

Atención integral de los pacientes con fibrilación auricular

Esta arritmia puede ocasionar graves accidentes cerebro-vasculares, aumento de la mortalidad y conducir a la insuficiencia cardíaca o la muerte súbita

Autor: Paulus Kirchhof Fuente: Heart, BMJ <http://dx.doi.org/10.1136/heartjnl-2016-310843> *Integrated care of patients with atrial fibrillation: the 2016 ESC atrial fibrillation guidelines*

Página 1

Introducción

La fibrilación auricular (FA) es una de las epidemias en evolución en la medicina cardiovascular. Se proyecta que la FA se desarrolle en el 25% de los adultos que tienen actualmente 40 años de edad.^{1, 2} Esta arritmia puede ocasionar muchos problemas de salud asociados a menudo severos: graves accidentes cerebro-vasculares, un aumento de la mortalidad y puede conducir a la insuficiencia cardíaca o la muerte súbita incluso en pacientes correctamente anticoagulados.^{3, 4}

En los últimos años se han desarrollado nuevos enfoques para detectar y tratar a los pacientes con FA: desde el cribado del ECG hasta los procedimientos quirúrgicos para prevenir la FA recurrente. Si bien estos recursos proporcionan herramientas para mejorar los resultados y la calidad de vida en los pacientes afectados, a menudo necesitan de un aporte multidisciplinario en el manejo del paciente. Por lo tanto, parece oportuno que la Sociedad Europea de Cardiología haya publicado nuevas directrices.⁵

El buen manejo de los pacientes con FA requiere un esfuerzo de equipo

El grupo de trabajo estuvo formado por cardiólogos con distintos grados de sub-especialización, cirujanos cardíacos, neurólogos especializados en accidentes cerebrovasculares y especialistas en enfermería. Todas las recomendaciones se discutieron y se sometieron a votación en un proceso predefinido, aceptando solo las recomendaciones apoyadas por al menos el 75% de los miembros del Grupo de Trabajo después de una consulta estructurada. Treinta y tres revisores generales revisaron la guía completa en tres iteraciones, mientras que 49 revisores adicionales nominados por las Sociedades Nacionales Europeas proporcionaron comentarios valiosos.

Detección de la fibrilación auricular

El escrutinio del ECG puede ayudar a detectar la FA asintomática lo que permite el inicio oportuno de la terapia, especialmente de la anticoagulación oral. Esto tiene el potencial de prevenir las complicaciones de la FA, especialmente los accidentes cerebrovasculares isquémicos. Además se recomienda una monitorización sistemática del ECG durante al menos **72 horas** para los pacientes con accidente cerebrovascular o ataque isquémico transitorio (por ejemplo, TIA),^{7, 8} con la sugerencia de que se debe considerar un monitoreo aún más prolongado del ECG especialmente cuando se sospecha un origen cardioembólico del accidente cerebrovascular.^{9, 10} Se necesitan más datos para informar el mejor enfoque para el cribado sistemático de la población de alto riesgo usando dispositivos inteligentes operados por el paciente con resultados iniciales prometedores en poblaciones de 75 años o más.¹¹

Atención integral de FA alineada con las necesidades del paciente

Una vez que se diagnostica la FA, los pacientes deben recibir tratamiento en cinco ámbitos:

1. Estabilización hemodinámica aguda en pacientes hemodinámicamente inestables (por ejemplo mediante cardioversión, control de la frecuencia, soporte circulatorio, etc.).
2. Detección y tratamiento de las afecciones cardiovasculares concomitantes.
3. Evaluación del riesgo de accidente cerebrovascular y anticoagulación oral en pacientes con FA con riesgo de accidente cerebrovascular.
4. Terapia de control de la frecuencia cardíaca en pacientes con respuesta ventricular elevada durante la FA.
5. Terapia de control del ritmo en pacientes que permanecen sintomáticos en terapia de control de la frecuencia cardíaca.

⋮ *Los modelos de cuidados integrados deben ser considerados para todos los pacientes con FA*

El manejo óptimo de los pacientes con FA requiere de aportaciones de diferentes especialidades y profesiones médicas. Los modelos de cuidados integrados deben ser considerados para todos los pacientes con FA, apoyando la toma de decisiones compartida y capacitando a los pacientes para ser dueños de su cuidado, proporcionando apoyo donde sea necesario y dando acceso a todas las opciones de tratamiento especializado cuando sea apropiado.

