

Fibrilación auricular*

Estudio estadístico sobre 906 casos

Por los Dres. HECTOR BIDOGGIA, CARLOS BETLEHEMIAN,
GRACIELA A. MACOLA y FRANCISCO A. PERALTA

La fibrilación auricular (F.A.), es un trastorno del ritmo capaz de modificar per se la hemodinamia en grado suficiente para provocar al paciente trastornos objetivos y subjetivos que le incapaciten para desarrollar una actividad normal.

Esto lo corrobora los casos en que la F.A., es la única anomalía cardiovascular demostrable clínicamente, no obstante lo cual los pacientes experimentan disnea de grado variable, molestias abdominales por hepatomegalia y edemas de miembros inferiores.

La frecuencia de la F.A., en corazones sin otra alteración demostrable, ha sido diversamente valorada, desde menos del 1 % por Brockman (1) hasta el 9,6 % según Maurice y col. (2) para quienes la alteración del ritmo es capaz por sí sola de provocar agrandamiento cardíaco y alteraciones electrocardiográficas del segmento ST y la onda T. Dentro de este grupo sin alteraciones orgánicas demostrables, la F.A. suele presentarse con carácter de arritmia paroxística cuando el estado general del paciente es afectado por intoxicaciones alimenticias, tabáquicas, alcohólicas, por gas de alumbrado o por otras causas como quemaduras, enfermedades infecciosas, excitaciones o esfuerzos muy violentos, operaciones quirúrgicas especialmente torácicas, etc. (Orgain y col. [3]).

White (4), considera que hay cierta predisposición neurovegetativa para favorecer esta arritmia como lo probaría el hecho que varios miembros, aún jóvenes, de la misma familia, pueden presentar F.A. sin evidencia de enfermedad cardíaca. Ejemplos de F.A. en ausencia de lesión cardiovascular orgánica demostrable, son esporádicamente registrados en la práctica diaria. Sin embargo, en la inmensa mayoría de los casos esta arritmia se observa en cardiopatías orgánicas, incidiendo desfavorablemente sobre la evolución natural de la afección cardiovascular.

El motivo de este trabajo fue estudiar ciertos aspectos de la F.A. en la población de pacientes que asisten a un Servicio de Cardiología de la Capital Federal considerando: I su distribución porcentual en relación con: a) su etiología, b) las décadas de la vida, c) el sexo, d) la capacidad funcional y II la asociación con otras alteraciones electrocardiográficas.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realizó sobre 906 pacientes con F.A. atendidos en la Clínica de Enfermedades Cardiovasculares del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación.

La época de comienzo de la F.A. fue difícil de señalar pues casi todos los enfermos ya presentaban la arritmia en su primer examen. Si bien, en algunos casos, una anamnesis cuidadosa pudo haber señalado el probable comienzo de la F.A. no fue posible, en general, extrac-

* Trabajo realizado en la Clínica de Enfermedades Cardiovasculares dependiente del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación.

tar de las historias clínicas la iniciación de la misma. Por tal motivo en la mayoría de los casos los consideramos desde su primer consulta a la Clínica, siendo reducida la incidencia de enfermos con ritmo sinusal en su primer examen y posteriormente fibrilados.

Para atribuir la arritmia a una u otra etiología, se tomó en consideración el estudio clínico, radiológico, electrocardiográfico, del fondo de ojo y las pruebas de laboratorio.

RESULTADOS Y COMENTARIOS

I. a) *Fibrilación auricular en relación a su etiología.*

Sobre este material de 906 fibrilados recopilados en la Clínica de Enfermedades Cardiovasculares funcionando en una zona céntrica, con pacientes de la Ciudad de Buenos Aires y alrededores, la proporción en que las distintas afecciones cardiovasculares fueron responsables de la arritmia fue la siguiente: enfermedad cardiorreumática 36 %, arterioesclerosis 21 %, hipertensión arterial 9,2 %, asociación de hipertensión arterial y arterioesclerosis 25,5 %, afecciones broncopulmonares crónicas 3 %, hipertiroideos 1,32 %, chagásicos 0,38 %, congénitos 0,23 %, y otros sin cardiopatía ni otra causa orgánica demostrable 3,37 %.

