

Detección de fibrilación auricular. Informe de evidencia actualizado y revisión sistemática para el grupo de trabajo de servicios preventivos de E.E.U.U.

Natalia Sánchez Prida¹

¹Urgencias Hospitalarias. Hospital 12 de Octubre

*Revista original: **Screening for Atrial Fibrillation. Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force.** Leila C. Kahwati, MD, MPH; Gary N. Asher, MD, MPH; Zachary O. Kadro, ND. JAMA. 2022;327(4):368-383. doi:10.1001/jama.2021.21811. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.21811>. [Acceda al artículo original](#)*

ABSTRACT

Comentario de artículo sobre la revisión de bibliografía existente en inglés del cribado poblacional de la fibrilación auricular (FA), comparando resultados con los de otros estudios similares.

Text commentary of an article's review of the evidence published in english about screening for atrial fibrillation, comparing the results with those of similar articles.

Especialidades:

- Atención Primaria
- Cardiología
- Medicina Interna

ARTÍCULO

Revisión sistemática de estudios clínicos aleatorizados sobre el cribado en pacientes sin FA conocida y de estudios sistemáticos y observacionales sobre daños potenciales de un cribado. Informe a los servicios de Medicina Preventiva de EEUU.

Palabras claves:

- Fibrilación auricular
- Cribado

Keywords:

- Atrial fibrillation
- Screening

COMENTARIO

La FA es la arritmia más común en Europa, con una prevalencia en España según el estudio OFRECE ¹ del 4,4% en sujetos mayores de 40 años y con un incremento progresivo por encima de los 60 años. Se cree que la prevalencia se incrementará en Europa en un 50% en los próximos 10 años debido a la mayor esperanza de vida² (lo cual refuerza la edad como factor de riesgo).

En España hay aproximadamente 650.000 personas con FA, estimándose que unas 90.000 están sin diagnosticar. Es bien sabido que la FA, sintomática o no, incrementa la muerte por cualquier causa con respecto a un sujeto sano sin FA en torno a 2 veces en mujeres y 1,5 veces en varones. Además,

incrementa el riesgo de padecer ictus entre 5-7 veces con respecto a población con características similares sin FA, siendo la responsable del 50% de los ictus de origen cardiogénico (que suponen a su vez un 25% del total de ictus isquémicos)³.

El mencionado artículo ha sido publicado por la “American Medical Association” en su revista JAMA, con factor de impacto en 2022 de 56.272. Se trata de una revisión de la bibliografía existente hasta el momento acerca de la aplicación de cribados de FA (la última revisión del 2018 no consiguió ser concluyente a favor o en contra de la realización de un cribado con los resultados obtenidos). Dos investigadores independientes revisaron artículos de PubMed y Cochrane publicados en inglés entre 2017 y 2020, así como artículos de ClinicaTrials.gov y de la OMS. En total, se analizaron 26 artículos consiguiendo una N = 113 784. Se incluyó población mayor de 50 años, asintomática y sin antecedentes de ictus. Las cuestiones por resolver y sus conclusiones fueron las siguientes:

- 1- ¿Mejoran los cribados la salud (mejora en la calidad de vida, disminución de la morbimortalidad) en adultos asintomáticos? A. ¿Varía esta mejora por subgrupos seleccionados de sujetos con factores de riesgo? El estudio habla de disminución significativa en el grupo de intervención (5.45 eventos/100 personas-año) comparado con el grupo control (5.68 eventos/100 personas-años) con un Hazard Ratio (HR) de 0.96 (95% CI, 0.92-1.00; P = .045) No se encontraron diferencias significativas por subgrupos.
- 2- La detección mediante cribados, ¿es superior a la detección en los controles de salud habituales? Resultados dispares en los estudios.
- 3- ¿Cuál es la precisión de los métodos diagnósticos utilizados? Resultados dispares, los métodos utilizados fueron también diferentes.
- 4- ¿Producen los cribados algún perjuicio? ¿Varía por subgrupos? No hubo diferencias significativas en cuanto a visitas a urgencias, hospitalizaciones, sangrados y niveles de ansiedad, así como tampoco las hubo por subgrupos.
- 5- ¿Cuáles son los beneficios de la anticoagulación en adultos asintomáticos detectados mediante cribado? ¿Varía por subgrupos? Los estudios analizados no formularon esta pregunta.
- 6- ¿Cuáles son los daños de la anticoagulación en adultos asintomáticos detectados mediante cribado? ¿Varía por subgrupos? Los estudios analizados no formularon esta pregunta.

