

2 Principali situazioni problematiche relative alla fibrillazione atriale in Medicina Generale:

Per facilitare l'utilizzo delle raccomandazioni nella pratica clinica si è operata una ricognizione delle principali modalità di presentazione dei pazienti con fibrillazione atriale in Medicina Generale.

Tale approccio ha valore esclusivamente pragmatico e non intende in alcun modo sostituire la nomenclatura ufficiale adottata dalle linee guida (vedi § 1.2).

- 2.1 Pazienti con FA cronica misconosciuta.
- 2.2 Pazienti con FA in atto.
- 2.3 Pazienti con FA ricorrente.
- 2.4 Pazienti con sintomi critici suggestivi per FA parossistica
- 2.5 Il follow-up e la collaborazione ospedale-specialista / territorio

2.1 Pazienti con FA cronica misconosciuta

Non tutti i pazienti con fibrillazione atriale vengono correttamente identificati (1) e di questi solo una parte dei pazienti eleggibili ricevono un trattamento antitrombotico efficace (5-10). Da ciò deriva la necessità di un atteggiamento attivo del medico di medicina generale nell'identificare i casi che sono misconosciuti o che, comunque, potrebbero avvantaggiarsi di un trattamento profilattico antitrombotico. Esiste documentazione della efficacia e della fattibilità (11,12) di uno screening sistematico dei soggetti a maggior rischio effettuato prevalentemente mediante la palpazione del polso da parte di una infermiera e seguito, nei casi sospetti, dalla registrazione di un tracciato elettrocardiografico.

Nella realtà della Medicina Generale italiana, caratterizzata attualmente dalla carenza di personale infermieristico e di strumentazione diagnostica, è opportuno sollecitare i Medici di Medicina Generale ad una valutazione sistematica ed opportunistica dei soggetti a più alto rischio.

Gli elementi semeiologici più significativi per la diagnosi di FA sono:

- irregolarità del polso arterioso radiale;
- irregolarità dei toni di Korotkoff;
- irregolarità del polso venoso giugulare;
- irregolarità del ritmo del battito cardiaco e della intensità del 1° tono alla auscultazione.

Devono essere sorvegliati con particolare attenzione, perché a maggior rischio, (vedi anche § 3.1):

- i pazienti di età superiore a 60 anni;
- i pazienti con cardiopatia nota, soprattutto se con insufficienza cardiaca;
- gli ipertesi;
- gli obesi;
- i pazienti che fanno uso inappropriato di bevande alcoliche.

La regolarità del battito cardiaco va valutata ogni volta che viene misurata la PA o eseguito un esame obiettivo toracico e, in ogni caso, almeno ogni due anni (13).

In caso di possibile FA il paziente deve eseguire un ECG.

2.2 Pazienti con FA in atto

Possono verificarsi le seguenti eventualità:

- paziente emodinamicamente instabile, per la presenza di insufficienza cardiaca, angor, ipotensione: in tal caso il paziente deve essere immediatamente ospedalizzato;
- paziente emodinamicamente stabile che sa datare con precisione l'inizio dell'episodio entro le 24-48 ore: invio immediato in consulenza cardiologica per possibile cardioversione (§ 3.2) senza necessità di profilassi anticoagulante
- paziente emodinamicamente stabile con durata dell'aritmia incerta o superiore alle 48 ore: il paziente va inviato allo specialista per la possibile cardioversione (§ 3.2) elettrica o farmacologica da effettuarsi comunque dopo 3-4 settimane di terapia anticoagulante. La terapia anticoagulante va protratta per altre 4 settimane dopo l'eventuale ripristino del ritmo sinusale. In ogni caso il MMG deve predisporre gli accertamenti necessari per la valutazione di eventuali fattori predisponenti (§ 3.1) e/o scatenanti e per la valutazione ed eventuale riduzione farmacologica del rischio trombo-embolico (§ 3.7).