Nuestra estadística coincide con la de Mc Eachern y Baker (5) y la de White (4) en considerar a las cardiopatías reumáticas como la causa más frecuente de F.A.; el hipertiroidismo, en cambio, lo registramos en proporción inferior a la de los citados autores así como la sífilis que en los casos de Mc Eachern y Baker (5) alcanza al 3 % (Cuadro 1). Esta discrepancia se explica teniendo en cuenta la sensible disminución de la etiología sífilítica en las afecciones car-

CUADRO N° 1. Distribución de la fibrilación auricular en relación a su etiología. (Relación porcentual).

AUTORES	Nº de casos	Enfermedad cardiorreumática	Arterioesclerosis	Hipertensión arterial	Asociación de hipertensión arterial y arterioesclerosis	Afecciones broncopulmonares crónicas	Hipertiroidismo	Chagásicos	Congénitos	Otros sin cardiopatía ni otra causa orgánica demostrable
Mc EACHERN Y BAKER 1932	575	34.4	19.9	32.1	7.5	5	3			2.1
WHITE 1934	375	45.6	4.3	21.4	4			26.6		8
BIDOGLIA Y COL. 1962	906	36	21	9.2	25.5	3	1.32	0.38	0.23	3.37

Fig. N° 1.

FIBRILACION AURICULAR
RELACION CON EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES

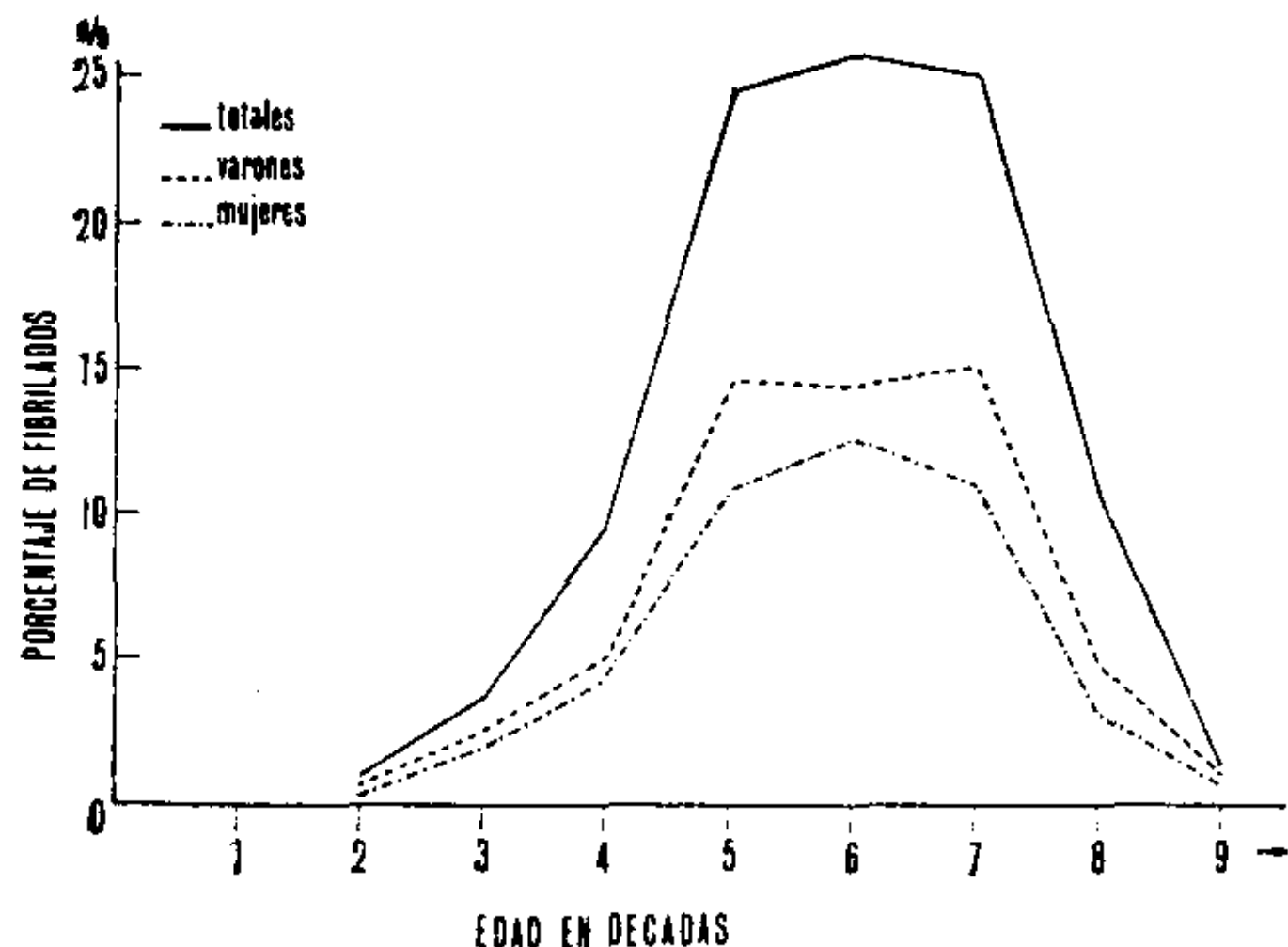


Gráfico N° 1.

diovasculares y el mejor y más precoz tratamiento del hipertiroidismo que actualmente llega con menos frecuencia a la etapa de la F.A.

Otra diferencia con la estadística de White es la proporción mucho menor en nuestros casos de fibrilación auricular sin causa aparente de enfermedad cardiovascular orgánica (8 % contra 3,37 %).

I. b) *Fibrilación auricular en relación a las distintas décadas de vida.*

Como se observa claramente en el gráfico n° 1 la distribución porcentual de la F.A. es ínfima en los primeros años de la vida haciéndose paulatinamente más significativa hasta señalar un ascenso brusco en la quinta década y manteniéndose alta en la sexta (época de mayor frecuencia) y séptima década, para descender rápidamente en la octava.

En el cuadro 2 se pueden comparar los resultados entre nuestros hallazgos y los de las series de Brochman (1) y Mc Eachern y Baker (5). Es interesante observar el desplazamiento de los mayores porcentajes hacia las décadas más altas en las estadísticas más recientes sugiriendo un mejor control médico de

CUADRO N° 2. Distribución porcentual de la fibrilación auricular en relación a las décadas de la vida.

AUTOR	Nº de casos	PORCENTAJE POR DÉCADAS DE VIDA									
		1ra.	2da.	3ra.	4ta.	5ta.	6ta.	7ta.	8va.	9na.	
BROCHMAN D. G. 1931	400	—	2	17.2	44	28	26.7	5.7	1.4	—	
Mc EACHERN Y BAKER 1932	575	—	4.2	5.4	25	39.2	26.1	20.1	7.8	0.3	
BIDOGLIA Y COL. 1962	906	—	0.25	1.35	9.25	24.67	25.7	24.9	10.47	0.88	

Fig. N° 2.