Si bien las preguntas planteadas son interesantes de cara al establecimiento de un cribado, la sistemática de recogida no ha conseguido obtener una población comparable, así como tampoco se pueden comparar los medios utilizados en los diferentes estudios ni el entorno en el que se ha realizado (unos estudios contemplan la toma de constantes, otros la realización de ECG de 12 derivaciones, otros la realización de ECG con una tira de derivación, etc.). Los resultados han sido,

como se ha mencionado, dispares y poco concluyentes a pesar de que la selección de artículos ha sido rígida para adaptarse a sus criterios de inclusión y de que el estudio estadístico ha sido también riguroso y autocrítico. Sería interesante realizar una propuesta de estudio multicéntrico adoptando las medidas y medios disponibles en cada entorno y según los sistemas sanitarios. De este modo, podría realizarse, por ejemplo, un estudio con varios países de la Europa occidental (con sistemas sanitarios similares), orquestado desde la Atención Primaria para así obtener una población de screening sin sesgos (incluiría de esta manera a pacientes con todas las características, sin el sesgo que supone la obtención de la N en un ambiente hospitalario o en mutuas de trabajo). Se realizaría con un ECG de 12 derivaciones confirmatorio que continúa siendo el Gold Standard en el diagnóstico de la FA.

Las últimas guías de la ESC del 2020 dan por primera vez recomendaciones para realizar un screening poblacional², si bien recomiendan ya desde el 2012 la realización de ECG o toma de pulso en >65 años. Mencionan que la detección de individuos con elevado riesgo haría que se beneficiasen de programas de cribado (“selective or targeted screening” o cribado selectivo: implica a sujetos que cumplen criterios predefinidos). Recalcan que, si bien existen varios métodos para la detección de FA (pulso irregular en auto mediciones digitales, en la auscultación o en la medición de TA, o la captación de registros irregulares en las curvas de medición de dispositivos como relojes deportivos o smartphones), el Gold Standard en el diagnóstico continúa siendo la determinación en un ECG de 12 derivaciones. Las nuevas tecnologías no podrían ser tenidas en cuenta actualmente puesto que el alcance en la población no es homogéneo y no se han definido estrategias, podría además incrementar niveles de ansiedad y el uso innecesario de los servicios sanitarios. Sí se plantea su uso en un futuro, sobre todo porque los metaanálisis, si bien no han hallado diferencias significativas en cuanto a la detección sistematizada vs oportunista, sí han demostrado que la toma de varias determinaciones es más efectiva que una toma aislada; de hecho, dos meta-análisis recientes han demostrado que la detección de FA mediante ECG no es superior a la detectada mediante auto medición del pulso por lo que la instrucción en la toma de pulso periódica en la población (maniobra sencilla), podría suponer un buen y sencillo método de screening⁴ (por supuesto, siempre deberá ser contrastado posteriormente con un ECG de 12 derivaciones). Un estudio muy interesante de Apple (The Apple Heart study)⁵ con 419 297 sujetos reclutados, describió una detección del 0,5% de pulsos irregulares; la monitorización con ECG reveló un 34% de FA de entre estos sujetos. Un estudio similar de Huawei (The Huawei Heart study)⁶ reveló una detección irregular en 187.912 del 0,23%, con confirmación de FA en el 87%. El estudio REHEARSE-AF⁷ (REmote HEArt Rhythm Sampling using the AliveCor heart monitor to scrEen for Atrial Fibrillation) arrojó una detección 3,4 veces superior en mayores de 65 años portadores de smartphones vs pacientes con controles rutinarios.

Un documento de consenso EHRA/HRS/APHRS/SOLAECE⁸ sobre el despistaje de la fibrilación auricular arroja algunos resultados similares a los del presente artículo en cuanto a la capacidad de detección de FA en una muestra poblacional sometida a cribado (bien intermitente o continuo) vs una muestra bajo controles rutinarios. Mencionan en dicho documento el estudio SAFE (“Screening for Atrial Fibrillation in the Elderly”), que detectó en una muestra de 14.802 mayores de 65 años una prevalencia de FA no diagnosticada del 1,63% en sujetos sometidos a cribado vs 1,04% en el grupo control. Un estudio sueco, el STROKESTOP, estudió un grupo de intervención con cribado en una muestra de 7173 pacientes con riesgo moderado-alto de padecer FA, sometidos a un cribado mediante la realización de ECGs intermitentes durante 2 semanas. Se halló un 3% de pacientes con FA, si bien en el primer ECG tan solo se había detectado en el 0,5%, lo cual refuerza la necesidad de realización de ECGs intermitentes vs a una sola determinación. El documento de la EHRA no posee peso suficiente para determinar si un cribado oportunista (por ejemplo, captación de sujetos cuando solicitan consulta en atención primaria por cualquier motivo) es suficiente comparado con un cribado sistemático; sin embargo, sí abogarían (también sin soporte bibliográfico) por la realización de un cribado sistemático en todos los pacientes >de 65 años y en >55 años con CHA₂DS₂-VASc \geq 2.

