

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

CONCORDANCIA DEL TRATAMIENTO DE ACUERDO AL
DIAGNOSTICO DE FIBRILACIÓN AURICULAR

Nerina del Carmen Fernández Martínez*, Dra. Rosa Amelia Lozano Zarate**

*Residente de Primer Año de Medicina Interna del Hospital Regional de Coatzacoalcos
"Valentín Gómez Farías"

**Médico especialista en Cardiología Hospital Regional de Coatzacoalcos "Valentín Gómez
Farías".

16 de septiembre de 2013

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) es el trastorno sostenido del ritmo cardiaco más frecuente. Se caracteriza por RR irregulares y ausencia de onda p, y se debe a una activación auricular desorganizada. La incidencia de infarto cerebral isquémico en los pacientes con fibrilación auricular no valvular promedia un 5% por año, 2 a 7 veces mayor al de los pacientes sin fibrilación auricular (FA).

La detección, diagnóstico correcto y oportuno así como la intervención terapéutica adecuada han demostrado la disminución de la morbimortalidad relacionada con esta arritmia.

La importancia de este estudio radica en valorar la calidad de la atención médica de los pacientes con fibrilación auricular. Identificando el manejo inicial más frecuente de acuerdo a la clasificación correcta de los tipos de fibrilación auricular. Se realizará un estudio observacional, transversal y descriptivo mediante la revisión de expedientes clínicos de 100 pacientes valorados en el servicio de Urgencias en el hospital Regional Coatzacoalcos con diagnóstico de fibrilación auricular, de acuerdo a los lineamientos clínicos para su manejo.

Al finalizar, los resultados serán capturados en una base de datos y serán analizados, para después presentarlos en tablas y gráficas y así poder realizar una descripción y análisis estadístico de los mismos, posteriormente realizar una conclusión sobre el estudio realizado.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la concordancia del tratamiento con el diagnóstico de fibrilación auricular en el servicio de Urgencias del Hospital Regional de Veracruz?

MARCO TEORICO

La fibrilación auricular (FA) es el trastorno sostenido del ritmo cardiaco más frecuente. Se caracteriza por RR irregulares y ausencia de onda p, y se debe a una activación auricular desorganizada. Es responsable de importante mortalidad por ictus, tromboembolia (TE), insuficiencia cardiaca (IC), disminución de la calidad de vida y deterioro de la función cognitiva. Puede ser sintomática o asintomática según la frecuencia cardiaca (FC), la duración y la existencia o no de cardiopatía estructural. Los síntomas más frecuentes son: palpitaciones, síntomas/signos de IC (disnea, ortopnea), dolor torácico, presíncope-síncope, astenia.¹

Clasificación de fibrilación auricular

Primer diagnóstico de fibrilación auricular: Independientemente de la duración de la arritmia.

Fibrilación auricular paroxística: Autolimitada (sin intervención médica), usualmente dentro de las primeras 48 horas.

Fibrilación auricular persistente: Cuando dura más de 7 días. También se utiliza el término de FA persistente para los casos que han durado menos de 7 días, pero que han precisado de la actuación médica (cardioversión farmacológica o eléctrica).

Fibrilación auricular persistente de larga duración: Duración de más de 1 año, en un paciente en el que por algún motivo clínico todavía se persigue el ritmo sinusal.

Fibrilación auricular permanente: a diferencia de la FA persistente de larga evolución, en la FA permanente la arritmia es aceptada tanto por el paciente (asintomático) como por el médico, y por definición no se persigue ritmo sinusal.

Fibrilación auricular silente: (asintomática) puede ser diagnosticada de forma incidental por un ECG.²

La fibrilación auricular es la arritmia cardiaca clínicamente más significativa⁶. Su prevalencia se dobla con cada década de la vida, desde 0.55% hasta el 9% de la población general según las diferentes series, como todos los procesos ligados a la edad, muestra una tendencia ascendente⁵.

Cerca de 6 millones de europeos sufren esta afección y su prevalencia se estima al doble en los siguientes 50 años, en estadounidenses, aproximadamente 2 a 3 millones padecen fibrilación auricular paroxística o persistente^{2,6,7}. Con respecto al género, la FA es más frecuente en varones, con un riesgo 1,5 veces superior que las mujeres de desarrollarla, ajustado por edad y factores predisponentes⁵.