Es necesaria una estrecha cooperación entre los especialistas en fibrilación auricular: médicos, neurólogos especialistas accidente cerebrovascular, cirujanos, cardiólogos y médicos generales. Además, la atención continuada de alta calidad puede necesitar más apoyo de los profesionales de la salud aliados, de los pacientes y de los miembros de la familia.



Evaluación inicial de pacientes con FA

Para detectar las enfermedades cardiovasculares concomitantes debe realizarse un ecocardiograma y un análisis cuidadoso del ECG, además de una historia completa y un examen físico (recuadro 1). Esta información nos permitirá a menudo decidir sobre la necesidad de la anticoagulación oral. También dará una primera guía sobre la necesidad de adaptar / iniciar la terapia de control de la frecuencia cardíaca y proporcionar una primera idea acerca de si la terapia de control del ritmo es útil.

Información clínica que informa sobre el tratamiento de la fibrilación auricular (FA)

- ▶ Edad
- ▶ Condiciones de vida, autonomía personal (o fragilidad) y capacidad para cuidarse.
- ▶ Presión arterial, antecedentes de hipertensión y terapia antihipertensiva.
- ▶ Diabetes diagnosticada o terapia actual con fármacos antidiabéticos.
- ▶ Accidente cerebrovascular o ataque isquémico transitorio.
- ▶ Falta de aire durante el esfuerzo, clase de la Asociación del Corazón de Nueva York (por ejemplo, caminar sin disnea, capacidad para subir más de tres tramos de escaleras sin pausa), historia de insuficiencia cardíaca, disfunción ventricular izquierda, tratamiento actual con medicación para la insuficiencia cardíaca.
- ▶ Otras enfermedades vasculares, por ejemplo, de la arteria carótida o enfermedad arterial periférica.
- ▶ Soplo cardíaco, antecedentes de cardiopatía valvular o signos de cardiopatía valvular en el ecocardiograma.
- ▶ Operaciones o intervenciones cardiovasculares previas.
- ▶ Dolor torácico, infarto de miocardio previo, intervención coronaria percutánea o cirugía de derivación, clase de la Sociedad Canadiense de Cardiovascular.
- ▶ Tratamiento anticoagulante o antiagregante plaquetario actual, antecedentes de tratamiento anticoagulante incluyendo complicaciones o razones de su interrupción.
- ▶ Frecuencia cardíaca en el ECG y en la palpación del pulso, terapia de control de la frecuencia cardíaca actual, terapia previa de control de la frecuencia (preparaciones de digital, verapamilo / diltiazem, β -bloqueantes).
- ▶ Síntomas de la fibrilación auricular: frecuencia de episodios, puntuación de European Heart Rhythm Association modificada.
- ▶ Tratamiento farmacológico antiarrítmico actual, tratamiento antiarrítmico previo, cardioversión, ablación con catéter o procedimientos quirúrgicos para la FA.
- ▶ Otros hallazgos relevantes sobre ECG o ecocardiograma.
- ▶ Otros medicamentos actuales.

Tratamiento anticoagulante en la FA: el objetivo de un tratamiento a largo plazo seguro y eficaz

Muchos pacientes con FA están ahora adecuadamente iniciados en terapia de anticoagulación oral basada en los factores de riesgo de accidente cerebrovascular score CHA₂DS₂VASc.¹³ Este sistema establecido continúa siendo recomendado: pacientes con dos de los factores de riesgo de accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, hipertensión, diabetes o enfermedad vascular, así como en los supervivientes de un accidente cerebrovascular o TIA y en los mayores de 75 años deben recibir anticoagulación oral.

