



Revisión

Algoritmo para la atención integral al paciente con fibrilación auricular

Pedro Domínguez Sánchez-Migallón

Centro de Salud de Manzanares II. Manzanares (Ciudad Real).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de febrero de 2019

Aceptado el 21 de diciembre de 2019

On-line el 24 de marzo de 2020

Palabras clave:

Fibrilación auricular

Atención integral

Anticoagulación

Arritmia

Este trabajo fue presentado como Póster en las 23^ª Jornadas SEMG de Atención Primaria, celebradas en Almagro los días 16 y 17 de noviembre de 2018. Fue galardonado con el Premio al Mejor Póster.

Keywords:

Atrial fibrillation

Integral attention

Anticoagulation

Arrhythmia

R E S U M E N

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida más frecuente. Su prevalencia ha aumentado y se asocia a un incremento de la morbimortalidad. A veces es asintomática y se diagnostica de forma casual al consultar por otro problema de salud. Es de destacar el riesgo tromboembólico asociado, por lo que precisa de tratamiento antitrombótico apropiado.

Es necesario el conocimiento de la enfermedad por el paciente, ya que la observancia y los posibles cambios en el estilo de vida son necesarios para optimizar el tratamiento

Objetivos. Mejorar la atención a los pacientes con FA mediante la cooperación multidisciplinar de los profesionales adecuadamente coordinados para proporcionar la mejor atención sanitaria; asegurar la correcta evaluación de los pacientes y establecer el tratamiento según las recomendaciones de las guías de práctica clínica, teniendo en cuenta las comorbilidades; promover el autocuidado y el estilo de vida mediante la información y educación sanitaria a los pacientes.

Material y métodos. Búsqueda bibliográfica -realizada en Julio de 2018- de Guías de Práctica Clínica, artículos recientes sobre aspectos asistenciales y de gestión de la FA.

Resultados. Se ha confeccionado un algoritmo con la finalidad de ayudar a la toma de decisiones en la detección, valoración inicial, tratamiento y seguimiento del paciente con FA.

© 2019 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Algorithm for the comprehensive care for the patient with atrial fibrillation

A B S T R A C T

Atrial fibrillation (AF) is the most frequent sustained arrhythmia, with an increase in prevalence and associated with an increase in morbidity and mortality. Sometimes it is asymptomatic and is diagnosed by chance when consulting for another health problem. Of note is the associated thromboembolic risk, which requires appropriate antithrombotic treatment.

It is necessary the knowledge of the disease by the patient since the observance and the possible changes in the lifestyle are necessary to optimize the treatment

Objectives. Improve the care of patients with AF through the multidisciplinary cooperation of properly coordinated professionals to provide the best healthcare; ensure the correct evaluation of the patients and establish the treatment according to the recommendations of the clinical practice guidelines, taking into account the comorbidities; promote self-care and lifestyle through information and health education to patients.

Material and method. Bibliographic search –made in July 2018– of Clinical Practice Guidelines, recent articles on aspects of care and management of AF.

Results. An algorithm has been prepared with the purpose of helping the decision making in the detection, initial assessment, treatment and follow-up of the patient with AF.

© 2019 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A

La fibrilación auricular (FA), que es la arritmia sostenida más frecuente. Su prevalencia en atención primaria (AP) es de 6,1 %¹; no es algo estático, ya que más del 75 % de los pacientes con FA paroxística sufrirán FA permanente tras 14 años de seguimiento², debido a un remodelado auricular, inicialmente eléctrico y estructural después, que hace que se perpetúe. El riesgo tromboembólico es el mismo, independientemente del tipo de FA (sintomática o no), por lo que hay estratificar el riesgo tromboembólico e instaurar el tratamiento antitrombótico apropiado³. Sin embargo, el control del INR resulta subóptimo⁴.

Son múltiples los agentes relacionados con el incremento de riesgo de FA⁵, por lo que se debe estar atento para detectar los pacientes con FA subclínica (en 20,1 % de los pacientes mayores de 60 años es desconocida previamente⁶ y es diagnosticada de modo casual). Por ello la búsqueda activa (a través de la palpación del pulso) de la FA en pacientes de al menos 65 años con síntomas o signos indicativos, es una estrategia más eficaz que el cribado oportunista en pacientes asintomáticos⁷; su sensibilidad es elevada (99,4 %, IC95 %: 97,9-100), pero su especificidad es baja (30,7 %, IC95 %: 26,1-35,3 %). Por ello puede ser de utilidad para el cribado oportunista de arritmias en pacientes mayores de 65 años que acuden a AP⁸.