Uno de los estudios incluidos en la presente revisión (el Morgan and Mant, 2002) comparó la detección de pulso irregular como método de cribado en pacientes mayores de 65 años captados de manera oportunista frente a un grupo de pacientes que fueron invitados de manera activa para toma de pulso y posterior realización de ECG, sin hallar diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la detección en ambos grupos. Un estudio español que realizó un Cribado oportunista de fibrilación auricular frente a la detección de pacientes sintomáticos de 65 años o más: ensayo clínico controlado por clúster⁹, con una N de 5.465 recogida en 48 centros de salud; comparó un grupo de ensayo (GE) en el que realizaron un cribado oportunista vs un grupo control (GC) en el que realizaron ECG sin los pacientes tenían un pulso irregular. El pulso era irregular en el 4,3% y el 15% de los pacientes del GE y el GC, respectivamente ($p < 0,001$). Se detectaron un total de 164 nuevos casos de fibrilación auricular (2,3%), el 1,1% en el GE y el 6,7% en el GC (OR ajustada 0,29; IC 95% 0,18-0,45). Por tanto, la toma de pulso es un método eficaz como detección (como ya se había mencionado previamente).

Concerniendo al sistema español de salud y sus características poblacionales (con una población cada vez más envejecida), los resultados arrojados por los diferentes estudios instan a la realización de un cribado sistemático en mayores de 65 años (o en menores con factores de riesgo) mediante la toma de pulso con confirmación posterior con ECG, como método eficaz para la detección de FA sintomática o no. Sería interesante el diseño de un estudio multicéntrico en Atención Primaria que comparara este método frente a los controles rutinarios.

BIBLIOGRAFÍA

Vol 67, Nº 4, Págs 259-269. 2014. Gómez-Dobas JJ, Muñoz J; Prevalencia de fibrilación auricular en España. Resultados del estudio OFRECE. Revista Española de Cardiología.

Vol 42, Nº 5. 2021. European Heart Journal. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. Doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa612>

Vol 13, Nº C, Págs 9-13. 2013. Guindo J, Martínez MD; Evaluación de riesgo tromboembólico y hemorrágico de los pacientes con fibrilación auricular Revista Española de Cardiología. Doi: [https://doi.org/10.1016/S1131-3587\(13\)70053-0](https://doi.org/10.1016/S1131-3587(13)70053-0)

Vol 14, Nº 3. 2019. Petryszyn P, Effectiveness of screening for atrial fibrillation and its determinants. A meta-analysis. PLoS One. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213198>

Vol 207, Págs 66-75. 2019. Turakhia MP, Rationale and design of a large-scale, app-based study to identify cardiac arrhythmias using a smartwatch: the Apple Heart Study. Am Heart J. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2018.09.002>

Vol 74, Nº 19, Págs 2365-2375. 2019. Guo Y, Wang H, Mobile photoplethysmographic technology to detect atrial fibrillation. J Am Coll Cardiol. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.08.019>

Vol 136, Págs 1784-1794. 2017. Halcox JPI, Assessment of remote heart rhythm sampling using the AliveCor heart monitor to screen for atrial fibrillation: the REHEARSE-AF Study. Circulation. Doi: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.030583>

Vol 19, Nº 10, Págs 1589-1623. 2017. Mairesse G, Moran P; Screening for atrial fibrillation: European Heart Rhythm Association (EHRA) consensus document endorsed by the Heart Rhythm Society (HRS), Asia Pacific Heart Rhythm Society (APHRS), and Sociedad Latinoamericana de Estimulación Cardíaca y Electrofisiología (SOLAECE). EP Europace. Doi: <https://doi.org/10.1093/europace/eux177>

Vol 148, Nº 1, Págs 8-15. 2017. González V, Pérula LA; Cribado oportunista de fibrilación auricular frente a detección de pacientes sintomáticos de 65 años o más: ensayo clínico controlado por clúster. Elsevier.es.

AUTOEVALUACIÓN

1. ¿Por qué se estima necesaria la realización de screening poblacional de FA? Señale la verdadera.
 - a) Es una arritmia muy peligrosa con elevado potencial de mortalidad
 - b) Es la arritmia con mayor prevalencia, estimándose aumento de esta última, y que, además, se asocia con aumento de la mortalidad tanto en varones como en mujeres
 - c) Su detección con los nuevos medios tecnológicos sería muy sencilla
 - d) Los estudios han demostrado una disminución del riesgo trombótico en poblaciones a las que se les ha realizado un screening

2. En cuanto a los métodos de detección de FA en cribados, señale la verdadera:
 - a) Las nuevas tecnologías se han consagrado ya como un método alternativo y fiable
 - b) El hallazgo de ritmo sinusal en un ECG aislado descarta la presencia de FA.
 - c) La auto medición de pulso en pacientes sintomáticos y asintomáticos ha demostrado ser un método eficaz en varios estudios
 - d) No hay evidencia que apoye la auto medición de pulso como método eficaz