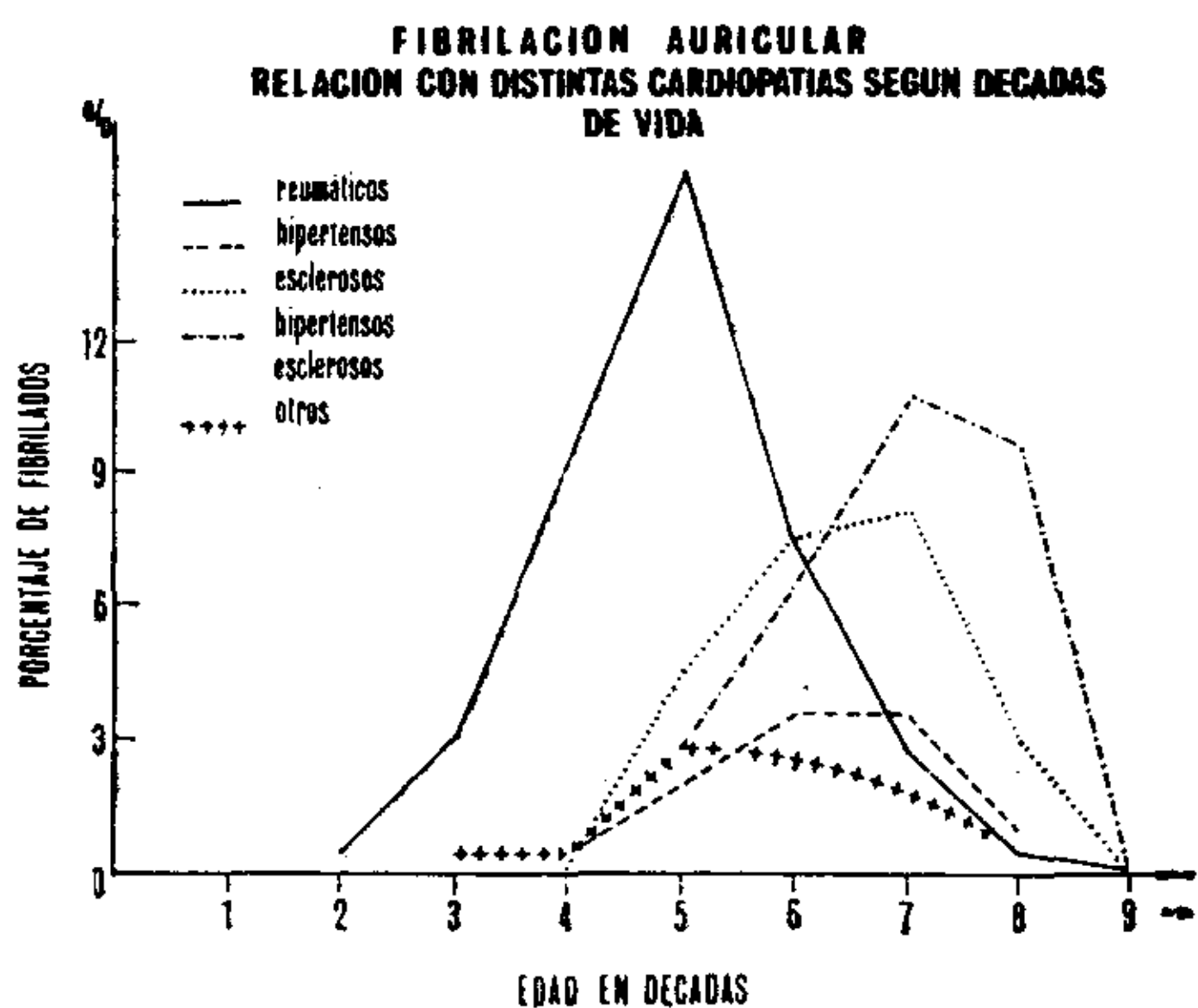


Gráfico N° 2.

las cardiovasculopatías que retarda la aparición de esta desfavorable arritmia.

En cuanto a la frecuencia de la fibrilación auricular en relación a las distintas etiologías y su constatación en las sucesivas décadas de la vida (gráfico 2) muestra que hasta la 5ª década (de 40 a 50 años) la cardiopatía reumática supera per se a todas las otras causas en conjunto. En la 6ª década la curva de frecuencia de la fiebre reumática se entrecruza con la de las coronariopatías y la de la arterioesclerosis más hipertensión arterial y mientras la de la primera descende rápidamente las dos últimas siguen elevándose hasta la 7ª década.

I. c) *Fibrilación Auricular en relación al sexo.*

Las curvas de frecuencia de fibrilación auricular en relación al sexo muestran en las primeras y últimas décadas de la vida un ligero predominio de los varones sobre las mujeres (gráfico 1), diferencia que se acentúa entre los 40 y los 60 años de edad. Esto se explica por la mayor frecuencia de la arterioesclerosis coronaria en el varón durante ese período de la vida.

Nuestro porcentaje global de 56 % para varones y 44 % para mujeres coincide con la serie de Brochman (1) quien señala una proporción de 55 % y 45 % para los sexos masculino y femenino respectivamente.

I. d) *Fibrilación auricular en relación a la capacidad funcional.*

Las consideraciones sobre este punto se basan en 453 por no haber podido obtener en los restantes, datos suficientes para su segura clasificación funcional. Además en su casi totalidad, los pacientes estaban digitalizados de manera que la causa principal del pernicioso efecto de la F.A. estaba controlado por la acción bradicardizante del fármaco.