En Mexico, aunque no contamos con estadísticas fiables sobre la frecuencia de la fibrilación auricular en países de tercer mundo, se cree que la afección de esta entidad no difiere de la observada en los países de primer mundo, dado el incremento en la expectativa de vida a nivel mundial³.

Aunque frecuentemente la FA cursa sin síntomas, es el factor de riesgo más importante para padecer un ictus, tras la hipertensión arterial, elevando el riesgo entre 4 y 5 veces. Tal es su importancia, que se estima que es responsable del 50% de los ictus de origen cardioembólico y aproximadamente un 15- 20% del total de estos eventos⁹.

Esta arritmia incrementa el riesgo de evento vascular isquémico a 5 años y es causa del 15% de todos los infartos en Estados Unidos y puede reducir la calidad de vida, estado funcional y actividad cardiaca. Está asociada con altos costos médicos así como alto riesgo de muerte⁷.

La presencia de FA se ha relacionado con una disminución de la calidad de vida y con una menor esperanza de vida; Ello se debe fundamentalmente a la presencia de ictus discapacitante y a los episodios hemorrágicos importantes relacionados con el tratamiento preventivo. También se ha asociado con una elevada incidencia de demencia y afección de la función cardiaca, lo que repercute en la morbimortalidad.⁴

En México, la incidencia de infarto cerebral isquémico en los pacientes con fibrilación auricular no valvular promedia un 5% por año, 2 a 7 veces mayor al de los pacientes sin fibrilación auricular (FA). Uno de cada seis EVC isquémicos ocurre en pacientes con FA. Adicionalmente si se incluyen los eventos vasculares cerebrales transitorios y aquellos eventos subclínicos detectados por métodos de imagen como la resonancia magnética, el porcentaje de isquemia cerebral acompañada de FA no valvular excede el 7% por año. En

pacientes con enfermedad reumática, el riesgo de EVC se incrementa hasta 17 veces comparado con individuos de la misma edad y sexo. Un riesgo 5 veces mayor al de aquellos con FA no valvular.³

El riesgo de padecer un ictus no es el mismo en todos los pacientes con FA, se debe realizar la estratificación de evento vascular cerebral y tromboembolismo mediante los factores de riesgo clínicos del score CHADS₂ VASC, en el que los pacientes ancianos y con mayores comorbilidades acumulan un mayor riesgo tromboembólico. que clasifica a los pacientes con riesgo bajo con una puntuación de 0, moderado riesgo con 1-2 puntos y alto riesgo con más de 2 puntos. En pacientes con FA menores de 65 años con escore 0 se recomienda el uso de antiagregación plaquetaria, en pacientes con puntuación de 1 se recomienda anticoagulación oral o antitrombotico, en aquellos con un escore mayor a 3 se recomienda anticoagulación.⁶ Se recomienda el escore HAS- BLED para valorar el riesgo de sangrado con el tratamiento anticoagulante en los pacientes con FA.

El manejo de la FA tiene como objetivo reducir los síntomas y prevenir complicaciones severas asociadas a dicha arritmia. El tratamiento tiene dos estrategias; La primera es el control del ritmo cardiaco en FA paroxística o bien el control del ritmo cardiaco en FA permanente. Diversos fármacos antiarrítmicos han demostrado su eficacia, como amiodarona, bloqueadores beta, antagonistas del calcio, flecainida o digoxina. El segundo aspecto, quizás de mayor relevancia, es el tratamiento preventivo de las embolias cardiacas, la cual es la complicación más importante⁵.

JUSTIFICACIÓN

La frecuencia de la fibrilación auricular aumenta con la edad, de manera que más del 5% de la población mayor de 70 años de edad padece esta arritmia.¹

La importancia clínica de la fibrilación auricular estriba en: 1) la pérdida de la contractilidad auricular, 2) la respuesta ventricular excesivamente rápida y 3) la pérdida de la contractilidad y vaciamiento de las orejuelas auriculares, lo que aumenta el riesgo de que se formen coágulos y eventos tromboembólicos subsiguientes.

