

Artículo de opinión

Guía sobre fibrilación auricular 2020. Nuevo enfoque para el diagnóstico y el tratamiento

Atrial fibrillation guide 2020. New approach to diagnosis and treatment

Alain Gutiérrez López¹, Marleny Cruz Cardentey¹, Jesús Castro Hevia²

¹Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”, Cuba. ²Instituto Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Cuba.

Introducción

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida más frecuente. Implica una gran carga asistencial y económica a los sistemas de salud. Se asocia con ictus, insuficiencia cardíaca, deterioro cognitivo y de la calidad de vida. Es causada por muchas enfermedades crónicas no transmisibles que constituyen verdaderas pandemias, tales como la obesidad, la enfermedad arterial coronaria, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la apnea obstructiva del sueño. Por esa razón, se espera un incremento de su incidencia y prevalencia en los próximos años. ⁽¹⁾

Los episodios subclínicos, agravan el escenario, pues en muchos casos el diagnóstico se hace de forma retrospectiva, una vez han sucedido las complicaciones. Por eso, la fibrilación auricular no es benigna, a pesar de que en muchos casos es asintomática. La nueva evidencia científica hace posible un enfoque estructurado para estratificar y realizar el tratamiento a estos pacientes. ⁽²⁾

El objetivo del presente artículo es describir el nuevo enfoque, en la estratificación y el tratamiento, contenido en las nuevas guías de FA.

Desarrollo

Las nuevas guías sobre diagnóstico y tratamiento de la FA,⁽²⁾ se presentaron en el Congreso de la Sociedad Europea de Cardiología de 2020, y fueron desarrolladas con la colaboración de la Asociación Europea de Cirugía Cardio-Torácica y la Asociación Europea del Ritmo Cardíaco.

De estas nuevas directrices destaca el enfoque integral y multidisciplinario que se resume en el recurso denominado “CC a ABC”. La CC para el diagnóstico y la estratificación y el ABC para el tratamiento (fig. 1)

En el diagnóstico y la estratificación la primera “C” consiste en “confirmar la FA”, la segunda en “caracterizar la arritmia”. En la “segunda C” se aplica otro recurso, el de las 4S (*Stroke risk*- riesgo de ictus cardioembólico-, *severidad de los síntomas*, *severidad de la FA* y *severidad del sustrato*).⁽²⁾

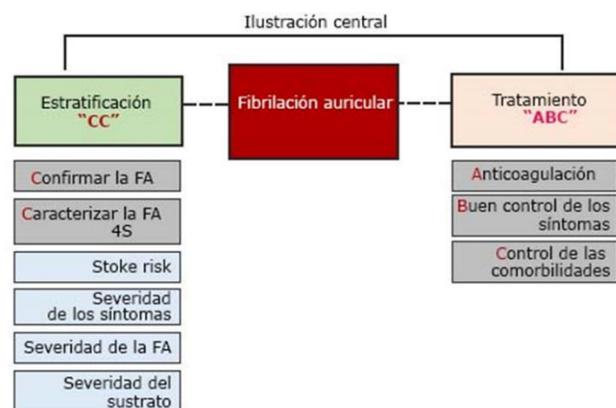


Fig. 1 – Esquema “CC hacia ABC”.

Primera "C": Confirmar la FA

La confirmación de la arritmia tiene como base su documentación con el electrocardiograma de 12 derivaciones, o una tira de electrocardiograma de una sola derivación que tenga una duración superior a 30 segundos.⁽²⁾ La ausencia de onda P, que es sustituida por oscilaciones de la línea de base, denominadas "f" y la irregularidad R-R son los hallazgos electrocardiográficos a partir de los cuales se define la FA.⁽³⁾

Los dispositivos móviles como los relojes inteligentes y teléfonos móviles ganan espacio en el diagnóstico, debido a sus mejoras en la capacidad de muestreo y constituyen una alternativa al *holter*. Se recomienda realizar pesquisas con estos dispositivos a pacientes mayores de 65 años, en los que se ha constatado pulso irregular o en mayores de 75 años con factores de riesgo de accidente cerebrovascular. También tiene mucho valor, en pacientes con dispositivos de estimulación cardíaca implantados, buscar registros de electrogramas auriculares de alta frecuencia que sugieran FA.⁽²⁾

Segunda "C": Caracterizar la arritmia

Otra novedad de las guías consiste en brindar los elementos (4S) que se deben utilizar para lograr una caracterización estructural de la arritmia: estratificar el riesgo cardioembólico, a través del índice CHA₂-DS₂-VASc, la severidad de los síntomas, la severidad de la fibrilación auricular y la severidad del sustrato.⁽²⁾ Esto representa un cambio de paradigma desde una concepción convencional de un solo dominio (duración de la FA) hacia una visión estructurada que agiliza la evaluación sobre la cual se toman las decisiones terapéuticas. La evaluación de estos cuatro componentes se realiza a partir de las herramientas actuales disponibles en las consultas médicas. Pero, tienen la posibilidad de incorporar otras evaluaciones de las que se disponga en el futuro.