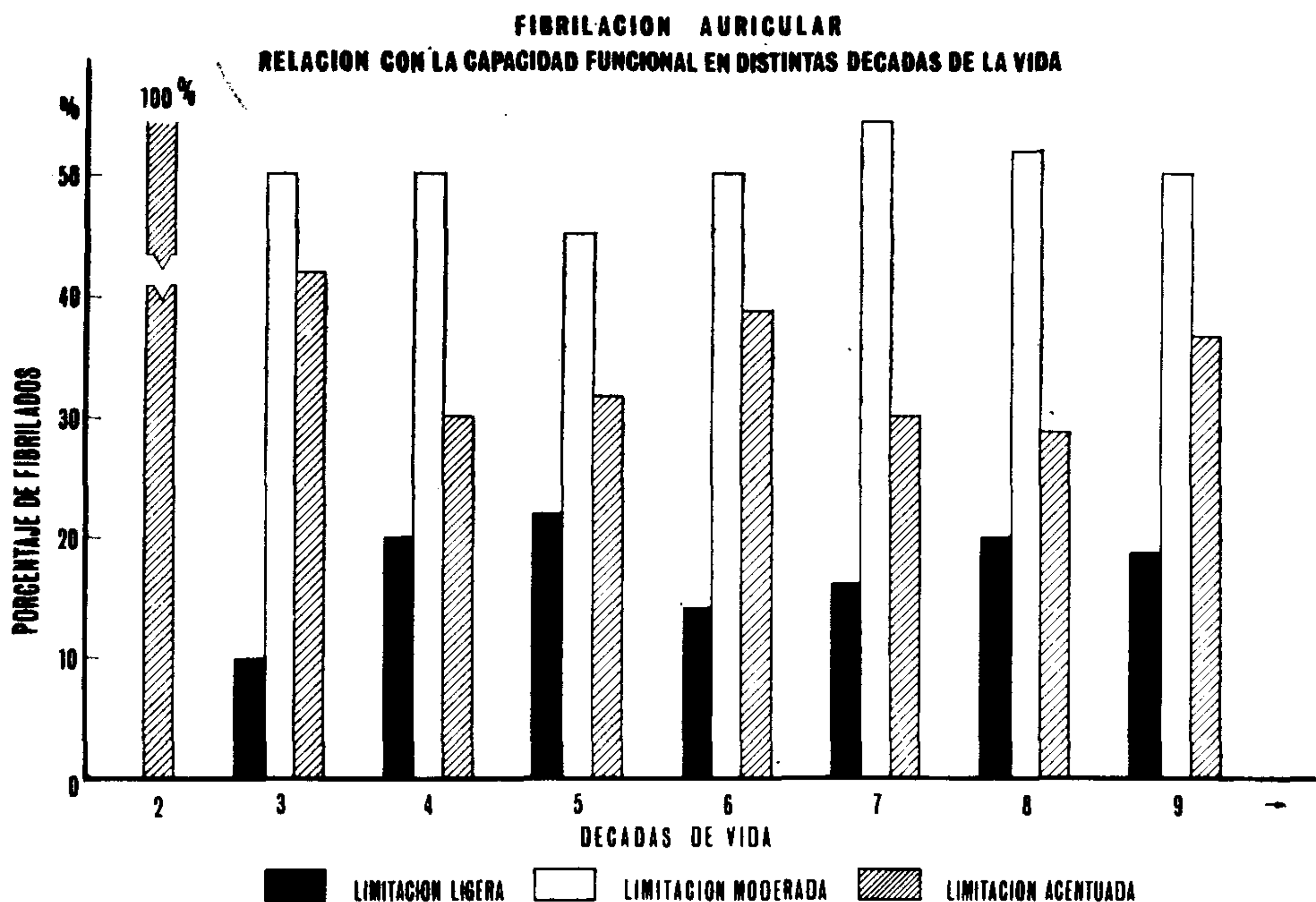


Gráfico N° 3.

Así considerados, los pacientes los clasificamos en tres grupos I con ligera; II con moderada y III con acentuada incapacidad funcional.

Estudiado con ese criterio, sin considerar la edad de los pacientes, el 50 % de los fibrilados pertenecen al grado II, el 31 % al grado III y el 19 % restante al grado I, con la variación por décadas que puede observarse en el gráfico n° 3.

I. Asociación de la fibrilación auricular con otras alteraciones electrocardiográficas.

Entre ellas hemos considerado solamente las desviaciones del eje eléctrico más allá de -15 y $+110^\circ$ y los bloqueos de rama.

