



Universidad De
Valladolid
Facultad de Medicina

TRABAJO DE FIN DE GRADO

2023

REVISIÓN SISTEMÁTICA

CRIBADO DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autora:

Esther Formoso Ramírez

Alumna de 6º Medicina.

Tutor:

Juan Carlos Rodríguez Villamañán

Médico especialista en Atención Primaria

Profesor asociado depto. Medicina y Dermatología

Centro de Salud Gamazo

INDICE

1. RESUMEN.....	2
2. INTRODUCCIÓN.....	3
3. OBJETIVOS.....	7
4. MÉTODOS.....	8
5. RESULTADOS y DISCUSIÓN	9
6. CONCLUSIONES	14
7. BIBLIOGRAFÍA.....	16
8. ANEXOS.....	18

1. RESUMEN

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca sostenida más frecuente a nivel mundial (2-4% de la población general). Existen diversos factores de riesgo para padecerla, por lo que una intervención temprana podría disminuir la incidencia de la misma. La intervención temprana que se estudia en este trabajo es el cribado oportunista desde Atención Primaria (AP).

Objetivo: Revisar la evidencia científica publicada en los últimos 5 años con el fin de esclarecer si existe indicación para realizar cribado en Atención Primaria o no, y si existen grupos de riesgo establecidos. También buscamos el método o estrategia más recomendado para realizar el *screening*.

Métodos: Se realiza una revisión sistemática, mediante búsqueda con el método PICO, en dos plataformas web reconocidas por la comunidad científica como son PubMed y la Biblioteca Cochrane. Usando diferentes operadores para acotar los resultados y también filtrando por el año de publicación de los artículos encontrados.

Resultados: Con los 15 artículos obtenidos se han realizado dos tablas en las que se reflejan sus características más importantes, así como observaciones y recomendaciones finales de los mismos. Se han encontrado 9 artículos a favor del cribado oportunista, mientras que los otros 6 no lo recomiendan. Se han establecido unos factores de riesgo para la FA, el más determinante ha sido la edad (>65 años). Por último, hemos revisado los estudios en busca de la mejor estrategia de cribado.

Conclusiones: La evidencia publicada en el último lustro es escasa para concluir definitivamente si es necesario o no realizar cribado desde Atención Primaria. A pesar de ello, parece demostrarse que la detección temprana de la FA silente conlleva un beneficio a medio plazo. La técnica más coste-eficaz y exenta de riesgos es la toma de pulso arterial, aunque posee una baja sensibilidad. Se precisan estudios que evalúen el cribado oportunista desde AP en el futuro.

- Palabras clave: **Fibrilación auricular, cribado, toma de pulso arterial, ECG, factores de riesgo.**

2. INTRODUCCIÓN

¿Qué es la Fibrilación Auricular?

La **fibrilación auricular (FA)** es un trastorno de la contracción auricular, que provoca un estado constante de **taquiarritmia supraventricular** e ineficiencia de las contracciones. Por las contracciones ineficientes, hay un peor llenado ventricular, quedando sangre remansada en la aurícula, pudiendo acumularse en la orejuela y formando un trombo, que si se libera aumenta el **riesgo de sufrir trombosis**, sobre todo en territorio cerebral. ^[1]

La fibrilación auricular es la arritmia cardiaca sostenida **más frecuente a nivel mundial**, dándose con más frecuencia en hombres de raza caucásica. Un 2-4% de la población general padece FA, y se espera que estas cifras se dupliquen en aproximadamente 10 años debido al aumento de la esperanza de vida de la población^[1]. Otro motivo por el que la edad es un riesgo de FA, es que aumentan las comorbilidades y factores de riesgo (HTA, DM, IC, etc).^[1,2]

Se estima que 1 de cada 3 individuos de origen europeo padecerá la enfermedad a lo largo de la vida, aunque depende de factores genéticos, edad y factores de riesgo modificables, por lo que una **intervención temprana** sobre estos factores podría disminuir la tasa de incidencia de FA. ^[1]

La FA es causante del 20-30% de los ictus isquémicos debido al desprendimiento de un trombo que avanza hacia el territorio cerebral. Aumenta un 1,6% la probabilidad de tener deterioro cognitivo o demencia vascular por hipoperfusión y lesión de la materia blanca. Provoca insuficiencia cardiaca hasta un 30% de los pacientes por las contracciones irregulares, que lleva a fatiga muscular del miocardio. También disminuye la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores, debido a las comorbilidades y la medicación. Aumenta la tasa de hospitalizaciones debido al tratamiento, la IC, las complicaciones, etc. ^[1]

Independientemente de las causas, la FA se asocia a un aumento del **riesgo de muerte** doble para las mujeres y 1,5 veces más para los hombres. La principal causa de muerte en estos pacientes es la IC (14,5%), los ictus causan el 6,5% de las muertes de estos pacientes.^[1,3]

Por estos motivos, supone un gran gasto para el sistema sanitario, tanto el tratamiento de la propia enfermedad como el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades secundarias a ella.

Existen diferentes tipos de FA según su presentación y duración de síntomas según la guía ESC 2020^[1]

- **FA de primer diagnóstico:** FA diagnosticada por primera vez, independientemente de la duración de la arritmia o la gravedad de los síntomas relacionados a ella.
- **FA paroxística:** de carácter autolimitado, revirtiendo espontáneamente o con una intervención en los 7 primeros días.
- **FA persistente:** durante más de 7 días incluyendo los episodios que terminan con cardioversión farmacológica o eléctrica.
- **FA persistente de larga duración:** más de 1 año tras adoptar estrategias para restaurar el ritmo cardiaco.
- **FA permanente:** el médico y el paciente asumen la FA como una enfermedad crónica sin intentar restaurar el ritmo sinusal.

Según la forma de presentación de los síntomas se puede clasificar en:

- **Sintomática:** subdividiéndose en hemodinámicamente estable (fatiga, disnea, dolor torácico, mala tolerancia al ejercicio...) o inestable (Síncope, hipotensión ortostática, IC aguda, shock cardiogénico...)
- **Asintomática:** hasta un 80% de los pacientes no presentan síntomas de FA, lo que conlleva a un mayor riesgo de complicaciones por no tener diagnóstico y, por tanto, tampoco tratamiento preventivo. En este tipo de FA es en el que más énfasis se debe poner para realizar cribado.

¿Cómo se diagnostica?

Esta es la pregunta que nos introduce a este trabajo de fin de grado. Hemos revisado la evidencia publicada sobre la prevención y diagnóstico precoz de esta entidad. En el desarrollo del tema, se profundiza en los métodos diagnósticos más relevantes y sus niveles de evidencia.