Nel paziente con FA in atto che non recede spontaneamente (FA persistente) si pone la necessità di scegliere tra due diverse strategie:

- tentare di ripristinare e mantenere il ritmo sinusale (controllo del ritmo);
- lasciare l'aritmia, controllando la frequenza cardiaca (controllo della frequenza).

La prima opzione è giustificata dalla opportunità di eliminare i sintomi, ridurre il rischio tromboembolico, evitare il possibile deterioramento della funzione ventricolare. La cardioversione (elettrica o farmacologica) non è tuttavia priva di rischi. D'altra parte, recenti trials (14-16) hanno dimostrato che la strategia del controllo del ritmo non comporta significativi vantaggi in termini di sopravvivenza rispetto alla strategia del controllo della frequenza.

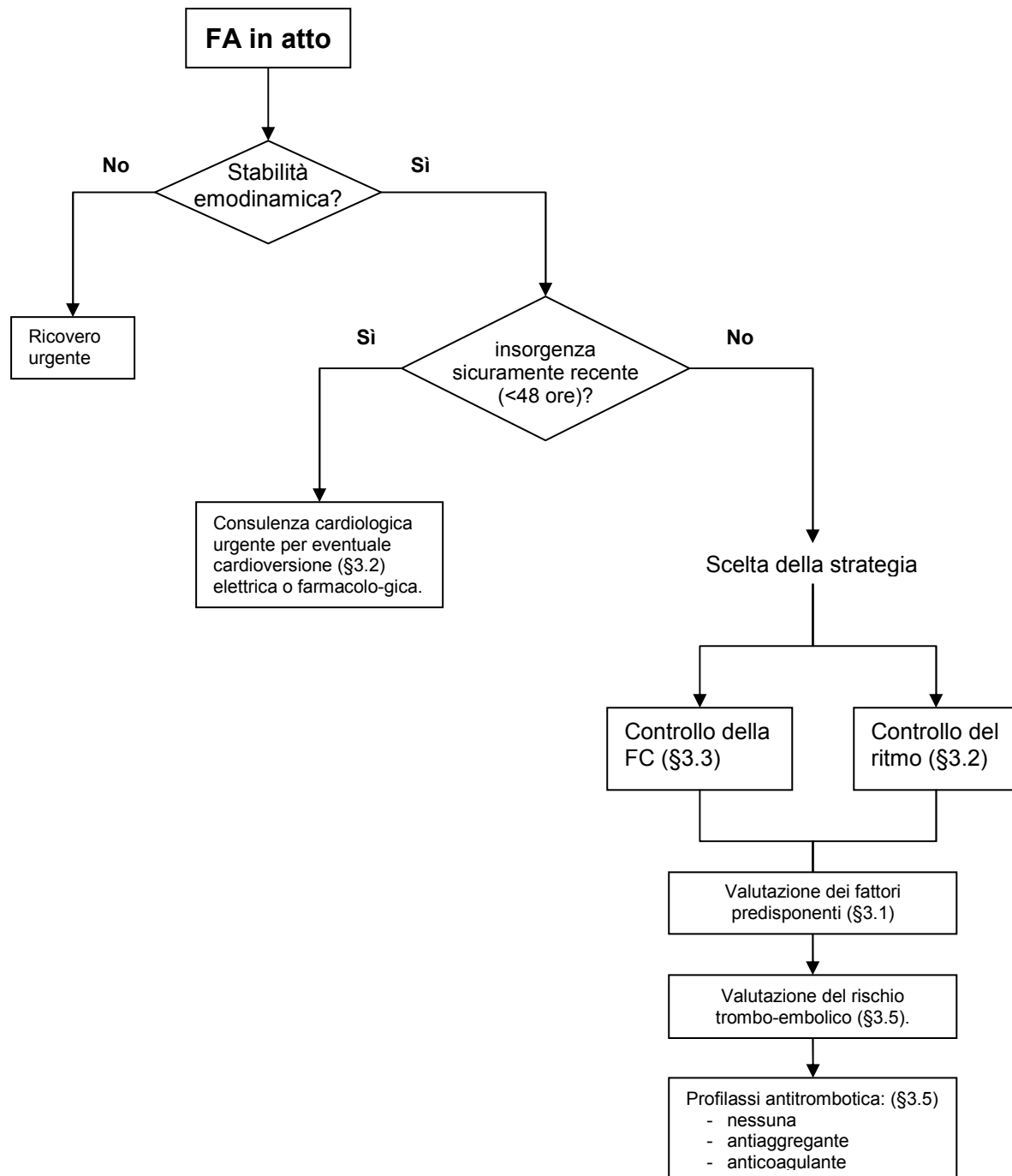
Sebbene possa sembrare ragionevole di tentare in tutti i pazienti almeno una volta di ripristinare il ritmo sinusale, in molti casi può essere invece preferibile limitarsi a controllare la frequenza cardiaca e ridurre il rischio tromboembolico, soprattutto se:

- il paziente è asintomatico o paucisintomatico;
- il profilo di rischio tromboembolico è basso;
- il controllo farmacologico della frequenza cardiaca è facilmente ottenibile;
- la probabilità di mantenere il ritmo sinusale è bassa per la lunga durata della aritmia o per la notevole dilatazione degli atri.

Nei pazienti con FA cronica è sempre indicata la valutazione del profilo di rischio tromboembolico ed emorragico al fine di decidere se (vedi § 3.7):

- non somministrare farmaci a scopo antitrombotico;
- somministrare una terapia antiaggregante;
- attuare una terapia anticoagulante (obiettivo INR tra 2 e 3).

Uno studio recente (17) condotto in Medicina Generale in Olanda ha dimostrato come la prescrizione della terapia antitrombotica sia solo parzialmente condizionata da una corretta stratificazione del rischio tromboembolico. Questo dato suggerisce l'opportunità di mettere a disposizione del Medico di Famiglia strumenti di consultazione semplici che consentano una rapida valutazione del ritmo tromboembolico (§ 3.7).



2.3 Pazienti con FA ricorrente

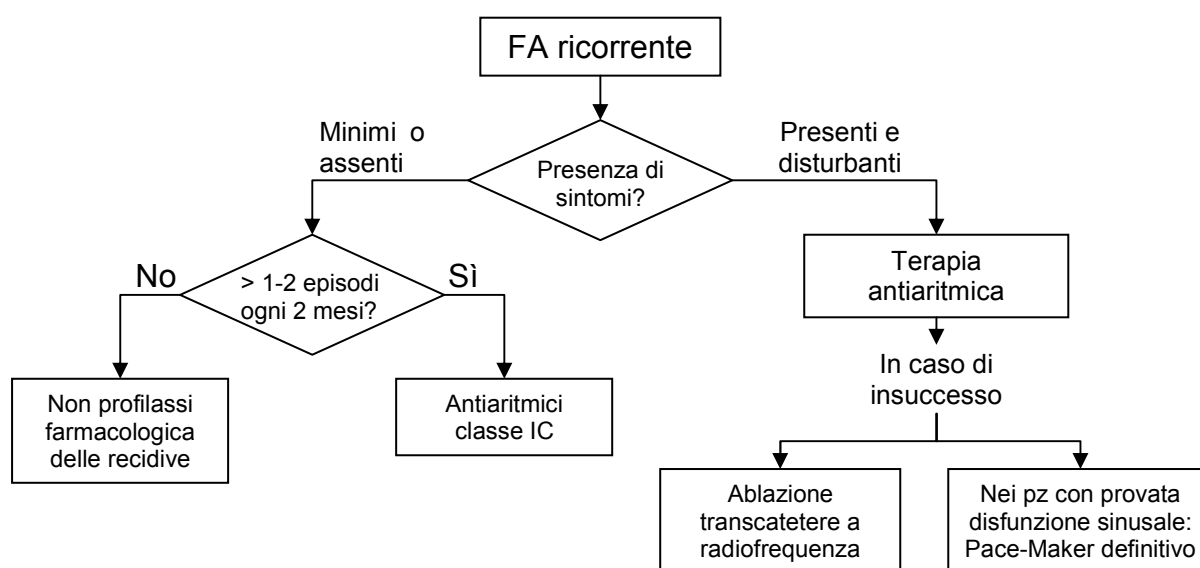
Nei pazienti in cui gli episodi di fibrillazione atriale tendono a ricorrere, è necessario valutare l'opportunità:

- di prevenire le ricorrenze mediante una profilassi antiaritmica;
- di ridurre il rischio di fenomeni tromboembolici mediante profilassi antiaggregante o anticoagulante.

In alcuni di questi pazienti è possibile il trattamento ambulatoriale delle ricorrenze.

2.3.1 Profilassi antiaritmica

- Nei pazienti asintomatici o con sintomi di lieve entità la profilassi degli episodi critici non è indicata, se la frequenza delle crisi è inferiore a 1-2 ogni 2 mesi. In caso contrario è indicata la profilassi antiaritmica con farmaci della classe IC (vedi § 3.3).
- Nei pazienti con sintomi disturbanti la profilassi antiaritmica è consigliata. La scelta del farmaco è determinata dalla tipologia della eventuale cardiopatia associata e deve essere effettuata preferibilmente dallo specialista. Sono indicati, in prima istanza gli antiaritmici della classe IC (vedi § 3.3), in alternativa il sotalolo e, in ultima istanza, l'amiodarone. Nei pazienti con sintomi disturbanti nonostante terapia antiaritmica (testati almeno 2 farmaci), è consigliabile l'invio a un Centro specialistico per valutare l'indicazione a procedura ablativa (vedi § 3.5).



2.3.2 Profilassi antitrombotica

Viene effettuata secondo gli stessi criteri utilizzati per la fa cronica (§ 3.7).

2.3.3 Trattamento ambulatoriale della FA parossistica.

In pazienti non affetti da grave disfunzione ventricolare sinistra o da disfunzione del nodo seno atriale e del nodo atrio ventricolare è possibile proporre una terapia antiaritmica da somministrare al di fuori del contesto ospedaliero con l'obiettivo di ottenere un rapido ripristino del ritmo sinusale.

Tale indicazione deve essere posta dallo specialista dopo averne verificato la sicurezza in ospedale.

Lo specialista deve fornire al paziente e al medico di medicina generale tutte le indicazioni necessarie per gestire correttamente la terapia antiaritmica ambulatoriale e le sue eventuali complicanze.

2.4 Pazienti con sintomi critici suggestivi per FA parossistica

Non è raro che il paziente riferisca palpitazioni compatibili con FA parossistica. I tentativi di registrare la possibile aritmia possono essere più o meno intensi a seconda della rilevanza di una corretta diagnosi per la gestione del paziente.

Formulare un'ipotesi diagnostica operativa: tutti i pazienti (o i loro familiari) possono essere istruiti a registrare le modalità d'inizio/fine della crisi (insorgenza e termine brusco o graduale, durata delle palpitazioni) e le caratteristiche del polso (battiti/minuto, sequenza ritmica/aritmica). Pur con i limiti insiti in questo tipo d'informazioni è spesso possibile giungere ad un'ipotesi diagnostica "operativa", soprattutto se si considera la presenza o meno di patologie correlabili a FA.

Quando non indagare oltre: ulteriori indagini possono non essere necessarie in caso di sintomi scarsi o non fastidiosi e di paziente comunque a basso rischio tromboembolico anche in caso di conferma di FA parossistica (§ 3.7).

Quando proseguire le indagini: se il paziente è significativamente sintomatico o a rischio medio/alto per tromboembolismo in caso di FA, è indicato cercare di registrare la possibile aritmia. Oltre all'uso, ovvio, dell'ECG durante crisi, sempre che si abbia il tempo e la possibilità di eseguire l'esame, si può utilizzare un apparecchio Holter o un "loop recorder" (§ 3.8).