Considerando las desviaciones del eje eléctrico en relación con las distintas etiologías observamos que en las cardiopatías reumáticas la asociación de F.A. con desviación del eje eléctrico a la derecha duplica la frecuencia de la asociación con desviación del eje eléctrico a la izquierda debido a que dentro de las valvulopatías reumáticas la que más provoca F.A. es la estenosis mitral. Su incidencia determina que el 83 % de los casos de F.A. y desviación del eje eléc-

CUADRO N° 3. Porcentaje de alteraciones electrocardiográficas agregadas a la Fibrilación auricular en las cardiopatías más frecuentes.

ETIOLOGIA	DES. IZQ.	DES. DER.	B.R.I	B.R.D.
CARDIOREUMAT.	3.31	7.40	0.33	0.88
ARTERIOESCL.	7.62	0.66	0.77	0.99
HIPERTENSION	2.65	0.44	0.22	0.22
HIPERTENSION MAS ARTERIOESCL.	10.7	0.44	1.32	1.54

Fig. N° 3.

trico a la derecha se deban a cardiopatía reumática con valvulopatía mitral.

Por el contrario en las cardiopatías arterioesclerosas o hipertensión aisladas o combinadas, la desviación del eje eléctrico a la izquierda es la asociación más frecuente con la F.A. observándose que el 88 % de los pacientes con arritmia completa y desviación del eje a la izquierda obedecen a esas causas.

Los bloqueos de rama en una proporción de 6,2 % entre los fibrilados, obedecen con una frecuencia mucho mayor (83 %) a las cardiopatías arterioesclerosas o hipertensivas que a las reumáticas, independiente de la rama bloqueada (Cuadro N° 3 y Gráfico N° 4).

