientes según enfermedades asociadas

Enfermedades asociadas	Nº	%
Hipertensión arterial	94	69,1
Cardiopatía isquémica	48	35,3
Insuficiencia cardíaca	37	27,2
Cardiopatía valvular	28	20,6
Miocardopatía	22	16,2
Endocrinopatías	23	16,9
Enfermedad renal crónica	29	21,3
Dislipidemias	31	22,8
Hábitos tóxicos Hábito de fumar	50	36,8
Ingesta de alcohol	22	16,2

En cuanto a las enfermedades asociadas se encontró que la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardíaca fueron las que mayor prevalencia tuvieron, para un 69,1 %, 35,3 % y 27,2% respectivamente. Es interesante destacar que gran cantidad de pacientes con FA presentaron antecedentes de hipertensión arterial (69,1 %), al igual que otros estudios como el estudio CARDIOTENS (66 %) y el PREV-ICTUS donde se obtuvo un porcentaje elevado de 92,1 %. (2, 10)

La relación entre hipertensión arterial y FA es muy estrecha. La hipertensión arterial produce una serie de cambios estructurales y electrofisiológicos cardíacos que predisponen al desarrollo de FA; ésto podría explicar en parte el elevado riesgo de complicaciones que tienen los sujetos con ambas entidades. Por este motivo tiene particular interés la prevención del desarrollo de FA en el paciente hipertenso. (11)

La HTA y la FA no son dos problemas aislados, sino que presentan una clara interrelación para potenciar sus efectos perjudiciales entre sí. La hipertrofia ventricular izquierda secundaria a la HTA, aumenta el estrés parietal y produce activación del sistema nervioso simpático, esto último incrementa el automatismo y la anisotropía, y por ende las arritmias cardíacas. En esta fisiopatología se considera que la angiotensina II desempeña un papel central en el remodelado auricular. (12)

Es importante destacar el papel de la hipertensión arterial sistémica, que al producir disfunción diastólica es capaz de incrementar el tamaño auricular, lo que explicaría en parte, la alta prevalencia de FA. Márquez y colaboradores mencionan que el factor estructural más conocido como sustrato anatómico que permite el desarrollo de la FA, es la dilatación de las aurículas. (10) El mayor tamaño y la dilatación de la aurícula producen acortamiento del potencial de acción por disminución de las corrientes transitorias de potasio y de las lentas de calcio, reducen la fase 0 de despolarización, aumentan el automatismo ectópico e inducen pospotenciales. La dilatación se acompaña de fibrosis intersticial, la que separa los haces de miocitos, por lo que aumenta la conducción anisotrópica y disminuye la velocidad de conducción, situación que favorece la existencia de FA por la posibilidad de que se formen más circuitos de reentrada en las aurículas. (12)

Se reporta además que la insuficiencia cardíaca sintomática (clase funcional II-IV de la New York Heart Association [NYHA]) está presente en un 30 % de los pacientes con FA, y la FA se encuentra en hasta un 30-40 % de los pacientes con insuficiencia cardíaca, dependiendo de la causa subyacente y la gravedad de la misma. La insuficiencia cardíaca puede ser tanto una consecuencia de la FA (por ejemplo, en la taquimiocardiopatía o descompensación en la fase inicial aguda de la FA), como una causa de la arritmia debida al aumento de

la presión auricular y sobrecarga de volumen, disfunción valvular secundaria o estimulación neurohumoral crónica. (11)

TABLA 3. Distribución de los pacientes según factores desencadenantes

Factores desencadenantes	Nº	%
HTA descompensada	44	32,3
Síndrome coronario agudo	39	28,7
Insuficiencia cardíaca descompensada	32	23,5
Consumo excesivo de alcohol	21	15,4
Infección respiratoria	18	13,2
Trastornos electrolíticos	17	12,5
Cirugía	10	7,3
Otros	8	5,9
Sin factores desencadenantes	5	3,6

Fuente: historia clínica

Los principales factores desencadenantes fueron la HTA descompensada en 44 casos para un 32,3 %, seguido del síndrome coronario agudo con el 28,7 % y la insuficiencia cardíaca descompensada en el 23,5 %. En la insuficiencia cardíaca se ponen en marcha diversos mecanismos que pueden predisponer a la FA, uno de los más conocidos es la creación de un sustrato o un desencadenante para esta arritmia. La FA es un factor de riesgo importante e independiente de insuficiencia cardíaca y, a menudo, las dos enfermedades coexisten, en parte debido a que tienen factores de riesgo comunes. (12)