La prueba *Gold Standard* para su diagnóstico es el **electrocardiograma** de 12 derivaciones en el que se objetiva ausencia de onda P seguida de QRS a intervalos irregulares. También, se considera óptimo el uso de un electrocardiograma de 1 derivación durante más de 30 segundos.^[3]

Previamente, se realizaba una **toma de pulso arterial** (TPA) (normalmente la arteria radial) a la vez que se realizaba la auscultación cardiaca en búsqueda de anomalías en el pulso. Actualmente, existen programas de cribado que sostienen que esta

técnica es fiable a la vez que económica, por lo que se recomienda realizarla seguida de un ECG.

Se han ido desarrollando nuevos métodos de diagnóstico, con dispositivos portátiles (relojes de muñeca, aplicaciones de Smartphones...) que realizan un electrocardiograma de 1 derivación mediante fotopleletismografía, seismografía, etc. Estos dispositivos alertan de irregularidades, que también tienen que ser confirmadas con ECG convencional. [1,4-8]

El principal problema de la mayoría de métodos diagnósticos es que sirven para un momento determinado en el tiempo, no registran durante largos periodos de tiempo, por lo que se genera un gran agujero por el que se escapan los episodios limitados de FA asintomática y la FA paroxística. Como estos grupos de pacientes son los que más riesgo tienen de sufrir las graves consecuencias de la enfermedad, se han desarrollado técnicas de *screening* para detectarlos precozmente.^[4] También se han estudiado los diferentes factores de riesgo que aumentan la morbimortalidad de padecer FA, debiendo hacer más hincapié en los pacientes que tengan varios de estos factores para comenzar tratamiento preventivo precoz; algunos factores de riesgo demostrados son sexo masculino, obesidad, HTA, IC previa, diabetes mellitus, edad elevada...^[5,8]

Una vez conocidas las pruebas diagnósticas, debemos conocer los métodos y estrategias principales de *screening*. En nuestra revisión sistemática, indagaremos sobre ellas para esclarecer cuales son más efectivas y eficientes.

Hay dos tipos de cribado según la población a la que van dirigida y los criterios en los que se basan: [1,2,9]

- **Cribado oportunista:** consiste en realizar pruebas a todos los pacientes mayores de cierta edad (normalmente 65 años), que acudan a consulta (medicina o enfermería) de su centro de Atención Primaria por cualquier causa. Las pruebas son toma de pulso arterial, seguido de ECG de 12 derivaciones en caso de encontrar anomalías en el ritmo del pulso.
- **Cribado sistemático:** se trata de realizar un ECG de 12 derivaciones de manera sistemática (llamando a los pacientes para que acudan a realizárselo) a aquellos mayores de cierta edad (70-75 años) o que cumplan ciertos factores de riesgo.

Otro método se está implantando en estos últimos años y consiste en realizar un electrocardiograma de una sola derivación, mediante dispositivos portátiles que a

través de un algoritmo detectaría una anomalía o no en el ritmo y en caso de detectar una fibrilación u otra alteración realizar un ECG de 12 derivaciones para confirmar o descartar el diagnóstico de FA.

¿Cómo se trata?

Para poder dar tratamiento a los pacientes con fibrilación auricular, debemos antes clasificarla según la temporalidad y el riesgo de tromboembolismo y hemorragia con diferentes escalas. El manejo una vez tenemos todas las clasificaciones se realiza con el algoritmo ABC de la guía clínica ESC 2020.

El tratamiento tiene 3 objetivos principales: primero evitar las embolias, segundo controlar el ritmo, y finalmente la frecuencia cardiaca.

1. Anticoagulación: Los fármacos utilizados son principalmente antivitamina K (AVK) (acenocumarol y warfarina) y Anticoagulantes Orales Directos(ACOD) (edoxabán, rivaroxabán, apixabán y dabigatrán) para evitar la formación de trombos en la aurícula. Se puede optar por uno u otro **en todos los casos**, excepto en el caso de que el paciente porte prótesis valvulares o valvulopatía mitral severa, en los que solo está indicado los AVK.

Se establece, que la **escala CHA2DS2-VASc** (insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión, edad ≥ 75 , diabetes mellitus, ictus, enfermedad vascular, edad 65-74 años y sexo (mujer))^[6,9,10] es el sistema recomendado para evaluar el **riesgo de tromboembolismo** en los pacientes con fibrilación auricular (clase I, nivel de evidencia A) e indicar tratamiento anticoagulante.^[3]

2. Control de la frecuencia cardiaca: Se debe tratar también la frecuencia cardiaca, con betabloqueantes, digoxina, amiodarona, verapamilo, etc.

3. Control del ritmo: mediante cardioversión en pacientes inestables o ablación con catéter o cirugías en casos estables.

Después de esta introducción a la patología de la que trata este Trabajo de Fin de Grado, se expone la pregunta que da título al mismo: **¿está indicado realizar cribado de fibrilación auricular en atención primaria según la evidencia publicada?**

Otras preguntas a resolver de manera secundaria en caso de que si estuviera indicado serían: ¿a qué grupos de pacientes?, ¿con qué método o prueba diagnóstica se debe realizar el cribado?, ¿supone realmente un beneficio para el paciente?, y por último ¿se puede establecer un nivel de evidencia para los resultados obtenidos?

3. OBJETIVOS

En 1991 surge, a raíz de un artículo de Gordon Guyatt publicado en el *ACP Journal Club* el término '**medicina basada en la evidencia**' **MBE o EBM por sus siglas en inglés "Evidence Based Medicine"**, que se define como: 'el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia científica disponible para tomar decisiones sobre los pacientes' (Prof. David Sackett).^[11] Con este término, se resta importancia al juicio clínico no sistematizado y a la intuición como materiales únicos para la toma de decisiones, dando importancia a la capacidad de búsqueda de evidencia y síntesis de la misma con juicio sobre la calidad de la misma.^[12]

Basándonos en el concepto anteriormente explicado, el objetivo de este trabajo es realizar una revisión sistemática, razonada, de la evidencia científica escrita sobre el cribado de la fibrilación auricular, con el fin de instaurar el tratamiento óptimo de forma precoz y reducir la incidencia de complicaciones. Con este fin, se pretende sacar conclusiones sobre:

- Si está indicado realizar o no el cribado desde Atención Primaria.
- Qué método o estrategia sería el más respaldado.
- Los gastos que conlleva realizar cribado.

Esta revisión es relevante desde el punto de vista de la escasez de artículos publicados de forma reciente, que tengan resultados claramente concluyentes sobre el abordaje de la fibrilación auricular desde atención primaria.