En la detección de FA subclínica desempeña un papel importante el personal de enfermería, cuando realiza las visitas de seguimiento y control de los pacientes con patologías crónicas con riesgo de FA.

En el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con FA se ven implicados principalmente médicos de AP, urgencias, cardiólogos e internistas⁹. La FA puede ser gestionada desde AP, aunque son necesarios cambios en la organización de la asistencia: son imprescindibles la formación y comunicación entre niveles¹⁰. En hospital la FA se presenta en pacientes de alta complejidad y se asocia a una elevada tasa de reingresos¹¹, a mayores tasas de mortalidad, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardiaca y hospitalizaciones¹⁰, y a limitación de la calidad de vida.

En los últimos años se han producido cambios en la prevención de episodios tromboembólicos con la aparición de los nuevos anticoagulantes, así como la implicación de la AP en el seguimiento de estos pacientes, aunque existe una considerable variabilidad en cuanto a la manera de ser atendida¹⁰

En la Guía ESC 2016¹², se trata el abordaje integral de los pacientes con FA, y tras la evaluación inicial suele ser necesario referir al paciente a un equipo especializado en FA, o al cardiólogo, para evaluar en profundidad el efecto de la FA en la salud cardiovascular¹³. La atención integral de la FA requiere la cooperación de médicos de varias especialidades, profesionales afines y de los pacientes, ya que éstos deberían realizar cambios en el estilo de vida, y capacitación del paciente ya que es el papel central del proceso médico¹² y hay que tener en cuenta sus necesidades y expectativas.

La atención integral a la FA es coste-efectiva¹⁴, pues evita gran número de hospitalizaciones; en otro estudio¹⁵ solo mostró una mejora limitada al periodo inicial. Por ello es necesaria mayor investigación y probablemente la atención integral requiera un diseño específico para distintos contextos sanitarios¹².

Son varios los profesionales que deberían intervenir en un enfoque integral:

- Los especialistas en Cardiología deben valorar al paciente al menos una vez, idealmente al principio del proceso, mediante ecocardiograma, y establecer pauta de control (ritmo y frecuencia) y de seguimiento de pacientes en los que se plantea estrategia de control del ritmo.
- Los médicos de AP deben ser los responsables en la mayoría de los casos de la toma de decisiones sobre el tratamiento antitrombótico inicial, así como del seguimiento y del ajuste de la terapia en los pacientes ya valorados por el cardiólogo en quienes se plantea control de la respuesta ventricular.
- El personal de enfermería de atención primaria debe desempeñar un papel esencial en el seguimiento de los pacientes anticoagulados y en el control de los factores de riesgo.
- Los médicos de los Servicios de Urgencias son responsables del diagnóstico inicial en muchos casos; valoran la derivación de pacientes al Servicio de Cardiología y reciben a los pacientes derivados desde las consulta de AP (en los casos de descompensación).
- Los médicos del Servicio de Hematología, cuando se opte por el uso de anticoagulantes (especialmente los antivitaminas K).
- Otros médicos (Medicina Interna, Neurología) en caso de complicaciones (de FA o del tratamiento).