1) *Stroke risk* (riesgo de ictus cardioembólico): para la estratificación del riesgo cardioembólico la guía recomienda utilizar la escala CHA₂DS₂-VASc. Se definen como pacientes de alto riesgo a los hombres con 1 punto o más y a las mujeres con 2 puntos o más. Además del cambio en cuanto a la puntuación, a partir de la cual se recomienda la anticoagulación, en este acápite sobresale la novedad de incluir la miocardiopatía hipertrófica como una de las variables de la letra "C" del *score*. En estos casos se debe iniciar de inmediato la anticoagulación. También se recomienda el uso de la escala de predicción de riesgo de sangrado HAS-BLED (*Hypertension, Abnormal Renal/Liver function, Stroke, Bleeding History or Predisposition, Labile INR, Elderly, Drugs/Alcohol concomitantly*) para identificar factores que aumentan el riesgo de sangrado y de esta forma minimizar las complicaciones de la terapia anticoagulante.⁽²⁾

- 2) Severidad de los síntomas: se sugiere utilizar la escala funcional de la Asociación Europea del Ritmo Cardíaco (EHRA, por sus siglas en inglés) para estratificar a los pacientes en asintomáticos, síntomas leves, moderados, severos e invalidantes.⁽²⁾ La presencia de síntomas atípicos, como disnea, fatiga o dolor precordial puede estar relacionada con enfermedades cardíacas aún no identificadas. La caracterización de síntomas iniciales sirve para valorar la respuesta al tratamiento.⁽⁴⁾
- 3) Severidad de la fibrilación auricular: se refiere a cuantificar de manera objetiva la carga arrítmica, es decir, el porcentaje del tiempo que el paciente permanece en fibrilación auricular, la duración de los episodios de la arritmia y los eventos que terminan de manera espontánea. Dicha medición se realiza mediante *holter*, grabadoras implantables y otros dispositivos de estimulación cardíaca, como marcapasos y desfibriladores. La clasificación temporal de la fibrilación auricular, paroxística, persistente o permanente, es otro parámetro para comprender la severidad y progresión de la enfermedad.⁽²⁾
- 4) Severidad del sustrato: los medios de imagen cardíaca, como el ecocardiograma, la tomografía computarizada y la resonancia magnética son de utilidad para analizar la anatomía, la función y las características tisulares de la aurícula izquierda. Otros elementos que se evalúan por imágenes son la presencia de trombos intracavitarios y la velocidad del flujo sanguíneo en las venas pulmonares y en la orejuela de la aurícula izquierda. La determinación de la extensión de fibrosis en la aurícula izquierda mediante resonancia magnética es importante para estimar posibilidad de éxito y recurrencia con ablación (aislamiento de venas pulmonares). Los factores de mal pronóstico, como dilatación auricular y fibrosis extensa deben discutirse con el paciente antes de planear ablación.^(2,4)

En relación con el diagnóstico el centro lo constituye el electrocardiograma de 12 derivaciones. Se recomiendan por primera vez los dispositivos móviles para pesquisar a las poblaciones de riesgo. El impacto de esta recomendación aún no está definido, pero se deduce que incrementará el diagnóstico de FA subclínica. Con esta tecnología se abre un espacio para el diseño de nuevas herramientas que faciliten la confirmación de la FA. La caracterización anatómica del sustrato y de la arritmia como parte imprescindible de la individualización del diagnóstico y la estratificación, son elementos novedosos. Sin embargo, las implicaciones en la toma de decisiones a partir de esta información todavía no están definidas.

Para la gestión del tratamiento se recomienda el esquema "ABC". La A corresponde a la "anticoagulación", la B al "buen

control de los síntomas” y la C al “control de las comorbilidades”.