4. MÉTODOS

Debemos plantearnos una pregunta que motive la búsqueda de evidencia publicada. Como ya comentamos previamente la pregunta a resolver en este trabajo de fin de grado es: “¿está indicado realizar cribado de fibrilación auricular en atención primaria según la evidencia publicada?”

Para realizar la búsqueda se ha establecido la pregunta principal en formato PICO, quedando desglosada de la siguiente manera:

- **P (pacientes):** población que acude a consulta con su MAP
- **I (intervención):** cribado oportunista de FA
- **C (comparación):** no cribado de FA
- **O (outcome/resultados):** ¿disminuye el riesgo de ictus? ¿existen grupos de riesgo establecidos para la FA? ¿existe algún método superior a otro?

La fibrilación auricular, como comentamos previamente, es una enfermedad muy prevalente, por lo que podemos encontrar innumerables artículos, revisiones, guías clínicas, etc; sobre ella. Si hablamos, más concretamente, del cribado de fibrilación auricular, también podemos encontrar numerosos artículos a estudiar, por lo que esta manera de realizar la búsqueda (método PICO), nos sirve como filtro inicial para descartar artículos que no traten sobre lo que nos interesa.

Se procedió a realizar una búsqueda estructurada y sistemática en dos bases de datos reconocidas por la comunidad científica: **PubMed, y Cochrane**, encontrando numerosos resultados. Se procedió a realizar un filtrado de los mismos. Con esto, se pretende acotar el número de artículos, centrándonos en aquellos que tratan casi exclusivamente sobre el tema que nos acomete, excluyendo aquellos que no lo hacen.

Para esta acotación, hemos seleccionado como **criterio principal “fibrilación auricular”** y hemos añadido más palabras clave (utilizando el **operador “AND”**) para hacer un filtrado más exhaustivo de lo que buscamos. Además, hemos reducido la antigüedad de los estudios, centrándonos en **los últimos 5 años**. Este proceso se ha repetido en ambas plataformas de búsqueda, cambiando los términos entre una y otra para evitar la reducción excesiva del número de artículos.

De 35.812 artículos publicados en **PubMed**, hemos obtenido 10 artículos (filtrando con el operador “AND” con los términos: ‘**prevention**’ y ‘**pulse palpation**’). (figura 1)

En la **Biblioteca Cochrane** hemos pasado de 9295 ensayos en su plataforma a 12 (filtrando de nuevo con el operador “AND” y el término “**pulse palpation**”). (figura 2)

Figura 1

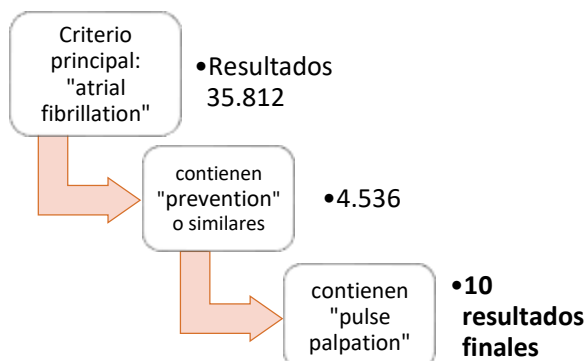
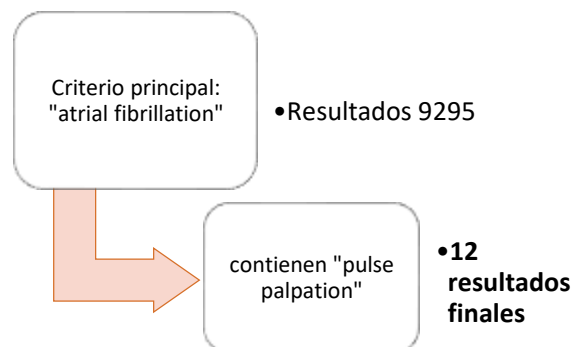


Figura 2



5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras la revisión sistemática de las diferentes plataformas se han encontrado un total de 22 artículos, de los cuales se han eliminado 7 por ser estudios piloto y otros por estar repetidos en las 2 plataformas web de búsqueda. Los 15 restantes, se han reflejado en dos tablas que se muestran en los anexos 1 y 2, con el fin de realizar un resumen ordenado de los mismos.

La división en las tablas se ha elaborado en función del tema que nos acomete en este trabajo de fin de grado, “el cribado oportunista de la fibrilación auricular”. En ambas se mantienen 5 encabezados: nombre de artículos, tamaño de la muestra, métodos utilizados, recomendaciones finales y observaciones. Dentro del apartado de recomendaciones se incluye el tipo de estudios, y el nivel de evidencia de cada artículo (tabla 1)

Tabla 1 Niveles de evidencia.

Nivel de evidencia A	Datos procedentes de múltiples ensayos clínicos aleatorizados o metanálisis
Nivel de evidencia B	Datos procedentes de un único ensayo clínico aleatorizado o grandes estudios no aleatorizados
Nivel de evidencia C	Consenso de opinión de expertos y/o pequeños estudios, estudios retrospectivos, registros

En la **tabla 2 [anexo 1]** se muestran los artículos que se posicionan a favor de realizar cribado oportunista, mientras que en la **tabla 3[anexo 2]** se encuentran aquellos estudios que se posicionan en contra o no obtienen resultados que apoyen el cribado oportunista.

En total, se han encontrado 9 artículos (A1-A9) que, a priori, se posicionan a favor del cribado oportunista; mientras que hay 6 (B1-B6) que no lo recomiendan. En todos ellos hay unas recomendaciones y observaciones específicas de las que se habla a continuación:

1) ESTUDIOS RECOGIDOS A FAVOR DEL CRIBADO OPORTUNISTA (tabla 2)

Un estudio de **casos y controles anidado** en una cohorte (estudio A1), **concluye** en la existencia de **eficacia del cribado oportunista** mediante TPA, seguida de un ECG de 1 derivación o tensiómetro con algoritmo para detección de FA para confirmarlo. ^[13]

Un **ensayo multicéntrico por conglomerados aleatorizado** (estudio A2) con más de 8000 pacientes, que pretende comparar el cribado oportunista establecido, frente a una aplicación móvil sin resultados concluyentes^[4].

