

¿SIRVE DE ALGO LA BUSQUEDA DE FA EN ADULTOS ASINTOMÁTICOS?

Autor: Marcos García Aguado

Fecha de publicación: 02/02/2022

Patología: FA y otras arritmias / Categoría: Controversia

Tiempo de lectura: 3 minutos

<https://www.carprimaria.com/leer-arritmias/fa-cribaje-uspstf>



Se puede realizar la detección de la fibrilación auricular (FA) en pacientes asintomáticos de forma oportunista o sistemática. La primera es la que se realiza a los pacientes que acuden de forma rutinaria a una consulta, la segunda la que realizamos programando una visita a un grupo concreto de pacientes con intención de realizar la prueba de detección.

No se ha demostrado que el cribaje sistemático sea mejor que el oportunista¹, con cifras similares de detección de FA.

¿Hay datos claros que apoyen la ventaja en salud de la detección de FA en pacientes adultos asintomáticos?

La evidencia científica sobre la búsqueda de la FA en pacientes asintomáticos mediante métodos de cribaje es escasa y no concluyente, aunque es lógico esperar datos aclaratorios a más largo plazo, gracias al crecimiento exponencial de tecnología para su detección (wearable...).

Por otra parte, no deberíamos centrarnos únicamente en la prevención del tromboembolismo como argumento para justificar la realización de métodos de detección de FA en asintomáticos. También se debería valorar la presencia o no de auriculopatía y su implicación en la evolución de la salud del paciente, y/o realizar una búsqueda de factores de riesgo asociados con la FA (como la hipertensión, el consumo de alcohol...), aplicar medidas de corrección y valorar su papel en la evolución de la patología del paciente.

Pero ¿Se recomienda realizar una búsqueda activa de pacientes con FA asintomáticos?

La FA asintomática se ha asociado de forma independiente con un incremento del riesgo de infarto y mortalidad en comparación con la FA sintomática. De hecho, la **Sociedad Europea de Cardiología** en sus guías de FA publicadas en 2020 recomienda claramente la detección oportunista de la FA mediante la toma de pulso o la realización de una tira de ritmo en pacientes con una edad ≥ 65 años (*recordemos que la FA aumenta de forma significativa su incidencia con la edad*), estableciendo el diagnóstico de FA siempre que la FA detectada por ECG o tira de ritmo tenga una duración ≥ 30 segundos. Estas mismas guías insisten que el cribaje en ≥ 75 años o en aquellas personas con alto riesgo de eventos embólicos debe realizarse de forma sistemática y mediante electrocardiograma.

El documento que acaba de publicar el grupo de trabajo de los **Servicios Preventivos de los Estados Unidos de América**² (*USPSTF*) señala que el riesgo de accidente cerebrovascular asociado a la FA asintomática, particularmente aquella de menos de 24 horas, es incierto, y que actualmente no hay evidencia científica suficiente para apoyar o no la realización de un cribaje de FA en adultos asintomáticos sin antecedente de ACVs.

Este grupo de trabajo examinó un total de 26 estudios que incluían 113784 pacientes.

¿Entonces?

Debemos recordar que la decisión de anticoagular a un paciente con FA está relacionada con múltiples factores, algunos ya consolidados, y otros por aclarar, como la duración de los episodios de FA y el número de episodios, o la auriculopatía de base.

Es posible que una baja carga de FA se relacione con un menor riesgo tromboembólico, lo que puede justificar resultados no relevantes de estudios de búsqueda de FA en adultos asintomáticos, en los que quizá se anticoagule a pacientes que realmente no lo precisen, desequilibrando el riesgo y beneficio a favor del riesgo, tal y como ha podido suceder con el estudio LOOP³.



Ilustración 1. Cribaje o no cribaje

REFERENCIAS

- 1- [Can J Cardiol. 2020. Dec;36\(12\):1847-948](#)
- 2- [JAMA. 2020;237\(4\):360-367](#)
- 3- [THE LANCET. 2021. Volume 398, ISSUE 10310, P1507-1516](#)