A: ANTICOAGULACIÓN	B: BUEN CONTROL DE LOS SÍNTOMAS	C: COMORBILIDADES Y FACTORES DE RIESGO
<ul style="list-style-type: none">• PREVENIR EL ICTUS SI CHA2-DH-VASc ≥ 1 (M), 2 (F).• EVALUAR EL RIESGO DE SANGRADO Y CORRIGIR FACTORES MODIFICABLES.• ELEGIR TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE.	<ul style="list-style-type: none">• EVALUAR LOS SÍNTOMAS Y LA CALIDAD DE VIDA.• CONTROLAR LA RESPUESTA VENTRICULAR.• REESTABLECER EL RITMO SINUSAL (FÁRMACOS, CVE, ABLACIÓN).	<ul style="list-style-type: none">• IDENTIFICAR LAS COMORBILIDADES Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR.• CAMBIAR EL ESTILO DE VIDA (REDUCIR PESO CORPORAL, EJERCICIO FÍSICO REGULAR, NO SUS TANCIAS ESTIMULANTES).

Fig. 2 – Recurso “ABC” para el tratamiento de la FA.

Este recurso, organiza, con un enfoque práctico las respuestas a las principales preguntas que surgen cuando se atiende a un paciente con FA. ¿Cuál es la intervención farmacológica que más beneficia al paciente? La respuesta es la “A”, de anticoagulación. ¿Cómo se logra mejorar la calidad de vida?: “B” buen control de los síntomas, y ¿cómo se alcanza una respuesta favorable y sostenible de la enfermedad?: “C” de control de las comorbilidades.

“A”: Anticoagulación

La guía enfatiza en la anticoagulación de pacientes con riesgo de *ictus* cardioembólico. Continúa en vigor la estratificación mediante el índice CH₂-DS₂-VASc para determinarlo. Los pacientes con estenosis mitral moderada/severa o prótesis valvular mitral mecánica siempre deben ser tratados warfarina, sin necesidad de ser estratificados. En el resto de los pacientes, cuando no existen contraindicaciones, se prefieren los anticoagulantes directos, sobre todo cuando con antagonistas de vitamina K, no se logra el Índice internacional normalizado (INR, por sus siglas en inglés) en rango terapéutico más del 70 % de los controles.⁽²⁾

También recomienda el índice HAS-BLED para evaluar riesgo de sangrado. De esta manera se identifican pacientes con riesgo de sangrado cuando tienen más de 3 puntos. Pero ningún resultado de este índice contraindica la anticoagulación, sino que identifica pacientes a los que se les debe realizar un seguimiento más frecuente y controlar los factores de riesgo de sangrado susceptibles de ser modificados. La estratificación del riesgo cardioembólico y de sangrado a partir del uso de estos índices, debe realizarse de forma sistemática, pues se trata de un proceso dinámico. En pacientes con FA inicialmente y bajo riesgo de accidente cerebrovascular, la siguiente evaluación debe realizarse de manera óptima a los 4 a 6 meses.⁽²⁾

Para los pacientes que muestran contraindicación absoluta de anticoagulación por presentar sangrado activo, trombocitopenia severa o sangrado de alto riesgo reciente, una

posibilidad es el cierre de orejuela de la aurícula izquierda, como medida para evitar los accidentes cerebrovasculares. Se hace énfasis en no usar antiagregantes plaquetarios para reducir el riesgo de accidentes cerebrovasculares en ningún caso, pues incrementa las posibilidades de sangrado, a expensas de una muy baja protección para ictus cardioembólico.⁽²⁾

“B”: Buen control de los síntomas

En este acápite destacan dos grupos de intervenciones, las encaminadas a controlar la frecuencia cardíaca (FC) y otras destinadas a restaurar el ritmo sinusal. Se recomienda tratamiento farmacológico para el control de la frecuencia cardíaca en pacientes sintomáticos. El objetivo es lograr menos de 110 latidos por minuto. Los fármacos recomendados son los betabloqueadores, tanto en pacientes con función sistólica de ventrículo izquierdo preservada o reducida. Si con esto no se logra la mejoría sintomática se debe adicionar bloqueadores de los canales de calcio, en pacientes con fracción de eyección del ventrículo izquierdo, preservada o digoxina en aquellos con fracción de eyección del ventrículo izquierdo reducida. Si a pesar de este tratamiento, el paciente persiste sintomático o con deterioro de la calidad de vida, debe considerarse ablación del nodo auriculoventricular con implante de marcapasos o terapia de resincronización según este indicado.⁽²⁾

Para restaurar el ritmo sinusal la guía mantiene las tres intervenciones utilizadas de forma convencional: cardioversión farmacológica, cardioversión eléctrica y ablación con catéter. Se sugiere restaurar el ritmo sinusal en los pacientes jóvenes, primer episodio o recientemente diagnosticado, pacientes con pocas comorbilidades, evidencia de miocardiopatía inducida por taquicardia, mal control de frecuencia, intolerancia a los fármacos antiarrítmicos y elección del paciente.⁽²⁾