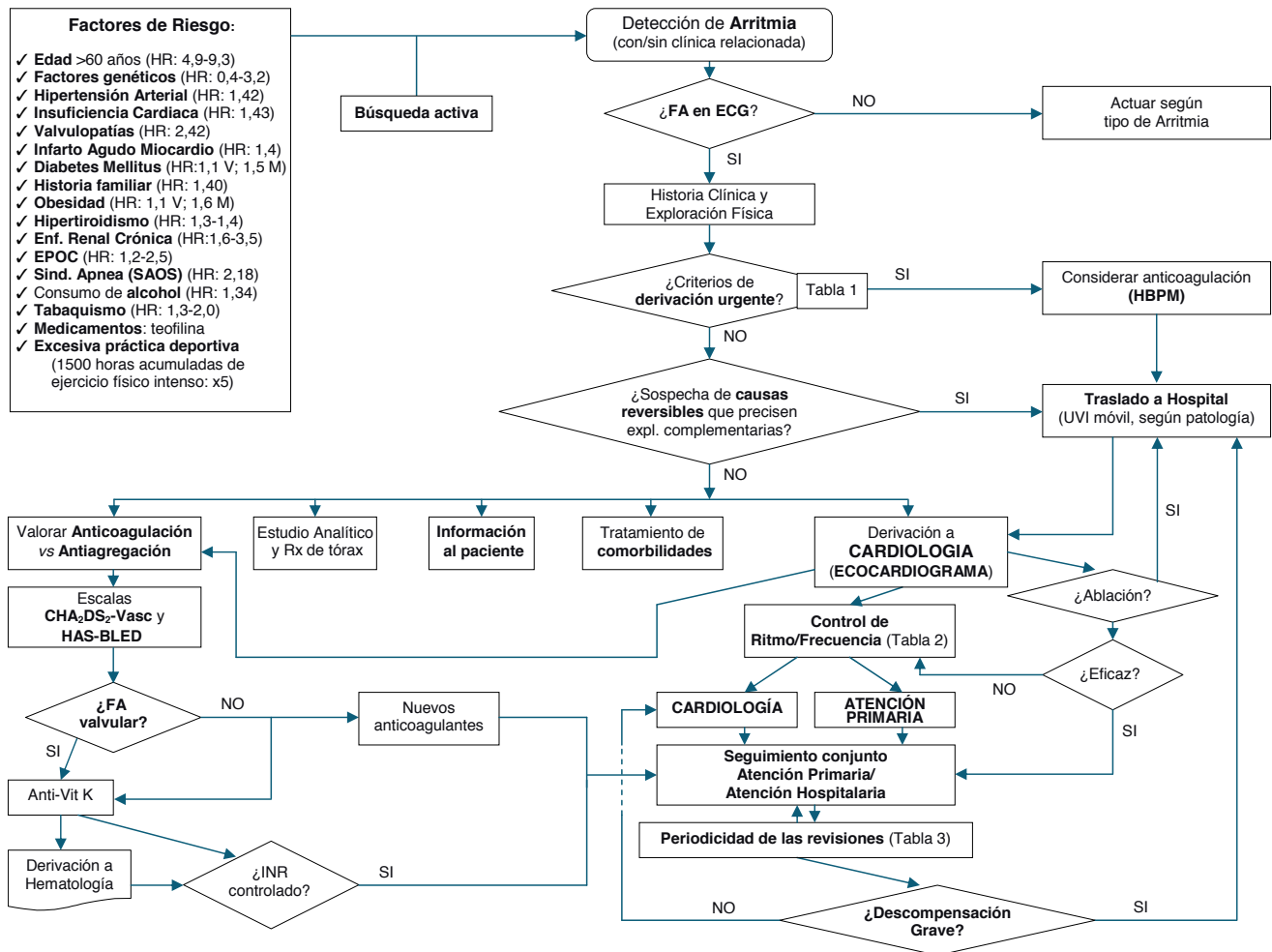


Figura 1 – Algoritmo para la atención integral del paciente con fibrilación auricular.

Los objetivos son: mejorar la atención a los pacientes con FA mediante la cooperación multidisciplinar coordinada para proporcionar la mejor atención sanitaria; asegurar la correcta evaluación de los pacientes y establecer el tratamiento según las recomendaciones de las guías de práctica clínica; promover el autocuidado y estilo de vida mediante la información y educación sanitaria a los pacientes.

Algoritmo

Se ha elaborado un algoritmo (Fig. 1), que comienza considerando los procesos que son factores de riesgo para la presentación de una FA, mediante una búsqueda activa (palpación del pulso); en ella el personal de enfermería de AP desempeña un importante papel para la detección de una arritmia, que más tarde puede ser confirmada con un electrocardiograma (ECG).

Tras el diagnóstico con ECG hay que realizar una historia clínica de antecedentes y síntomas (palpitaciones, disnea, dolor torácico...) y una exploración física.

Si hay criterios de derivación urgente para el control agudo de la respuesta ventricular¹⁶ (Tabla 1), hay que considerar la opción de anticoagular con heparina de bajo peso molecular y remitir al hospital, al medio más apropiado según la situación del paciente.

Si se sospecha la existencia de causas reversibles de FA¹⁰ (neumonía, tromboembolismo pulmonar, pericarditis, miocarditis, hipertiroidismo...) y son necesarias pruebas complementarias diagnósticas en el hospital, también se debe remitir al paciente al hospital.

