

EPIDEMIOLOGÍA Y PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA FIBRILACION AURICULAR EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Coral Suero Méndez. Vocal Grupo Arritmias Cardiacas, SEMES.

Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardiaca más frecuente en la práctica clínica. Su incidencia aumenta con la edad afectando globalmente al 3% de la población general de más de 40 años, observándose un aumento de su prevalencia a lo largo de la última década. Asocia además una elevada morbilidad en relación con dos factores principales: el desarrollo de insuficiencia cardiaca (ICC) y el riesgo de tromboembolismo arterial. La FA es por tanto una patología frecuente (elevada prevalencia) y grave (alta morbimortalidad). De un modo práctico para su manejo posterior, en los servicios de urgencias (SU) puede clasificarse según el tiempo de evolución: *de reciente comienzo* (paroxística o persistente en su fase inicial) si es < 48h o *crónica* (persistente prolongada y permanente) si éste es >48h o de duración desconocida.

El análisis de las características de los 4255 pacientes incluidos en los 4 estudios GEFAUR nos permiten conocer la realidad específica de la FA en nuestros SU y obtener una serie de conclusiones útiles para el mejorar la adecuación del manejo y optimizar los recursos.

1. La relevante **prevalencia** de la FA en nuestros SU, 3,6% de las urgencias generales, unida a la elevada **morbilidad** que presenta en los mismos (el 30% de éstos pacientes ingresa en el hospital y el 15% pasa a las unidades de observación, cifras muy superiores a la media de la población general que

acude a nuestros servicios) justifica una atención específica a ésta enfermedad.

2. Los principales **factores de riesgo** asociados con la FA son la *hipertensión arterial* (60%) y la existencia de *cardiopatía estructural* (56%) previa (valvular, isquémica o hipertensiva en orden decreciente). Ambas se encuentran ampliamente distribuidas en nuestra población, por lo que el manejo adecuado de las mismas en todos los ámbitos asistenciales podría asociar una reducción de la consulta de éstos pacientes en los SU.
3. Los **datos demográficos** más llamativos indican que se trata de una enfermedad de mayor prevalencia en *ancianos* (edad media 75 años) y algo más frecuente en *mujeres* (58%).
4. La **FA crónica** (>48 h o de duración desconocida) es el tipo de presentación más habitual (82%). Este tipo es también el más frecuente en los pacientes de mayor edad, que ya tienen tratamiento pautado previo a su consulta en Urgencias y en los que se objetiva además una mayor prevalencia de cardiopatía estructural, insuficiencia cardiaca y discapacidad psicofísica.
5. El **tratamiento antiarrítmico** pautado previamente en otros ámbitos asistenciales más habitual con el que acuden al SU es la *digoxina* (47%), de modo significativamente más frecuente en los discapacitados y en los pacientes con enfermedad cerebrovascular previa (ECV).
6. La **profilaxis previa de la ECV** con *dicumarínicos* es insuficiente (31%). Estos dos últimos datos se corresponden de forma casi paralela con la prescripción de antiarrítmicos y anticoagulantes en los SU, y sostienen la hipótesis de un manejo sustancialmente mejorable en todos los ámbitos asistenciales.

7. Los **síntomas** que motivan la consulta de los pacientes con FA en los SUH suelen ser *disnea* (38%) y *palpitaciones* (28%), acudiendo en un tercio de los casos por otros motivos no relacionados con la arritmia.
8. La **insuficiencia cardíaca** es un hallazgo frecuente (26%), mientras que la **inestabilidad hemodinámica** es una rareza (4,3%).
9. La **FA secundaria** a enfermedades extracardiacas es poco frecuente (4,5%), relacionándose generalmente con *procesos febriles* (60%).

Estos datos demuestran que la FA es una enfermedad característica de los SU (aunque previamente no haya sido reconocida como tal) y sugieren un manejo inicial en los mismos encaminado a lograr el alivio sintomático (control adecuado de la frecuencia cardíaca) y prevención de las complicaciones tromboembólicas en la mayoría de los pacientes, manteniendo presente la conveniencia de restaurar el ritmo sinusal en el relevante número de pacientes con arritmias de reciente comienzo.