La FA se asocia más comúnmente a síndrome coronario agudo en pacientes de edad avanzada y en aquellos con insuficiencia cardíaca, frecuencias cardíacas más elevadas en el momento del ingreso y disfunción ventricular izquierda, y es independiente del tipo de terapia de reperfusión (ninguna, trombolisis o intervención coronaria percutánea). La FA que se presenta como complicación de un síndrome coronario agudo, se asocia a un aumento de la mortalidad hospitalaria y la mortalidad a largo plazo y aumenta el riesgo de ACV isquémico durante la hospitalización y el seguimiento. (13)

CONCLUSIONES

Predominaron los adultos entre 60 y 75 años de edad, el sexo masculino y, las enfermedades asociadas de mayor prevalencia fueron la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardíaca; dentro de los factores desencadenantes de fibrilación auricular se encontraron la HTA descompensada, el síndrome

coronario agudo y la insuficiencia cardíaca descompensada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Lozano Mera L, Martínez Pajuelo A. Fibrilación auricular. AMF [revista en internet]. 2014, Dic [citado 1 de julio 2016]; 10(11): 639-650. Disponible en: MedicLatina.
2. Barrera S, Mirella Mercedes J, Hernández J, Majano S, Quijada J, González Camacho B, et al. Caracterización de la fibrilación auricular en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional San Rafael (El Salvador). Corsalud [revista en internet]. 2016 [citado 1 de julio 2016]; 8(1): 8-18. Disponible en: MedicLatina.
3. Fibrilación auricular. AMF: Actualización En Medicina De Familia [revista en internet]. 2014 [citado 1 de julio 2016]; 10(10): 586-589. Disponible en: MedicLatina.
4. John Camm A, YH Lip G, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, et al. Actualización detallada de las guías de la ESC para el manejo de la fibrilación auricular de 2012. Rev Esp Cardiol [revista en internet]. 2013 [citado 1 de julio 2016]; 66(1): 54.e1-e24. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/actualizacion-detallada-las-guias-esc/articulo/90180911/?esMedico=1>.
5. Barrios V, Calderón A, Escobar C, de la Figuera M. Pacientes con fibrilación auricular asistidos en consultas de atención primaria. Estudio Val-FAAP. Rev Esp Cardiol [revista en internet]. 2012 [citado 1 de julio 2016]; 65(1): 47-53. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893211007329>.
6. Camn AJ, Kirchhof P, Lip GY, Schotten U, Savelieva I, Ernst S, Heidebuchel H. Guías de práctica clínica para el manejo de la fibrilación auricular. Rev Esp Cardiol [revista en internet]. 2010 [citado 1 de julio 2016]; 63(12): 1483.e1-e83. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3367768&orden=1&info=link>.
7. Bisbal F. Revisión del libro Fibrilación auricular. Archivos De Cardiología De México [revista en internet]. 2014, Enero [citado 1 de julio 2016]; 84(1): 66-67. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402014000100018.
8. Naccarelli GV, Varker H, Lin J, Schulman KL. Increasing prevalence of atrial fibrillation and flutter in the United States. Am J Cardiol [revista en internet]. 2009 [citado 1 de julio 2016]; 104(11): 1534-9. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002914909013885>.
9. Martínez-García G, Hernández-González A, Sánchez-Torres N, Álvarez-Tamayo R, Suárez-Rivero A. Comportamiento de las arritmias cardíacas y los trastornos de conducción en una Unidad de Cuidados Coronarios. Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular [revista en internet]. 2011 [citado 1 de julio 2016]; 17(1). Disponible en: <http://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/17>.
10. Márquez MF, Gómez-Flores J, Aranda-Faustro A, Cazares-Campos I, Cárdenas M. Avances recientes en la fisiopatología de la fibrilación auricular. Arch Cardiol Mex. [revista en internet]. 2009 [citado 1 de julio 2016]; 79(Supl 2): 18-2. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-99402009000600005&script=sci_arttext.
11. Moreno-Ruiz L, Rodríguez-Piña H, Martínez-Flores J. Fibrilación auricular. (Spanish). Revista Medica Del IMSS [revista en internet]. 2012 [citado 1 de julio 2016]; 50(3): 273-284. Disponible en: MedicLatina.
12. González E. Fibrilación auricular en el paciente hipertenso. Papel de la aurícula izquierda. Corsalud [revista en internet]. 2011 [citado 1 de julio 2016]; 3(1): 50-52. Disponible en: MedicLatina.
13. Marianela S. ¿Es posible prevenir la fibrilación auricular y sus complicaciones? Revista Médica Clínica Las Condes [revista en internet]. 2012 [citado 1 de julio 2016]; 23(6): 732-741. Disponible en: MedicLatina.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](#), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras, ni se realice modificación de sus contenidos.