La detección, diagnóstico correcto y oportuno así como la intervención terapéutica adecuada han demostrado la disminución de la morbimortalidad relacionada con esta arritmia.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Valorar concordancia del tratamiento con el diagnóstico en los pacientes con fibrilación auricular.

Objetivos específicos:

1. 1.- Número de pacientes con manejo correcto dependiendo el tipo de fibrilación auricular.
2. Manejo inicial más frecuente en el paciente de acuerdo a la clasificación de fibrilación auricular.
3. Número de pacientes con clasificación correcta de los tipos de fibrilación auricular
4. Prevalencia de la fibrilación auricular en el Hospital Regional de Veracruz.
5. Estimar la prevalencia de acuerdo al sexo y edad

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se trata de un estudio clínico, con fuente de datos primaria, transversal, retrospectivo, observacional y descriptivo en pacientes con fibrilación auricular atendidos en el servicio de Urgencias del Hospital Regional de Veracruz, donde se evaluarán 100 expedientes de pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular en un periodo de tiempo de 6 meses, del 01 de marzo al 01 de septiembre de 2014.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

Expedientes de pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular valorados en el servicio de Urgencias.

Criterios de exclusión:

Expedientes de pacientes con fibrilación auricular valorados en consulta externa.

Expedientes de pacientes valorados en hospitalización.

Expedientes de pacientes valorados por el servicio de Cardiología.

Plan de recolección:

Se realizará la revisión de expedientes en archivo clínico, sobre pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular, valorados en Urgencias. Se registrará la clasificación correcta de los pacientes de acuerdo al tipo de fibrilación auricular, el manejo inicial y el apego de este a los lineamientos establecidos de acuerdo a las guías de práctica clínica.

Al finalizar, los resultados serán capturados en una base de datos y serán analizados, para después presentarlos en tablas y gráficas y así poder realizar una descripción y análisis estadístico de los mismos, posteriormente realizar una conclusión sobre el estudio realizado.

Cronograma de actividades:

	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Realización de protocolo de Investigación	X				
Aplicación de instrumento		X	x		
Recopilación de datos			x		
Procesamiento de información				X	
Análisis de resultados				X	X
Entrega de investigación					X

Descripción de variables

Variables dependientes:

Fibrilación auricular

Edad

Sexo

Variables independientes:

Clasificación correcta

Tratamiento adecuado

Consideraciones éticas y de bioseguridad

En la realización de este estudio únicamente serán usados expedientes clínicos de pacientes con fibrilación auricular, manteniendo los datos recabados de los participantes de forma confidencial. No se pone en riesgo la integridad física o confidencial de los sujetos en dicho estudio.

RECURSOS

1.- Humanos: 1 Investigador, 2 asesores y pacientes incluidos.

2.- Materiales: Expedientes clínicos
Instrumento para captura de datos.
Equipo de cómputo
Lápices
Hojas blancas

3.- Financieros: Propios de los investigadores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

^{1,5} Actualización de "ABCD en Urgencias Extrahospitalarias". Fibrilación auricular en urgencias de atención primaria. Volumen 18, 117-122. Año 2011.

² European Heart Journal. Guidelines for the management of atrial fibrillation. Disponible en www.escardio.org/guidelines.

^{3,6} Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular. Disponible en www.cenetec.salud.gob.mx

⁴ Moreno-Ruiz LA a et al. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2012; 50 (3). Fibrilación auricular. 273-284.

⁵E. Santamarina, J. Álvarez Sabín. Social impact of stroke due to atrial fibrillation. Unidad Neurovascular, Servicio de Neurología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España. Volumen 27. Marzo 2012

⁶ACC/AHA/ESC Guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. Circulation 2001; 104:2118-2150

⁷GO AS, Hylek EM, Phillips KA, Chang Y, et al. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults; national implications for rhythm management and stroke prevention. AnTicoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. JAMA 2001; 285:2370-5.

⁸GO AS, Hylek EM, Phillips KA, Chang Y, Henault LE, Selby JV et al. 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.

⁹J. Masjuan. Prevención del ictus en la fibrilación auricular. J. Masjuan. Neurologia 2012; 27 (supl. 1); 1-3.