2.5 Il follow-up e la collaborazione ospedale-specialista/territorio

La gestione complessiva del paziente con FA richiede una profonda integrazione delle competenze del Medico di Medicina Generale e dello Specialista. Pur nella consapevolezza che non vi sono criteri basati sull'evidenza scientifica per definire gli ambiti di intervento delle due figure professionali, si è ritenuto opportuno concordare alcune indicazioni tendenti ad ottimizzare il percorso del paziente tra territorio ed ospedale, nelle situazioni cliniche di più frequente riscontro.

Condizione clinica	MMG	Specialista
FA misconosciuta (§ 2.1)	Rivalutazione periodica dei soggetti a rischio.	
FA in atto emodinam. Instabile (§ 2.2.1)	Ricovero Urgente	Trattamento in urgenza
FA in atto di insorgenza sicuramente recente (<48h) (§ 2.2)	- Invio in consulenza (corsia preferenziale) - Supporto all'eventuale trattamento ambulatoriale della FA (§ 2.3.3) secondo le indicazioni dello specialista.	Valutazione della opportunità della cardioversione ed eventuale trattamento.
FA in atto di insorgenza non sicuramente recente o persistente (§ 2.2)	- Valutazione preliminare della opportunità della conversione al ritmo sinusale (§ 3.2). In caso di dubbio invio allo specialista. - Valutazione anamnestica, clinica e laboratoristica dei fattori predisponenti e/o scatenanti (§ 3.1) e dello stato emocoagulativo (§ 3.7). - Supporto all'eventuale trattamento ambulatoriale della FA (§ 2.3.3) secondo le indicazioni dello specialista. - Prescrizione e gestione della eventuale terapia antitrombotica, in autonomia o in collaborazione con lo specialista.	Valutazione della opportunità della cardioversione ed eventuale trattamento.
Follow-up del paziente con FA cronica	- Valutazione e controllo farmacologico della frequenza cardiaca (§ 3.4). In caso di dubbio invio allo specialista. - Valutazione della opportunità di instaurare una terapia antitrombotica (§ 3.7). In caso di dubbio invio allo specialista. - Monitoraggio della eventuale terapia antitrombotica: intervento educativo, controllo e sostegno della compliance al trattamento, valutazione e trattamento degli eventuali effetti collaterali. - Prescrizione e gestione della eventuale terapia antitrombotica, in autonomia o in collaborazione con lo specialista.	- Valutazione clinica, ECgrafica ed ecocardiografica periodica. - Indicazione, prescrizione e follow-up della terapia antitrombotica.
Follow-up del paziente con FA parossistica.	- Monitoraggio della eventuale terapia antiaritmica: intervento educativo, controllo e sostegno della compliance al trattamento, valutazione e trattamento degli eventuali effetti collaterali (§ 3.3). - Valutazione della opportunità di instaurare una terapia antitrombotica (§ 3.7). In caso di dubbio invio allo specialista. - Monitoraggio della eventuale terapia antitrombotica: intervento educativo, controllo e sostegno della compliance al trattamento, valutazione e trattamento degli eventuali effetti collaterali. - Prescrizione e gestione della eventuale terapia antitrombotica, in autonomia o in collaborazione con lo specialista.	- Valutazione della indicazione alla profilassi antiaritmica. - Prescrizione della terapia antiaritmica a scopo profilattico. - Valutazione della eventuale indicazione alla procedura ablativa. - Rivalutazione clinica e strumentale periodica.
Pazienti con sintomi critici suggestivi per FA parossistica	- Educazione del paziente ad una corretta valutazione dei sintomi e delle caratteristiche del polso. - Eventuale invio allo specialista per l'approfondimento diagnostico. - Eventuale registrazione dell'ECG nel caso i disturbi siano presenti al momento della visita.	Valutazione clinica e strumentale