Si el paciente puede ser atendido en AP, hay que valorar la indicación de anticoagulación/antiagregación (escalas CHA₂-DS₂-VASc y BLED); si es de origen valvular hay que emplear acenocumarol y si fuese no valvular hay que optar entre acenocumarol y los nuevos anticoagulantes de acción directa siguiendo las directrices del Informe de Posicionamiento Terapéutico¹⁷. El seguimiento de la anticoagulación puede realizarse por el médico de AP.

Es necesario realizar una analítica (recuento sanguíneo, creatinina sérica, glucemia, metabolismo lipídico, pruebas tiroideas y proteinuria) y radiografía de tórax. Se debe entregar al paciente información escrita sobre su enfermedad (mediante

Tabla 1 – Criterios de derivación urgente para control agudo de la respuesta ventricular¹⁶.

En determinadas situaciones el control se realizará con fármacos endovenosos y por lo tanto los pacientes deben ser derivados, al Servicio de Urgencias si:

1. Presenta inestabilidad hemodinámica
 - a. Descenso sintomático de la presión arterial (PA) de 30 mm Hg respecto a la previa o PAS/D < 90/50 mm Hg.
 - b. Repercusión orgánica grave:
 - Angina de pecho.
 - Insuficiencia respiratoria.
 - Insuficiencia cardíaca grave.
 - Compromiso de la circulación periférica, con oligoanuria, frialdad cutánea, disminución del nivel de conciencia o acidosis láctica.
 - c. Signos electrocardiográficos de isquemia aguda.
2. FC > 120 lpm o < 50 lpm y síntomas.
3. Presenta síntomas incapacitantes (se interrumpe la actividad diaria normal (grado IV de EHRA)

EHRA: European Heart Rhythm Association

un documento específico); como opción se le puede incluir en charlas grupales educativas, con la finalidad de motivar y capacitar¹² al paciente en el autocuidado (estilo de vida y control de los factores de riesgo).

El paciente debería ser enviado a Cardiología para realizar un ecocardiograma y establecer la pauta más adecuada (control de ritmo o de frecuencia) según la situación y las comorbilidades (Tabla 2). También será el cardiólogo quien indique otras posibilidades terapéuticas (ablación, cardioversión eléctrica, oclusión/exclusión de la orejuela izquierda), lo que condicionará la pauta de seguimiento conjunto entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria. La monitorización en el seguimiento de la FA permite establecer el patrón¹² en uno de los cinco tipos: diagnosticada por primera vez, paroxística, persistente, persistente de larga duración o permanente.

Respecto al seguimiento conjunto no es posible establecer una norma rígida para determinar el nivel asistencial; se pueden establecer recomendaciones:

- Seguimiento en AP: pacientes con evaluación inicial en Cardiología en los que se plantee una estrategia de control de frecuencia cardíaca.
- Seguimiento en Cardiología: pacientes en los que se plantee una estrategia de control de ritmo o sean tratados mediante ablación con catéter.
- Seguimiento en Cardiología, Medicina Interna, Neurología: pacientes que requieran control por otras patologías o comorbilidades.

La periodicidad de las revisiones se establece en función de las características del paciente y del tratamiento, y también serán diferentes los controles analíticos y ECG según los fármacos empleados. No es fácil establecer una norma rígida que regule la periodicidad, pero parece razonable:

- Un primer control tras la evaluación inicial en un plazo de 3 a 6 meses, para evaluar la eficacia del tratamiento.
- Un control, al menos anual, parece razonable en todos los pacientes,
- Un seguimiento más estrecho será aconsejable en función de las características del paciente y del tratamiento.

En la tabla 3, se expone el lugar (Cardiología o AP) en que se podrá realizar la revisión, periodicidad y aspectos a tener en cuenta¹⁸.

Durante el seguimiento pueden presentarse episodios de descompensación de la FA; deberán ser remitidos a Urgencias de hospital si¹⁸:

- Síntomas asociados a la FA *de novo* o en progresión: ángor, insuficiencia cardíaca, síncope, hipotensión arterial
- Alteraciones en la frecuencia cardíaca: FC > 130 o < 40 latidos/minuto (en 2 ECG separados por un mínimo de 15 minutos):
- Complicaciones asociadas al tratamiento:
 - Tromboembólico: hemorragia mayor, tromboembolismo, INR muy elevado.
 - Sospecha de pro-arritmia: síncope, FA con respuesta ventricular no controlada.
 - Taquicardia o fibrilación ventricular.