Hemos encontrado un **ensayo clínico aleatorizado** (estudio A3-A4), con más de 35.000 pacientes mayores de 65 años, que **recomienda el cribado** anual o de forma **oportunista**.^[9,10]

Un estudio de **cohortes prospectivo** (estudio A5), con casi 15.000 pacientes, en el que **realizan cribado oportunista** de fibrilación auricular con diferentes métodos según si son sintomáticos o asintomáticos, encontrando una incidencia global de 2,25 % pacientes- año (IC 95% 2.03–2.48). Concluyen en la siguiente propuesta en los centros de atención primaria: en pacientes asintomáticos, toma de presión con esfigmomanómetro capaz de detectar fibrilación auricular, seguido de ECG de confirmación.^[5]

En un **estudio transversal** (estudio A6), con 5.508 pacientes se realizó cribado oportunista (mediante TPA seguido de ECG de 12 derivaciones) a los pacientes con el fin de generar otro **algoritmo que seguir** en función del paciente: <60años con IC: toma de pulso; entre 60-69años: TPA.; >70años: TPA, si IC ECG de 12 derivaciones.^[14]

En otro **estudio transversal** (estudio A7), se concluye con que **realizar cribado oportunista** es más efectivo que no realizarlo, pero no con TPA de manera aislada, prefiriendo realizarlo con ECG de 1 derivación.^[15]

Los **dos estudios económicos** encontrados (estudios A8 y A9), se posicionan **a favor de realizar screening** frente a no realizarlo, aunque cada uno con una técnica diferente y teniendo en cuenta factores de riesgo diferentes.^[6,16]

2) ESTUDIOS QUE NO RECOMIENDAN EL CRIBADO OPORTUNISTA (tabla 3)

Se ha encontrado un **ensayo aleatorizado** (estudio B1), que muestra, con una muestra de 18.000 pacientes, no superioridad de realizar cribado frente a no

realizarlo, [el 1,62% de los que completaron el estudio en el grupo *screening* fueron diagnosticados de FA, frente al 1,53% del grupo control (Odds ratio 1.06, 95% IC 0.84-1.35)]^[7].

Un estudio de **casos y controles** (estudio B2), con 6.000 pacientes, que se centra en establecer la **agudeza diagnóstica** de los diferentes **métodos** diagnósticos. Además, demuestran que la presencia de palpitaciones no está claramente asociada al diagnóstico de fibrilación auricular. Para este estudio, la toma de pulso aislada tiene una sensibilidad= 0,81% (IC 95% 0,63-0,93) y una especificidad de 0,92 (IC 95% 0,92-0,93), por lo que no es una buena opción como método de cribado *per se*.^[17]

Un **estudio no aleatorizado** (estudio B3), no recomienda el cribado oportunista. Sin embargo, se muestra **a favor** de realizar **cribado selectivo** mediante búsqueda de casos mediante factores de riesgo para FA, independientemente de si son sintomáticos o asintomáticos^[18]

Una **revisión sistemática** (estudio B5) cuyo objetivo fue justificar el uso y la coste-efectividad de los electrocardiogramas de 1 derivación en pacientes con síntomas que acudan a su MAP. Al no haber prácticamente ningún estudio que estudiase esa técnica en pacientes sintomáticos, revisaron estudios en asintomáticos. Concluyeron que podría ser efectivo en sintomáticos con pulso irregular frente a realizar TPA seguida de ECG de 12 derivaciones a pesar de la falta de estudios en su población diana.^[19]

Una **guía clínica** (estudio B6), en contraposición, defiende realizar cribado frente a no realizarlo, aunque **sin evidencia suficiente que demuestre un balance riesgo/beneficio positivo** sobre hacer cribado.^[20]

En nuestra búsqueda hemos encontrado también, un **estudio transversal (estudio B4)** cuya población objetivo son pacientes con enfermedad renal grave, sometidos a **hemodiálisis**. Concluye que estaría indicado hacer **controles periódicos** a estos pacientes con cualquier método diagnóstico.^[8]

3) GRUPOS DE RIESGO

En la mayoría de los estudios, se estima una edad para realizar su investigación, ya que, de por sí, supone un factor de riesgo principal para el desarrollo de la fibrilación auricular. La edad a partir de la que comienzan los estudios es, **50 años**, aunque la mayoría establece los 65.

- Un estudio recogió datos desde los 50 años.^[20]
- Otro plantea el seguimiento de un algoritmo a partir de los 60.^[14]

- 7 de ellos realizaron su estudio en mayores de 65.^[4,6,7,9,10,13,18]
- Uno a partir de los 69 años.^[15]
- 3 establecen factor de riesgo una edad superior a los 75 años.^[5,16,17]

En dos estudios, se han encontrado un aumento de la incidencia de FA en **varones, edad > 75, IMC > 28** principalmente^[5,15]. Otros factores asociados con menor fuerza son hipertensión arterial, fallo renal, antecedentes de ACV e insuficiencia cardiaca congestiva^[5]

Por último, se han estudiado también los **síntomas de FA** como factor de riesgo y predictor de la enfermedad: disnea, palpitaciones, dolor torácico, intolerancia al ejercicio, etc.^[5,7,17] No se ha podido demostrar una correlación entre el aumento de incidencia y la presencia de síntomas de la enfermedad.

4) TÉCNICAS DE DETECCIÓN PARA LA FIBRILACIÓN AURICULAR

Las principales técnicas estudiadas en los artículos científicos que se recogen en este trabajo de fin de grado son:

1. Toma de pulso arterial (TPA).

Un **estudio observacional transversal español**, realizado sobre la población barcelonesa, ha generado un algoritmo a seguir según la edad y presencia o no de IC en el **paciente, que se ha basado en la TPA aislada o en combinación** con ECG de 12 derivaciones. Se posicionan a favor de la TPA a pesar de obtener una **sensibilidad del 79%**, también presenta una **especificidad del 86%**.^[14]

2. ECG de 12 derivaciones.

El algoritmo generado por el **estudio español** mencionado en el apartado anterior, contiene un apartado en el que se expresa que ante un paciente **mayor de 70 años** con **insuficiencia cardiaca** debemos hacer **ECG de 12 derivaciones** de entrada. Así como en caso de que **no seamos capaces de palpar el pulso** o estemos ante **dudas de si es regular o irregular**, que también se debe hacer ECG de entrada.^[14]

3. ECG de 1 derivación.

Un **estudio anidado** comparó la eficiencia de la **TPA frente al ECG de 1 derivación**, obteniendo una **S=70% y E=96,5% para el ECG, S=62,8% y E=91,8% para la TPA**. Con estos datos concluyen que el ECG de 1 derivación es mejor prueba de cribado para la FA, pero recomiendan realizar un cribado oportunista con TPA+ECG de 1 derivación para confirmar.^[13]

Encontramos un **estudio económico** se posiciona a favor del **ECG de 1 derivación + ECG de 12 derivaciones**, por encima de la toma de pulso arterial y los algoritmos diseñados para el cribado.^[16]

Otros estudios concluyen también en la **superioridad del ECG de 1 derivación**, aunque no muestren datos estadísticos en sus resultados.^[15] De ellos, 2 son **ensayos**

aleatorizados que concluyen en que esta técnica, **seguida de un ECG de 12 derivaciones** confirmatorio, es la mejor opción para el cribado oportunista.^[9,10]