Los pacientes sin ninguno de estos factores de riesgo de accidente cerebrovascular tienen un riesgo de accidente cerebrovascular bajo y no necesitan terapia antitrombótica. En los pacientes con uno de los factores CHA2DS2VASc, el riesgo de accidente cerebrovascular varía¹⁵ y el sexo femenino no altera el riesgo de accidente cerebrovascular en estos pacientes.^{15, 16} Por consiguiente, la anticoagulación debe considerarse en pacientes con FA y un factor de riesgo de accidente cerebrovascular adicional de cualquiera de los dos sexos, ponderando el beneficio probable de la anticoagulación y el riesgo de sangrado. En pacientes seleccionados, los biomarcadores pueden ser útiles para refinar el riesgo de ictus.¹⁷

Elección de anticoagulante

La anticoagulación oral para prevenir los accidentes cerebrovasculares en pacientes con FA puede lograrse con **antagonistas** de la vitamina K o con anticoagulantes orales **no antagonistas** de la vitamina K (NOACs). Los pacientes con válvulas cardíacas mecánicas y aquellos con estenosis mitral moderada o severa deben ser tratados con antagonistas de la vitamina K. Teniendo en cuenta su seguridad superior en comparación con la warfarina (mortalidad 10% menor, riesgo aproximadamente 50% menor de hemorragia intracraneal o accidente cerebrovascular hemorrágico^{18,19}), los pacientes elegibles para la terapia con los NOACs: apixaban, dabigatran, edoxaban o rivaroxaban (en orden alfabético) Se tratarán preferentemente con un NOAC.

Asegurar una terapia de anticoagulación oral segura y continuada

Mientras que la anticoagulación oral se utiliza cada vez más en pacientes con FA en riesgo de accidente cerebrovascular, muchos pacientes con FA son retirados del tratamiento anticoagulante en el primer año después de la iniciación. Por lo tanto, una gran parte de las directrices se dedica a la continuación segura de la terapia de anticoagulación oral en pacientes con FA. Las directrices proporcionan una lista de cuatro factores de riesgo de sangrado modificables (cuadro 2). Se recomienda minimizar estos factores como una forma sencilla de reducir el riesgo de sangrado mayor en pacientes con FA anticoagulados. Además, hay recomendaciones y diagramas de flujo para:

1. Informar acerca del manejo de los pacientes con sangrado, incluyendo el uso de agentes reversibles.
2. Sugerir el reinicio de la anticoagulación oral después de un accidente cerebrovascular isquémico.
3. Apoyar las decisiones difíciles que se deben tomar en pacientes que sufrieron una hemorragia intracraneal en la anticoagulación oral.

Factores de riesgo de sangrado modificables en pacientes con fibrilación auricular anticoagulados

- ▶ Hipertensión (especialmente cuando la presión arterial sistólica es > 160 mm Hg).
- ▶ Labilidad del International Normalized Ratio (RIN) o tiempo en rango terapéutico <60% en pacientes con antagonistas de la vitamina K
- ▶ Medicamentos que predisponen al sangrado como los fármacos antiplaquetarios y los antiinflamatorios no esteroideos.
- ▶ Exceso de alcohol (≥8 bebidas / semana).

Un enfoque simplificado de la terapia de control del ritmo en pacientes con FA sintomática

No hay cambios importantes en las recomendaciones para la terapia de control de la frecuencia cardíaca. La terapia de control del ritmo continúa indicándose para mejorar los síntomas relacionados con la FA, usualmente agregada a la administración del tratamiento de las condiciones concomitantes, terapia de prevención de accidentes cerebrovasculares y terapia de control de la frecuencia.

Las indicaciones para el tratamiento con fármacos antiarrítmicos no han cambiado. Las nuevas guías proporcionan información más detallada sobre los cambios en el ECG que son señales de advertencia del efecto *pro-arrítmico*.

La **ablación con catéter** dirigida al aislamiento de las venas pulmonares²⁰⁻²² es una opción terapéutica de control del ritmo válida y debe ser discutida con los pacientes que la necesitan. Cuando la FA se repite y se garantiza una terapia adicional de control del ritmo, la terapia híbrida (por ejemplo, la combinación de fármacos antiarrítmicos con ablación con catéter) ayudará a menudo en los pacientes que necesitan terapia adicional de control del ritmo a pesar de la terapia con fármacos antiarrítmicos. Los pacientes que necesitan un tercer intento de terapia de control del ritmo deben ser discutidos con un equipo de especialistas en FA incluyendo la consideración de la cirugía de FA.