Tabla 2 – Criterios de estrategia de control de ritmo y de frecuencia ventricular¹⁶ y fármacos indicados¹².

	Indicaciones	Fármacos
Control de frecuencia ventricular	<ul style="list-style-type: none"> – Pacientes de edad avanzada, escasamente sintomáticos (EHRA I y II) – FA de larga duración (< 1 año) – Recurrencias tras uso de > 2 fármacos antiarrítmicos – Recurrencias frecuentes que obligan a más de 2 CVE – Recaída precoz (< 1 mes) tras CVE y en tratamiento antiarrítmico – Valvulopatía mitral – Aurícula izquierda dilatada (>55 mm) – Elección del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> – Betabloqueantes: Bisoprolol, Carvedilol, Metoprolol, Nebivolol, Esmolol – Bloqueantes de los canales del calcio: Diltiazem, Verapamilo – Glucósidos cardiotónicos: Digoxina, Digitoxina – Indicaciones especiales: Amiodarona
Control de ritmo	<ul style="list-style-type: none"> – Síntomas relacionados con la FA a pesar de adecuado control de respuesta ventricular, EHRA III-IV (insuficiencia cardíaca, síncope, angina) – Pacientes jóvenes sintomáticos en los que la ablación con catéter no se ha descartado – FA secundaria a causas corregibles (isquemia, hipertiroidismo, infección...) – FA paroxística con episodios autolimitados – Elección del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> – Amiodarona – Dronedarona – Flecainida – Propafenona – Sotalol

EHRA: European Heart Rhythm Association; CVE: Cardioversión Eléctrica.

Fuente: elaboración propia con datos de^{12,16}.

Tabla 3 – Seguimiento del paciente con fibrilación auricular.

Tipo de tratamiento	Inicial	Evaluación	Seguimiento	Evaluación
	CARDIOLOGÍA		ATENCIÓN PRIMARIA	
Básico	–	–	Anual	Síntomas ECG (frecuencia cardiaca)
CONTROL RIESGO TROMBOEMBÓLICO				
	CARDIOLOGÍA		ATENCIÓN PRIMARIA	
Antivitamina K	Según INR	INR	Según INR	INR Hemograma semestral
ACOD	1 mes	Hemograma	Anual	Función renal y hepática. Hemograma
CONTROL DE FRECUENCIA CARDIACA				
	CARDIOLOGÍA		ATENCIÓN PRIMARIA	
Antagonistas del Calcio o Beta-bloqueantes	1 mes	ECG (FC)	Semestral	ECG (FC) Función renal y hepática (anual)
CONTROL DE RITMO				
	CARDIOLOGÍA		ATENCIÓN PRIMARIA	
Flecainida/ Propafenona	1 semana	ECG (FC y QRS)	Semestral	ECG (frecuencia cardiaca) Función renal (iones) y hepática (anual)
Sotalol	1 semana	ECG (FC y QT)	Semestral	ECG (FC y QT) Función renal (iones) anual
Dronedarona	Mensual (x6) Trimestral (x2)*	Función hepática	Semestral	ECG (FC) Función renal (iones) y hepática
Amiodarona	Bimestral (x3)	PFR basal función hepática	Semestral	ECG (FC) Radiografía de tórax anual Función renal, hepática y tiroidea
ACOD: Anticoagulantes de acción directa. ECG: electrocardiograma. FC: frecuencia cardiaca. *Según Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. PFR: pruebas funcionales respiratorias. Fuente: elaboración propia con datos de ¹⁸ .				