4. Esfingomanómetro automático con capacidad de detección de FA.

Que demuestren la efectividad del **esfingomanómetro automático**, tenemos dos estudios, uno es de **casos y controles anidado**, el otro es un estudio de **cohortes prospectivo**. Ambos defienden este nuevo método en mayores de 65 años de manera oportunista, siempre y cuando se **confirme con un ECG de 12 derivaciones**.^[5,13]

5. Aplicaciones para móviles o relojes inteligentes con tecnología de fotopleletismografía.

En un **estudio aleatorizado** que probaba la eficacia de una **aplicación móvil**, mostró una **sensibilidad del 95,6% y una especificidad del 96,6%**, aunque no hay resultados concluyentes sobre si es superior o no a las técnicas convencionales.^[4]

Un **estudio económico** recomienda las nuevas tecnologías portátiles por ser más coste efectivas. En concreto recomiendan el cribado con **reloj con fotopleletismografía seguido de ECG de 1 derivación confirmatorio**. Muestra una ganancia de 7,101 AVAC (Años de Vida Ajustados por Calidad)^[6]

La mayoría de estudios proponen la toma de pulso arterial como prueba inicial del cribado por ser coste eficaz, aunque debe ir seguida de una prueba de confirmación, en nuestra búsqueda suele ser el ECG de 12 derivaciones o de 1 derivación de más de 30 segundos de duración.

Un estudio de **casos y controles** acaba demostrando que la toma de pulso arterial tiene una sensibilidad= 0,81% (IC 95% 0,63-0,93), una especificidad de 0,92 (IC 95% 0,92-0,93), y un **muy bajo valor predictivo positivo (0,06 IC 0,05-0,07)** significando que existe una **alta tasa de falsos positivos**. Por tanto, la toma de pulso, como recomienda la guía europea ESC no es la mejor opción diagnóstica.^[17]

La **guía clínica de la USPSTF** (United States Preventive Services Task Force) **no** ha podido encontrar **evidencia suficiente** que se posicione a favor de ninguna técnica.^[20]

6. CONCLUSIONES

La FA silente o asintomática, antecede en muchos casos a la FA clínica en meses o incluso años.

Aunque la evidencia científica no es amplia, parece plausible que la detección temprana de la FA silente y el control de los factores de riesgo que la desencadenan o la acompañan conlleve un beneficio claro a medio o largo plazo para el paciente.

De los estudios que hemos revisado en este trabajo, **no podemos concluir con que esté justificado el cribado** ni sistemático ni oportunista de la FA silente o asintomática, **precisándose estudios futuros** para su implantación.

- Respecto los métodos de detección o sospecha de FA que hemos revisado en los estudios podemos concluir:
 - 1) La Toma de pulso Arterial (TPA) es un método con **alta posibilidad de cumplimentación** en la práctica clínica habitual en Atención Primaria, tiene **bajo coste y nulos efectos secundarios** y a pesar de tener baja sensibilidad puede tener una buena rentabilidad clínica, **debe confirmarse** la sospecha con la realización de un ECG de 12 derivaciones o de 1 derivación con duración mayor de 30 segundos.
 - 2) El ECG de una derivación según varios estudios tiene sensibilidad y especificidad **superior a la TPA** para la detección de la FA silente por lo que debería ser el método **más idóneo**, pero el **coste en tiempo** y personal sin evidencias a favor del cribado **no se debe implementar** en este momento.
 - 3) Las nuevas tecnologías como son Aplicaciones para Móviles o Relojes Inteligentes pueden **suponer un gran avance**, pues tienen buena sensibilidad y especificidad, pero las **limitaciones por el coste económico** y su uso, aún no generalizado, hacen necesarios más estudios.

- Varias **guías** terapéuticas están **a favor del cribado oportunista**.
 - a) La Guía americana creada por la *American Heart Association* y la *American Stroke Association* (**ASA/AHA**) recomienda el **cribado activo en atención primaria** a mayores de 65 mediante TPA y ECG si se detecta pulso irregular.
 - b) La Guía Europea de la *Sociedad Europea de Cardiología* (**ESC**) recomienda en **mayores de 65 el cribado mediante TPA o tira de ECG**. La **evidencia es moderada** y la recomendación es débil a favor.

- También, hemos encontrado **otra guía** que **no está a favor del cribado**, como es la guía americana *United States Preventive Services Task Force* (**USPSTF**), que argumenta que son necesarios más estudios debido a que la **información**

existente es insuficiente para sacar conclusiones sobre el beneficio y riesgos del cribado. **Grado de recomendación I.**

- Respecto a los **grupos de riesgo** para realizar el cribado oportunista de FA en los estudios que hemos analizado se incluyen a:
 - a) Personas de 65 o más años.
 - b) Hipertensos.
 - c) Pacientes con Índice de Masa Corporal (IMC) > 28.
 - d) Insuficiencia renal.

Aunque parece existir un consenso sobre los grupos de riesgo en los que estudiar la incidencia de la FA, no existe consenso para las otras cuestiones de este TFG. Son necesarios más estudios en los próximos años para poder tener una idea clara sobre las indicaciones de la realización de cribado oportunista o la no realización. Sobre los métodos de cribado, debemos aguardar la evaluación de las nuevas tecnologías en contraposición con las técnicas convencionales, como la toma de pulso, para concluir cuál es superior a la otra.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, Blomström-Lundqvist C, et al. Guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración de la European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Revista Española de Cardiología* 2021;74:437.e1-437.e116.
2. González Blanco V, Pérula de Torres LÁ, Martín Rioboó E, Martínez Adell MÁ, Parras Rejano JM, González Lama J, et al. Cribado oportunista de fibrilación auricular frente a detección de pacientes sintomáticos de 65 años o más: ensayo clínico controlado por clúster. *Medicina Clínica* 2017;148:8-15.
3. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPS 2022 | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. ;Available from: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656722001640?token=A205F752C0B2CE7C90AB5ED4665E700809D245CD7731D2C25BD455173C9E048B5553318A177F8A87CF06F49521DB2891&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230512081525>
4. Beerten SG, Proesmans T, Vaes B. The effect of a case-finding app on the detection rate of atrial fibrillation compared with opportunistic screening in primary care patients: protocol for a cluster randomized trial. *Trials* 2021;22:525.
5. Denas G, Battaggia A, Fusello M, Novelletto BF, Cancian M, Pengo V. Incidence of atrial fibrillation in an opportunistic screening campaign in a general practitioner setting: a prospective population study. *European Heart Journal* 2020;41:ehaa946.0508.
6. Chen W, Khurshid S, Singer DE, Atlas SJ, Ashburner JM, Ellinor PT, et al. Cost-effectiveness of Screening for Atrial Fibrillation Using Wearable Devices. *JAMA Health Forum* 2022;3:e222419.
7. Uittenbogaart SB, Verbiest-van Gorp N, Lucassen WAM, Winkens B, Nielen M, Erkens PMG, et al. Opportunistic screening versus usual care for detection of atrial fibrillation in primary care: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2020;m3208.
8. AlAwwa I, Al-Hindi R, Alfraihat N, Obeid A, Ibrahim S, Jallad S, et al. Prevalence and associated factors of undiagnosed atrial fibrillation among end-stage renal disease patients on maintenance haemodialysis: a cross-sectional study. *BMC Cardiovascular Disorders* 2020;20:186.
9. Ashburner JM, Atlas SJ, McManus DD, Chang Y, Trisini Lipsanopoulos AT, Borowsky LH, et al. Design and rationale of a pragmatic trial integrating routine screening for atrial fibrillation at primary care visits: The VITAL-AF trial. *American Heart Journal* 2019;215:147-56.
10. Abstracts from the 2020 Annual Meeting of the Society of General Internal Medicine. *Journal of General Internal Medicine* 2020;35:1-779.
11. Evidence-Based Medicine - A New Approach to Teaching the Practice of Medicine.pdf [Internet]. [citado 2023 may 3];Available from: <http://courses.washington.edu/midm/Evidence-Based%20Medicine%20-%20A%20New%20Approach%20to%20Teaching%20the%20Practice%20of%20Medicine.pdf>