Las nuevas guías sugieren un enfoque muy similar al control del ritmo en pacientes con FA paroxística (auto-terminada) y persistente: los diagramas de flujo no son diferentes según el patrón de la FA. Esta simplificación se apoya en dos observaciones: el tiempo en ritmo sinusal evaluado por un dispositivo implantado no es tan diferente entre los pacientes que se clasifican clínicamente como FA "paroxística" o "persistente". Además, los ensayos controlados disponibles

sugieren que la ablación con catéter es **más eficaz** que los fármacos antiarrítmicos y que la cardioversión en pacientes con FA persistente²⁴, similar a la FA paroxística.

Equipos de atención al paciente con fibrilación auricular

La atención integral de la FA tiene el potencial de proporcionar cuidados continuados en la comunidad, manteniendo al mismo tiempo la contribución del especialista para la mayoría de los pacientes (figura 1). Las situaciones difíciles, por ejemplo, las que surgen en pacientes que desarrollan un accidente cerebrovascular o una hemorragia intracerebral en anticoagulación, o en pacientes que necesitan terapia de control del ritmo más intensiva a pesar de la ablación inicialmente exitosa y la terapia con fármacos antiarrítmicos, deben ser discutidos en estos equipos multidisciplinarios. Dichos equipos ya se han formado, por ejemplo, para tomar decisiones relacionadas con los ocluidores de apéndice auricular izquierdo.

Panorama

Las guías de ESC para la FA resumen de manera práctica la actual terapia basada en la evidencia para la FA. La implementación exitosa de este manejo probablemente usando modelos de atención de FA integrados con herramientas digitales tiene el potencial de mejorar sustancialmente los resultados en pacientes con FA. Incluso con la terapia óptima, las muertes cardiovasculares prematuras, las hospitalizaciones por problemas cardiovasculares y la disminución de la autonomía son comunes. Por lo tanto, existe una clara necesidad de más investigación sobre las causas de la FA, acerca de mejores formas de prevenir la FA, del papel del control del ritmo y de la terapia de control de la frecuencia cardíaca relacionados con los resultados y con la mejora del tratamiento de los pacientes con FA.