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- 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. 2012; 65: 47-53.
- Kato T, Yamashita T, Sagara K, Iinuma H, Fu LT. Progressive nature of paroxysmal atrial fibrillation. Observations from a 14-year follow-up study. Circ J. 2004; 68: 568-72.
- Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, Schotten U, Savelieva I, Ernst S, et al. Guías de práctica clínica para el manejo de la fibrilación auricular (2ª ed. corregida). Rev Esp Cardiol. 2010; 63: 1483. e1-83.
- Lobos-Bejarano JM, Del Castillo-Rodríguez JC, Mena-González A, Alemán-Sánchez JJ, Cabrera de León A, Barón-Esquivias G, et al; en nombre de los investigadores del Estudio FIATE. Características de los pacientes y abordaje terapéutico de la fibrilación auricular en atención primaria en España: Estudio FIATE. Med Clin (Barc). 2013; 141: 279-86.
- Marzal Martín D, Rodríguez Padiel L. Etiología y prevención de la fibrilación auricular. Rev Esp Cardiol. 2016; supl 16(A): 8-11.
- Clua-Espuny JL, Lechuga-Druán I, Bosch-Princep R, Roso-Llorach A, Panisello-Tafalla A, Lucas-Noll J, et al. Prevalencia de la fibrilación auricular desconocida y la no tratada con anticoagulantes. Estudio AFABE. Rev Esp Cardiol. 2013; 66: 545-52.
- González Blanco V, Pérula de Torres LA, Martín Rioboó E, Martínez Adell MA, Parras Rejano JM, González Lama J, et al; grupo de estudio colaborativo DOFA-AP. Cribado oportunista de fibrilación auricular frente a detección de pacientes sintomáticos de 65 años o más: ensayo clínico controlado por clúster. Med Clin (Barc). 2017; 148: 8-15.
- Pérula-de Torres LA, González-Blanco V, Luque-Montilla R, Martín-Rioboó E, Martínez-Adell MA, Ruiz-de-Castroviejo J; Grupo Colaborativo estudio DOFA-AP. Validación de la toma del pulso arterial en atención primaria para la detección de fibrilación auricular y otros trastornos del ritmo cardiaco en mayores de 65 años. Semergen. 2017; 43: 425-36.
- Giménez-García E, Clua-Espuny JL, Bosch-Princep R, López-Pablo C, Lechuga-Durán I, Gallofré-López M, et al. El circuito asistencial de la fibrilación auricular en pacientes ambulatorios: estudio observacional Audit fibrilación auricular en el Baix Ebre. Aten Primaria. 2014; 46: 58-67.
- Palacio Lapuente F, Hernández Galindo M, Amezcua Goñi C, Lapuente Heppe I, Sola Saravia C. La gestión del proceso de fibrilación auricular: un abordaje integral. Rev Calid Asist. 2013; 28: 19-27.
- Íñiguez Vázquez I, Monte Secades R, Matesanz Fernández M, Romay Lema EM, Rubal Bran D, Casariego Vales E. Características y patrón temporal de reingresos de los pacientes con fibrilación auricular hospitalizados en servicios médicos. Rev Clin Esp. 2017; 217: 309-14.
- Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración con la EACTS. Rev Esp Cardiol. 2016; 70: 43.e1-e-84.

13. Kirchhof P, Nabauer M, Gerth A, Limbourg T, Lewalter T, Goette A, et al. Impact of the type of centre on management of AF patients: surprising evidence for differences in antithrombotic therapy decisions. *Thromb Haemost.* 2011; 105: 1010-23.
14. Hendriks J, Tomini F, Van Asselt T, Crijns H, Vrijhoef H. Cost-effectiveness of a specialized atrial fibrillation clinic vs. usual care in patients with atrial fibrillation. *Europace.* 2013; 15: 1128-35.
15. Stewart S, Ball J, Horowitz JD, Marwick TH, Mahadevan G, Wong C, et al. Standard versus atrial fibrillation-specific management strategy (SAFETY) to reduce recurrent admission and prolong survival: pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet.* 2015; 385: 775-84.
16. Xunta de Galiza. Servizo Galego de Saude. Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela. Proceso de fibrilación auricular. Santiago de Compostela. 2014. [Internet]. Disponible en: <https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/gal/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2405-ga.pdf> [Acceso: 10/7/2018].
17. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Informe de posicionamiento terapéutico UT_ACOD/V5/21112016. Criterios y recomendaciones generales para el uso de los anticoagulantes orales directos (ACOD) en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular. [Internet]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/criterios-anticoagulantes-oraes.pdf> [Acceso: 12/7/2018].
18. Merino L, Lorens JL. Fibrilación auricular. En: Marzal Martín D, Rodríguez Padial L, Bertoméu Martínez V (editores). *Gestión de Pacientes Ambulatorios en Cardiología. Jefes de Servicio de Cardiología. Documento Institucional. Gerencia de Atención Primaria de Toledo.* p. 21-27. [Internet]. Disponible en (intranet de SESCOAM): <http://www.gapto.sescam.jclm.es/dnn/Portals/0/Coordinacion%20APAH/Gu%C3%ADa%20de%20Pacientes%20Ambulatorios%20en%20CARDIOLOG%C3%8DA.pdf>