12. Medicina basada en la evidencia: concepto y aplicación [Internet]. [citado 2023 may 3];Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-angiologia-294-pdf-S0003317009110040>
13. Verbiest-van Gurp N, Uittenbogaart SB, Lucassen WAM, Erkens PMG, Knottnerus JA, Winkens B, et al. Detection of atrial fibrillation in primary care with radial pulse palpation, electronic blood pressure measurement and handheld single-lead electrocardiography: a diagnostic accuracy study. *BMJ Open* 2022;12:e059172.
14. Bañeras J, Pariggiano I, Ródenas-Alesina E, Oristrell G, Escalona R, Miranda B, et al. Optimal opportunistic screening of atrial fibrillation using pulse palpation in cardiology outpatient clinics: Who and how. *PLoS One* 2022;17:e0266955.
15. Savickas V, Stewart AJ, Rees-Roberts M, Short V, Bhamra SK, Corlett SA, et al. Opportunistic screening for atrial fibrillation by clinical pharmacists in UK general practice during the influenza vaccination season: A cross-sectional feasibility study. *PLoS Med* 2020;17:e1003197.
16. Patel S, Kongnakorn T, Nikolaou A, Javaid Y, Mokgokong R. Cost-effectiveness of targeted screening for non-valvular atrial fibrillation in the United Kingdom in older patients using digital approaches. *J Med Econ* 2023;26:326-34.
17. Kemp Gudmundsdottir K, Svennberg E, Al-Khalili F, Fredriksson T, Frykman V, Friberg L, et al. P6625Pulse palpation and history of palpitations in atrial fibrillation screening - preliminary results from the strokestop 2 study. *European Heart Journal* 2018;39:ehy566.P6625.
18. Opportunistic screening for atrial fibrillation versus detecting symptomatic patients aged 65 years and older: a cluster-controlled clinical trial | Cochrane Library [Internet]. [citado 2023 abr 17];Available from: <https://www.cochranelibrary.com/es/central/doi/10.1002/central/CN-01301309/full>
19. Duarte R, Stainthorpe A, Greenhalgh J, Richardson M, Nevitt S, Mahon J, et al. Lead-I ECG for detecting atrial fibrillation in patients with an irregular pulse using single time point testing: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2020;24:1-164.
20. Kahwati L, Asher GN, Kadro ZO, Keen S, Ali R, Coker-Schwimmer E, et al. Screening for Atrial Fibrillation: An Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2022 [citado 2023 abr 17]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK577975/>
21. Escalas de evaluación del riesgo tromboembólico y hemorrágico en la fibrilación auricular [Internet]. [citado 2023 may 10];Available from: <https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S1131358716300115>

ANEXOS

Tabla 2 ESTUDIOS A FAVOR DEL CRIBADO OPORTUNISTA (Elaboración propia)