Referencias bibliográficas

1. Lloyd-Jones DM, Wang TJ, Leip EP, et al. Lifetime risk for development of atrial fibrillation: the Framingham heart study. *Circulation* 2004;110:1042–6. doi:10.1161/01.CIR.0000140263.20897.42
2. Schnabel RB, Yin X, Gona P, et al. 50 year trends in atrial fibrillation prevalence, incidence, risk factors, and mortality in the Framingham Heart Study: a cohort study. *Lancet* 2015;386:154–62. doi:10.1016/S0140-6736(14)61774-8
3. Marjion E, Le Heuzey JY, Connolly S, et al. Causes of death and influencing factors in patients with atrial fibrillation: a competing risk analysis from the randomized evaluation of long-term anticoagulant therapy study. *Circulation* 2013;128:2192–201. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.112.000491
4. Chugh SS, Havmoeller R, Narayanan K, et al. Worldwide epidemiology of atrial fibrillation: a Global Burden of Disease 2010 Study. *Circulation* 2014;129:837–47. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.113.005119
5. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS *Eur Heart J* 2016;37:2893–962
6. Hobbs FD, Fitzmaurice DA, Mant J, et al. A randomised controlled trial and cost-effectiveness study of systematic screening (targeted and total population screening) versus routine practice for the detection of atrial fibrillation in people aged 65 and over. The SAFE study. *Health Technol Assess* 2005;9:iii–iv, ix–x, 1–74.
7. Grond M, Jauss M, Hamann G, et al. Improved detection of silent atrial fibrillation using 72-hour Holter ECG in patients with ischemic stroke: a prospective multicenter cohort study. *Stroke* 2013;44:3357–64. doi:10.1161/STROKEAHA.113.001884
8. Rizos T, Guntner J, Jenetzky E, et al. Continuous stroke unit electrocardiographic monitoring versus 24-hour Holter electrocardiography for detection of paroxysmal atrial fibrillation after stroke. *Stroke* 2012;43:2689–94. doi:10.1161/STROKEAHA.112.654954
9. Gladstone DJ, Spring M, Dorian P, et al. EMBRACE Investigators and Coordinators. Atrial fibrillation in patients with cryptogenic stroke. *N Engl J Med* 2014;370:2467–77. doi:10.1056/NEJMoa1311376
10. Sanna T, Diener HC, Passman RS, et al. Cryptogenic stroke and underlying atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2014;370:2478–86. doi:10.1056/NEJMoa1313600
11. Svennberg E, Engdahl J, Al-Khalili F, et al. Mass screening for untreated atrial fibrillation: the STROKESTOP study. *Circulation* 2015;131:2176–84. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.114.014343
12. Hendriks JM, de Wit R, Crijns HJ, et al. Nurse-led care vs. usual care for patients with atrial fibrillation: results of a randomized trial of integrated chronic care vs. routine clinical care in ambulatory patients with atrial fibrillation. *Eur Heart J* 2012;33:2692–9.
13. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, et al., European Heart Rhythm A, European Association for Cardio-Thoracic S. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2010;31:2369–429. doi:10.1093/eurheartj/ehq278
14. Lip GY, Nieuwlaat R, Pisters R, et al. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the euro heart survey on atrial fibrillation. *Chest* 2010;137:263–72. doi:10.1378/chest.09-1584
15. Allan V, Banerjee A, Shah AD, et al. Net clinical benefit of warfarin in individuals with atrial fibrillation across stroke risk and across primary and secondary care. *Heart Published Online First: 31 August 2016* doi:10.1136/heartjnl-2016-309910. doi:10.1136/heartjnl-2016-309910
16. Friberg L, Skeppholm M, Terent A. Benefit of anticoagulation unlikely in patients with atrial fibrillation and a CHA2DS2-VASc score of 1. *J Am Coll Cardiol* 2015;65:225–32. doi:10.1016/j.jacc.2014.10.052
17. Hijazi Z, Oldgren J, Lindback J, et al. The novel biomarker-based ABC (age, biomarkers, clinical history)-bleeding risk score for patients with atrial fibrillation: a derivation and validation study. *Lancet* 2016;387:2302–11. doi:10.1016/S0140-6736(16)00741-8
18. Ruff CT, Giugliano RP, Braunwald E, et al. Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis of randomised trials. *Lancet* 2014;383:955–62. doi:10.1016/S0140-6736(13)62343-0
19. Graham DJ, Reichman ME, Wernecke M, et al. Cardiovascular, bleeding, and mortality risks in elderly medicare patients treated with dabigatran or warfarin for nonvalvular atrial fibrillation. *Circulation* 2015;131:157–64. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.114.012061

20. Haissaguerre M, Jais P, Shah DC, et al. Spontaneous initiation of atrial fibrillation by ectopic beats originating in the pulmonary veins. *N Engl J Med* 1998;339:659–66. doi:10.1056/NEJM199809033391003
21. Verma A, Macle L, Sanders P. Catheter ablation for persistent atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2015;373:878–9. doi:10.1056/NEJMc1508689
22. Kuck KH, Brugada J, Fürnkranz A, et al., FIRE AND ICE Investigators. Cryoballoon or radiofrequency ablation for paroxysmal atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2016;374:2235–45. doi:10.1056/NEJMoa1602014
23. Charitos EI, Purerfellner H, Glotzer TV, et al. Clinical classifications of atrial fibrillation poorly reflect its temporal persistence: insights from 1,195 patients continuously monitored with implantable devices. *J Am Coll Cardiol* 2014;63(25 Pt A):2840–8. doi:10.1016/j.jacc.2014.04.019
24. Nyong J, Amit G, Adler AJ, et al. Efficacy and safety of ablation for people with non-paroxysmal atrial fibrillation. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;11:DC012088. doi:10.1002/14651858.CD012088.pub2
25. Fumagalli S, Chen J, Dobreanu D, et al. The role of the Arrhythmia Team, an integrated, multidisciplinary approach to treatment of patients with cardiac arrhythmias: results of the European Heart Rhythm Association survey. *Europace* 2016;18:623–7. doi:10.1093/europace/euw090