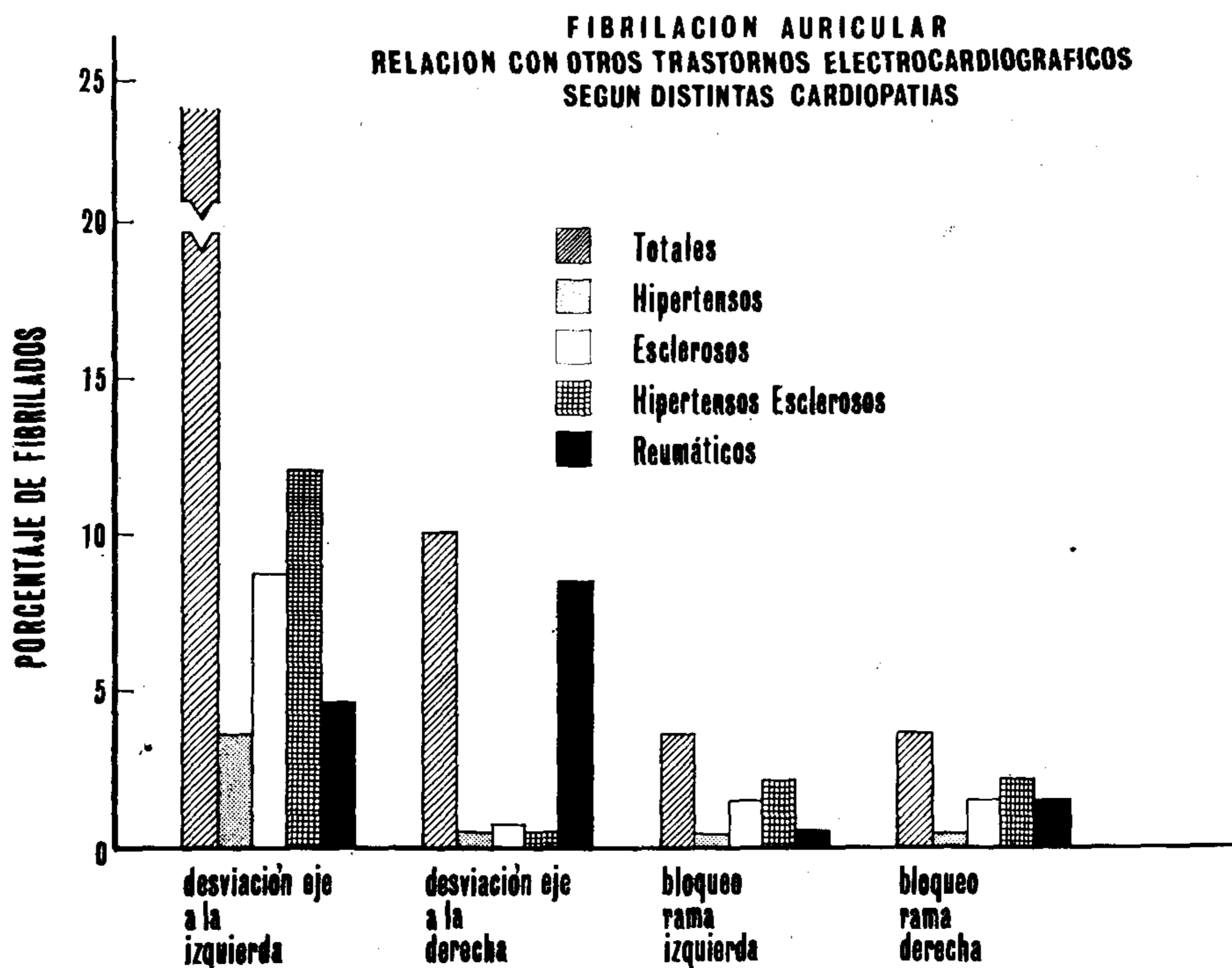


Gráfico N° 4.

RESUMEN

En un grupo de 906 pacientes con F.A. hemos observado que las cardiopatías reumáticas y las coronariopatías asociadas o no a hipertensión arterial, sumaban más del 80 % de la totalidad de los casos.

La mayor frecuencia se halló en los pacientes entre los 50 y 60 años de edad. En las primeras décadas de la vida la casi totalidad de los casos eran de causa reumática.

La F.A. fue ligeramente más frecuente entre los hombres 56 % que entre las mujeres siendo la diferencia más acentuada entre los 50 y 70 años de edad.

La capacidad funcional se halló disminuida: ligeramente en 19 %, moderadamente en el 50 % y severamente en el 31 % de los fibrilados.

La F.A. con desviación del eje eléctrico a la derecha correspondió en su mayoría a los cardiorreumáticos así como la asociación con la desviación del eje eléctrico a la izquierda a los cardioesclerosos con o sin hipertensión arterial. Asociada a bloqueos de cualquiera de las ramas del haz de His la F.A. correspondió en el 83 % de los casos a pacientes con coronariopatía con o sin hipertensión arterial.

SUMMARY

In a group of 906 patients with atrial fibrillation we observed that rheumatic heart disease and coronary artery disease, which may accompany arterial hypertension, made up more than 80 % of the cases.

The largest atrial fibrillation frequency was found in patients between 50 and

60 years of age. Almost all cases observed in their first decades of life were due to rheumatic heart disease.

Atrial fibrillation was more common among men (56%) than among women, the difference being more outstanding between the age of 50 and 60.

Functional capacity diminished slightly in 19 %, moderately in 50 % and severely in 31 % of patients with atrial fibrillation.

Atrial fibrillation with right electrical axis deviation was more common in patients with rheumatic heart disease, while left axis deviation occurred in patients with arterioesclerosis with or without arterial hypertension. Atrial fibrillation with left or right bundle branch block was due, in 83 % of the cases, to coronary heart disease with or without arterial hypertension.

BIBLIOGRAFIA

1. Brochman D. S.: "Auricular Fibrillation. Some observations and deductions from a series of 400 cases". *The Lancet*: Vol. 1, 374, 1921.
2. Maurice, P., Rullière, R., Acar, J. et Lenégre, J.: "Etude clinique de 90 cas de fibrillation auriculaire idiopathique". *Bull. Soc. Méd. Hóp.*, 72, 607, 1956.
3. Orgain, E. S., Wolff, L. & White, P. D.: "Uncomplicated auricular fibrillation and auricular flutter: frequent occurrence and good prognosis in patients without other evidence of cardiac disease". *Arch. Int. Med.*, LVII, 493, 1936.
4. White, P. D.: "Heart Disease". The Mac Millan Co., New York, 1934.
5. Fachern, D. & Baker, B. M. Jr.: "Auricular fibrillation: its etiology, age incidence and production by digitalis therapy". *Am. Jour. Med. Science*, 183, 35, 1932.