La cardioversión farmacológica con drogas antiarrítmicas se decide sobre la base del análisis riesgo/beneficio debido a los efectos proarrítmicos de estos fármacos. Se recomienda cuando existe la intención de restaurar el ritmo sinusal en casos de FA sintomática hemodinámicamente estable, en pacientes que ya estén anticoagulados o en quienes, mediante ecocardiograma transesofágico, se haya excluido trombos intracardíacos.⁽²⁾

Las opciones son vernakalant, cuando se ha excluido un síndrome coronario agudo reciente o insuficiencia cardíaca congestiva. La flecainida y la propafenona en ausencia de cardiopatía estructural en el contexto de la enfermedad arterial coronaria, la enfermedad valvular severa y las miocardiopatías. La amiodarona se reserva para los pacientes en los cuales no se pueden utilizar los fármacos anteriores.⁽²⁾

Las recomendaciones relacionadas con la cardioversión eléctrica no han sufrido modificaciones sustanciales. Se definen los dos escenarios tradicionales, con estabilidad hemodinámica y con inestabilidad hemodinámica. Se

mantiene el requisito de anticoagulación por al menos tres semanas, o ecocardiograma transesofágico que descarte trombos intracardíacos, cuando los episodios duran más de 48 horas o no se conoce el momento de inicio.⁽²⁾

La ablación con catéter adquiere un papel más destacado para restablecer el ritmo sinusal. En estas guías se recomienda después del fracaso de la terapia con fármacos antiarrítmicos para mejorar los síntomas de recurrencia de FA en pacientes con FA paroxística, o FA persistente sin factores de riesgo importantes de recurrencia. La ablación con catéter también es ahora una terapia de primera línea para pacientes con FA que tienen una alta probabilidad de miocardiopatía inducida por taquicardia, independientemente del estado de los síntomas. La decisión de realizar ablación con catéter después de la falla de los fármacos antiarrítmicos, solo es apropiado si se han abordado todos los factores de riesgo pertinentes: apnea obstructiva del sueño, obesidad, sedentarismo, control de la presión arterial y exceso de alcohol.⁽²⁾

“C”: Control de las comorbilidades

La letra C se refiere a corregir los factores de riesgo cardiovasculares y las comorbilidades en forma conjunta. De nada sirve tratar solo la FA y no factores claramente asociados a su causa y progresión como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la obesidad, la apnea obstructiva del sueño o la isquemia miocárdica, por citar algunos ejemplos; en esto la guía es enfática. Además, se sugieren cambios en el estilo de vida con dieta saludable, actividad física, ausencia de alcohol y tabaco. En este apartado es importante considerar los valores del paciente y tenerlos en cuenta en la toma de decisiones terapéuticas. Asimismo, es conveniente utilizar herramientas adecuadas para medir la información reportada por el paciente, ya que eso traduce la percepción de su propia mejora.⁽²⁾

La propuesta del recurso “ABC” es uno de los elementos más novedosos de la guía. Recoge los aspectos imprescindibles a tener en cuenta en el tratamiento de estos pacientes. No tienen un orden jerárquico de las acciones, sino que las agrupo por objetivos del tratamiento. Estas acciones se implementan al unísono, pero es preciso tratar las comorbilidades e implementar tratamiento anticoagulante y controlar la respuesta ventricular, antes de implementar una estrategia para restaurar el ritmo sinusal.

Referencias bibliográficas

1. January CT, Wann LS, Calkins H, Chen LY, Cigarroa JE, Cleveland Jr JC, *et al.* 2019 AHA/ACC/HRS Focused Update of the 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm

Society. *Circulation.* 2019;140: e125-51. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.06.034>.

2. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, Blomström-Lundqvist C, *et al.* 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J.* 2020[acceso 03/11/2021];00:1-126. Disponible en: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/42/5/373/5899003?login=false>.

3. Lip GYH, Laurent F, Freedman SB, Van Gelder I, Natale A, Gianni C, *et al.* Atrial fibrillation. *Nat Rev Cardiol.* 2016[acceso 03/11/2021];2. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/nrdp201616>.

4. Al-Kaisey AM, Parameswaran R, Kalman JM. Atrial Fibrillation Structural Substrates: Aetiology, Identification and Implications. *Arrhythmia Electrophysiol Rev.* 1 de septiembre de 2020[acceso 03/11/2021];9(3). Disponible en: https://www.aerjournal.com/articles/atrial-fibrillation-structural-substrates-aetiology-identification-and-implications?_ga=2.262555404.1460617330.1652236173-1499369038.1640456656.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: Alain Gutiérrez López, Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”, Cuba. E-mail: alaingutierrezlopez@gmail.com

Los autores firmantes del manuscrito declaran no poseer Conflicto de intereses.



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)