



6. RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR SILENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

Sergio Manzano Fernández¹, María Remedios Navarro Fernández², Francisca Díaz Ortega³, Mercedes Gómez Ruiz⁴, Alejandro Lova Navarro⁵, Maribel López Vázquez⁵, Aurora Tomas Lizcano⁶, Francisco J. Cambronero Sánchez⁷, Emilia Salmerón Arjona⁷, Pedro J. Flores Blanco⁸, Amparo Sánchez López⁸, Cristina González Cánovas⁹, Esteban José Cortés Martínez¹⁰, Antonia López Moya¹¹ y María José Martínez Ros¹²

¹Medicina. Universidad de Murcia, Murcia, España, ²CS de Calasparra, Calasparra Murcia, España, ³CS San Andrés, Murcia, España, ⁴Hospital Comarcal del Noroeste, Caravaca de la Cruz Murcia, España, ⁵Hospital Virgen del Castillo, Yecla Murcia, España, ⁶Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia, España, ⁷Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia, España, ⁸Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor, Pozo Aledo, San Javier (Murcia), España, ⁹Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, Cieza Murcia, España, ¹⁰CS del Palmar, El Palmar (Murcia), España, ¹¹Hospital Rafael Méndez, Lorca Murcia, España y ¹²Servicio Murciano de Salud, Murcia, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La detección de fibrilación auricular (FA) silente puede evitar la aparición de complicaciones embólicas. El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados de un programa de detección de FA silente en las consultas de enfermería de Atención Primaria en una comunidad española.

Métodos: Del 1 de abril de 2021 al 30 de septiembre de 2022 se implantó un programa de detección de FA en 86 zonas básicas de salud con una población de referencia de 1.500.000 habitantes, consistente en la toma de pulso y/o el registro de una derivación de ECG (AliveCor Kardia Mobile) por parte de enfermería en las visitas programadas de pacientes crónicos en Atención Primaria. La población diana inicial fueron los pacientes elevado riesgo embólico (CHADS-VASc ? 1 varones y ? 2 mujeres), y posteriormente se modificó a pacientes ? 75 años. Los resultados de las pruebas de detección se registraron en el sistema de historia clínica electrónica. En caso de sospecha de FA el diagnóstico se confirmó con un ECG digital de 12 derivaciones. Las pruebas diagnósticas confirmatorias y las decisiones de tratamiento fueron realizadas por el médico de familia y/o el resto de especialistas hospitalarios. Los nuevos diagnósticos de FA tras 30 días del cribado se determinaron electrónicamente. Se calcularon proporciones y los valores predictivos del programa.

Resultados: Del 1 de abril de 2021 al 28 de febrero de 2023, 10.101 pacientes fueron sometidos a 14.598 cribados. El número de cribados por paciente fue $1,45 \pm 0,84$ con un rango de 5. La toma de pulso se realizó en el 97,7% de los casos mientras que el registro de ECG móvil se empleó en el 83,3%. El análisis de los primeros 8.185 cribado realizados mostró una sensibilidad del 92%, especificidad del 91%, valor predictivo positivo del 10% y valor predictivo negativo del 99%. El número de verdaderos positivos y negativos fue de 82 (1%) y 7.339 (89,6%) respectivamente, mientras que el de falsos positivos y negativos fue de 730 (8,9%) y 7 (0,09%).

Conclusiones: En nuestro medio, la implantación de este tipo de programas ofrece resultados satisfactorios ya que permite por un lado detectar un 1% de pacientes con FA silente y elevado riesgo embólico y por otro descartar la aparición de FA con una probabilidad cercana al 100%. Futuros estudios deberían evaluar el impacto pronóstico y el coste efectividad de estos programas.