ESTUDIOS A FAVOR DEL CRIBADO OPORTUNISTA	TAMAÑO DE MUESTRA	MÉTODOS DIAGNOSTICOS UTILIZADOS	RECOMENDACIONES	OBSERVACIONES
A1) <i>Detection of atrial fibrillation in primary care with radial pulse palpation, electronic blood pressure measurement and handheld single-lead electrocardiography: a diagnostic accuracy study.</i> [13]	4.339	<ul style="list-style-type: none"> Toma de pulso arterial (TPA) ECG de 1 derivación Tensiómetro electrónico con algoritmo 	<p>Toma de pulso de arteria radial seguida de dispositivo de ECG de 1 derivación/tensiómetro cuando acuden a atención primaria por cualquier causa.</p> <p>ESTUDIO CASOS Y CONTROLES ANIDADO: NIVEL EVIDENCIA (NE)B</p>	GRUPO DE RIESGO: >65 años. Mayor eficiencia de ECG de 1 derivación (S=70%, E=96,5%) frente a toma de pulso (S=62,8%, E=91,8%).
A2) <i>The effect of a case-finding app on the detection rate of atrial fibrillation compared with opportunistic screening in primary care patients: protocol for a cluster randomized trial</i> [4]	8.765	<ul style="list-style-type: none"> TPA +ECG 12 derivaciones. Aplicación de teléfono+ECG 12 derivaciones. 	<p>No hay resultados concluyentes</p> <p>Mencionan estudio similar en el que se demostró que no hay superioridad entre ambas técnicas.</p> <p>ESTUDIO ALEATORIZADO NE: B</p>	<p>GRUPO DE RIESGO: >65 años y con riesgo de padecer ictus por FA según escala CHARGE-AF. Podría ser útil en la detección de FA paroxística ya que al llevarlo en tu propio móvil puedes acceder fácilmente.</p> <p>Requisitos de entrenamiento, conexión a internet, etc.</p> <p>S=95,6%, E=96,6%</p>
A3) <i>Design and rationale of a pragmatic trial integrating routine screening for atrial fibrillation at primary care visits: The VITAL-AF trial.</i> [9] A4) <i>Primary care physician experience with singlelead ecg screening for undiagnosed af: results from the vital-af study</i> [10]	35.712	<ul style="list-style-type: none"> ECG de una sola derivación+ECG de 12 para confirmar. Comparación con práctica clínica habitual, con o sin TPA. 	<p>Se podría realizar un cribado anual o en cada visita de forma oportunista, con ECG de 1 derivación, es factible.</p> <p>ENSAYO ALEATORIZADO NE: A</p>	GRUPO DE RIESGO: >65 años, obesidad, sexo femenino, diabetes mellitus, hipertensión arterial, riesgo de ACV según CHA2DS2VASc. Precisa de entrenamiento del personal sanitario, electricidad, internet y un algoritmo interpretable.
A5) <i>Incidence of atrial fibrillation in an opportunistic screening campaign in a general practitioner setting: a prospective population study.</i> [5] ABSTRACT	14.987	<ul style="list-style-type: none"> ECG de 12 derivaciones. Esfingomanómetro electrónico con algoritmo diagnóstico para FA+ECG 12 derivaciones. 	<p>Para la sintomática: podría usarse ECG 12 derivaciones directamente.</p> <p>Para la silente: podría usarse esfingomanómetro automático en mayores de 65 años.</p> <p>ESTUDIO COHORTES PROSPECTIVO NE:B</p>	GRUPO DE RIESGO: hombres, IMC >28, edad elevada (>75), hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca congestiva, fallo renal, antecedentes de ACV. Pacientes sintomáticos (disnea, palpitaciones, etc)
A6) <i>Optimal opportunistic screening of atrial fibrillation using pulse palpation in cardiology outpatient clinics: Who and how.</i> [14]	5.508	<ul style="list-style-type: none"> TPA+ECG 12 derivaciones ECG de 12 derivaciones 	<p>Recomiendan seguimiento del algoritmo generado, mediante palpación de pulso por ser coste-eficaz.</p> <p>ESTUDIO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL: NE B</p>	<p>Algoritmo:</p> <p><60: nada, si IC toma de pulso</p> <p>60-69: TPA</p> <p>>70: TPA, si IC ECG de 12 derivaciones.</p> <p>S= 79%, E= 86%.</p>
A7) <i>Opportunistic screening for atrial fibrillation by clinical pharmacists in UK general practice during the influenza vaccination season: A cross-sectional feasibility study.</i> [15]	604	<ul style="list-style-type: none"> TPA aislada ECG 1 derivación Confirmación con ECG 12 derivaciones 	<p>Recomiendan realizar cribado frente a no realizarlo, pero no mediante TPA aislada, prefiriendo el ECG de 1 derivación.</p> <p>ESTUDIO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL NE B</p>	GRUPO DE RIESGO: >69 años, obesidad o sobrepeso, sexo masculino. Eficacia de entrenamiento de farmacéuticos para realizar pruebas diagnósticas.
A8) <i>Cost-effectiveness of Screening for Atrial Fibrillation Using Wearable Devices.</i> [6]	3MILLONES	<ul style="list-style-type: none"> TPA ECG de 12 derivaciones ECG 1 derivación portátil Reloj con fotopleletismografía Parche monitor de ritmo cardíaco. 	<p>Recomiendan realizar <i>screening</i> con nuevas técnicas.</p> <p>ESTUDIO ECONÓMICO</p>	GRUPO DE RIESGO: > 65 años o pacientes con riesgo de ictus según las escalas CHA2DS2-VASc. Las nuevas tecnologías portátiles de monitorización de ritmo cardíaco resultan ser más coste efectivo. En concreto la secuencia: Reloj con fotopleletismografía- de ECG de 1 derivación-

A9) Cost-effectiveness of targeted screening for non-valvular atrial fibrillation in the United Kingdom in older patients using digital approaches.[16]

			confirmación por parche monitor, tiene una ganancia de 7,101 AVAC. Hacen falta más estudios que prueben esto.
10.000	<ul style="list-style-type: none"> • TPA • ECG 1 derivación • Algoritmos descritos • Confirmación con ECG 12 derivaciones 	<p>Recomiendan realizar cribado frente a no realizarlo, preferiblemente con ECG de 1 derivación, antes que TPA y que los algoritmos.</p> <p><u>ESTUDIO ECONÓMICO</u></p>	GRUPO DE RIESGO: >75 años.

Tabla 3. ESTUDIOS QUE NO APOYAN EL CRIBADO OPORTUNISTA (elaboración propia)

