

Carga de fibrilación auricular en la rehabilitación del ictus cardioembólico

Atrial fibrillation burden in cardioembolic stroke rehabilitation

Rogelio Luis Romero Millares^{1*} <http://orcid.org/0000-0002-3291-251X>

¹Hospital de Rehabilitación “Julio Díaz”. Centro de Referencia Nacional. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: rogeliolrm@infomed.sld.cu

Recibido: 08/02/2019

Aceptado: 29/09/2019

La declaración científica de la American Heart Association, de mayo de 2018, aborda un tema polémico relacionado con la arritmia cardíaca (fibrilación auricular), que es la que con mayor frecuencia causa embolismo cerebral. Resulta oportuno comentar este tema que es común tanto para los especialistas en neurorrehabilitación como en cardiorrehabilitación.

En el documento se explica que la comprensión de los factores de riesgo y las complicaciones de la fibrilación auricular (FA) están principalmente basados en estudios que la han evaluado como una modalidad binaria (presente o ausente) y no se ha investigado la carga arrítmica.

Aquí se discute la literatura publicada y las brechas de conocimiento relacionadas con los métodos para definir y medir la carga de FA y la relación de la carga arrítmica con los efectos negativos cardiovasculares y neurológicos.

El texto señala que muchos estudios examinan los efectos de la carga arrítmica y clasifican la FA por su tipo o patrón (paroxística, persistente o permanente). Sin embargo, desde el punto de vista cuantitativo, la carga de FA puede definirse por su duración, el número de episodios durante el período de monitoreo y la proporción de tiempo (expresado en porcentaje) que un individuo está en FA durante el monitoreo.

Las guías de práctica clínica emiten recomendaciones para anticoagulación sin tener en cuenta el patrón o carga de FA. No obstante, una evidencia reciente sugiere que mientras más alta sea la carga de FA, mayor será el riesgo de sufrir un ictus cardioembólico.

Según la evidencia científica, la FA persistente se relaciona con un mayor peligro de padecer ictus y su grado de severidad. Es la que más comúnmente se asocia a un ictus cardioembólico debido, quizás, a la prevalencia más alta de FA paroxística recurrente y al hecho de que no se trata con anticoagulantes.

Por definición, las guías de práctica clínica consideran a la FA como “un episodio de arritmia continua” con intervalos RR irregulares, sin onda P reconocible y que dura al menos 30 segundos.

En esas guías se reconocen algunos marcadores electrocardiográficos de riesgo de FA y arritmias asociadas, como PR largo en ritmo sinusal, ectopia auricular (latidos auriculares prematuros (LAPs) frecuentes, rachas de LAPs, actividad ectópica supraventricular excesiva, taquicardia auricular, taquicardia supraventricular paroxística, flúter auricular y QT corto en ritmo sinusal. Podemos adicionar la posibilidad de presentaciones “atípicas” de la FA, como es el caso de la forma silente o asintomática (más de 10 episodios silentes por cada episodio sintomático) y la subclínica.

De hecho, la FA paroxística y la ectopia auricular con alta carga arrítmica son las que observamos con más frecuencia en la práctica neurorrehabilitadora del ictus cardioembólico. Por tanto, se hace un llamado a los neurorrehabilitadores para no adoptar una actitud “falsamente tranquilizadora” por la ausencia de un episodio confirmado de FA, ya que la pesquisa debe incluir todos los eventos clínicos, subclínicos y silentes que pueden encontrarse en la práctica rehabilitadora.

Conflicto de intereses

El autor declara que no tiene conflicto de intereses.