ESTUDIOS QUE NO APOYAN EL CRIBADO OPORTUNISTA	TAMAÑO DE MUESTRA	MÉTODOS DIAGNOSTICOS UTILIZADOS	RECOMENDACIONES	OBSERVACIONES
B1) <i>Opportunistic screening versus usual care for detection of atrial fibrillation in primary care: cluster randomised controlled trial</i> [7]	18.744	<ul style="list-style-type: none"> • TPA • Esfingomanómetro electrónico con algoritmo de detección de FA. • ECG de 1 derivación • ECG 12 derivaciones • Holter si el ECG de 12 derivaciones no muestra nada 	<p>Recomiendan no realizar <i>screening</i> ya que no se demostraron diferencias significativas entre hacerlo o no hacerlo (1,62% de los que completaron el estudio en el grupo <i>screening</i> fueron diagnosticados de FA, frente al 1,53% del grupo control, Odds ratio 1.06, 95% IC 0.84 to 1.35) <u>ENSAYO CLINICO ALEATORIZADO NE: A</u></p>	<p>GRUPO DE RIESGO: >65 años Grupo control (cuidados comunes) vs grupo casos (oportunistas). El ritmo cardíaco en el GC solo se estudió (TPA+ECG) en caso de padecer síntomas o signos de FA: disnea, dificultad para el ejercicio, palpitaciones, etc. En ningún caso se recomienda el cribado sistemático.</p>
B2) <i>Pulse palpation and history of palpitations in atrial fibrillation screening - preliminary results from the strokestop 2 study</i> [17]	6150	<ul style="list-style-type: none"> • TPA • ECG 1 derivación • ECG 12 derivaciones 	<p>En contra de la toma de pulso aislada. La TPA demostró tener una sensibilidad=0,81 (IC 95%: 0,63-0,93), una especificidad=0,92 (IC 95% 0,92-0,93), VPP 0,06 (IC: 0,05-0,07), y VPN 1.00 (IC: 1.88-1.00). CASOS Y CONTROLES NE: B</p>	<p>GRUPO DE RIESGO: >75 años. Comparan TPA con ECG de 1 derivación, demostrando que la toma de pulso resulta tener una alta tasa de falsos positivos. Las palpitaciones no se asociaron a FA.</p>
B3) <i>Opportunistic screening for atrial fibrillation versus detecting symptomatic patients aged 65 years and older: A cluster-controlled clinical trial</i> [18]	6990	<ul style="list-style-type: none"> • TPA • ECG 12 derivaciones 	<p>No recomiendan el cribado oportunista no selectivo de FA en mayores de 65. El cribado selectivo (búsqueda de casos) es más eficaz que el oportunista. <u>ENSAYO NO ALEATORIZADO NE: B</u></p>	<p>GRUPO DE RIESGO: >65 años, síntomas de fibrilación auricular (palpitaciones, disnea, intolerancia al ejercicio, mareo...) No existe evidencia que demuestre superioridad en el cribado de sintomáticos frente a asintomáticos.</p>
B4) <i>Prevalence and associated factors of undiagnosed atrial fibrillation among end-stage renal disease patients on maintenance haemodialysis: a cross-sectional study.</i> [8]	231	<ul style="list-style-type: none"> • TPA • Auscultación precordial • Esfingomanómetro electrónico con algoritmo de detección de FA • ECG de 12 derivaciones 	<p>Sugieren realizar controles periódicos en pacientes en hemodiálisis, tratar precozmente y evitar complicaciones. <u>ESTUDIO TRANSVERSAL NE: B</u></p>	<p>GRUPO DE RIESGO: Pacientes en hemodiálisis, edad avanzada, fumadores, enfermedad isquémica del corazón, poca ganancia de peso en periodos interdiálisis. No compara métodos diagnósticos, solo sigue un algoritmo.</p>
B6) <i>Lead-I ECG for detecting atrial fibrillation in patients with an irregular pulse using single time point testing: a systematic review and economic evaluation</i> [19]		<ul style="list-style-type: none"> • TPA • ECG 1 derivación • ECG 12 derivaciones 	<p>La literatura encontrada apoya el uso de ECG de 1 derivación en pacientes asintomáticos, en sintomáticos con pulso irregular, se recomienda ECG de 12 derivaciones. En caso de larga lista de espera para CG de 12 derivaciones, el ECG de 1 derivación es recomendable <u>REVISIÓN SISTEMÁTICA NE: A</u></p>	<p>GRUPO DE RIESGO: pacientes sintomáticos para FA. Revisión sistemática del uso de ECG 1 derivación como método diagnóstico para FA en sintomáticos, al no haber estudios con población sintomática, se revisaron los existentes con asintomáticos.</p>
B7) <i>Screening for Atrial Fibrillation: An Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality (US).</i> [20]	113.748	<ul style="list-style-type: none"> • TPA • ECG 12 derivaciones 	<p>Recomiendan realizar cribado frente a no realizarlo, pero no hay ninguna forma de cribado superior a otra (oportunistas vs práctica clínica habitual) <u>GUIA CLÍNICA NE A</u></p>	<p>GRUPO DE RIESGO: Pacientes mayores de 50 años asintomáticos. No existe evidencia que asegure el riesgo/beneficio de realizar cribado para FA (grado de recomendación I) GRADO EVIDENCIA I: insuficiente información</p>

CRIBADO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA



REVISIÓN SISTEMÁTICA

Autora: Esther Formoso Ramírez

Tutor: Juan Carlos Rodríguez Villamañán

Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid

INTRODUCCIÓN

La **fibrilación auricular (FA)** es la arritmia cardiaca más frecuente a nivel mundial (2-4% de la población general). Se genera un remanso de sangre en la aurícula, por las contracciones ineficaces, aumentando el riesgo de sufrir embolismos en territorio cerebral.

Para **diagnosticar** esta enfermedad, se realiza un ECG de 12 derivaciones, en el que se observa ausencia de onda P seguida de QRS a intervalos irregulares.



Existen **dos métodos de cribado**: oportunista (a cualquier paciente >65 años que acude a consulta de atención primaria, mediante toma de pulso arterial (TPA) seguido de ECG de 12 derivaciones) y sistemático (mediante búsqueda de casos, directamente con ECG de 12 derivaciones).

OBJETIVOS

Objetivo docente: aprender a realizar una revisión sistemática aplicando el concepto de medicina basada en la evidencia.

Objetivo de investigación: conocer si existe indicación para realizar cribado oportunista de FA en Atención Primaria.

MÉTODOS

Se establece la **pregunta en formato PICO**.

- P** (pacientes): población que acude a consulta con su MAP
- I** (intervención): cribado oportunista de FA
- C** (comparación): no cribado de FA
- O** (outcome/resultados): ¿existen grupos de riesgo? ¿método superior?

Búsqueda **sistemática** en **PubMed**, y **Cochrane** con diferentes términos clave y operadores. Filtrando los últimos 5 años.



RESULTADOS

Se elaboraron **dos tablas** a partir de los 15 resultados finales tras **descartar** estudios piloto y estudios **repetidos** entre las plataformas web, con los siguientes encabezados:

ESTUDIOS	MUESTRA	TÉCNICA	RECOMENDACIONES	OBSERVACIONES
----------	---------	---------	-----------------	---------------

Con el fin de ejercer una **Medicina Basada en la Evidencia**, se han clasificado los estudios en función de la misma, según los niveles establecidos en la guía ESC 2020 (Nivel de evidencia A, B o C).

- Se han encontrado 9 artículos **a favor** del cribado oportunista, de entre ellos, **dos** forman parte de un **ensayo clínico aleatorizado** (NE: A), 5 son estudios **observacionales** (NE: B), y los dos restantes son **económicos**.
- De los 6 artículos que **no se posicionan a favor** del cribado oportunista, tenemos **una revisión sistemática**, **1 ensayo clínico aleatorizado** y **1 guía clínica** (NE: A) y los otros 3 son estudios **observacionales** (NE: B).

Ninguno de estos 15 artículos ha obtenido **conclusiones definitivas** sobre si está, o no, recomendado realizar cribado.

- Los **grupos de riesgo** estudiados por los diferentes artículos han sido: **edad >65 años** (algunos desde los 50 hasta los 75), **sexo masculino** y tener **IMC >28**. Como factores secundarios: HTA, ICC, antecedentes de ACV y síntomas propios de FA (disnea, palpitaciones, etc).
- Del análisis de los diferentes estudios, el orden de **técnicas** que se puede recomendar para el cribado de FA silente es:



CONCLUSIONES

- No podemos concluir que esté justificado el cribado** ni sistemático ni oportunista de la FA silente o asintomática, **precisándose estudios futuros** para su implantación.
- A pesar de la **escasez de evidencia**, el diagnóstico precoz y el control de factores de riesgo, parece tener un beneficio a medio-largo plazo en el paciente.
- La **TPA es buena opción en Atención Primaria**, por su bajo coste y nulos efectos secundarios. El **ECG de 1 derivación** está demostrando ser una **buena alternativa**. Las nuevas tecnologías se están abriendo paso en el diagnóstico de FA.

