

Fibrilación auricular

La fibrilación auricular en las guías de práctica clínica

José Luis Zamorano

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

Palabras clave:
Fibrilación auricular
Guías de práctica clínica

RESUMEN

Se presenta brevemente la comparación de las guías de práctica clínica en el tratamiento de la fibrilación auricular, haciendo hincapié en las guías de la Sociedad Europea de Cardiología y el *American College of Cardiology/American Heart Association*. Se señalan los puntos de coincidencia y también los aspectos en que hay alguna discrepancia entre las guías, en especial en lo referente a la estrategia de prevención de las complicaciones tromboembólicas. Se indican también algunas de las características de la nueva guía de la Sociedad Europea de Cardiología.

Atrial Fibrillation in Clinical Practice Guidelines

ABSTRACT

This article provides a brief comparison of the different clinical practice guidelines available on the treatment of atrial fibrillation, with an emphasis on the guidelines of the European Society of Cardiology and the American College of Cardiology/American Heart Association. Points of agreement, and areas of where there are discrepancies, between the guidelines are identified, particularly with reference to strategies for preventing thromboembolic complications. In addition, some features of the new European Society of Cardiology guideline are discussed.

Keywords:
Atrial fibrillation
Clinical practice guidelines

INTRODUCCIÓN

Sabemos la importancia de la fibrilación auricular (FA) en las consultas y servicios de cardiología. Su prevalencia y su repercusión clínica no son ajenas a la importancia que se le da en las guías de práctica clínica^{1,2}. De hecho, en las guías de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) es uno de los temas más repetidos³. En este artículo se comentan los aspectos más destacados de las últimas guías, pero sin olvidar que este mismo año se va a publicar una nueva edición de la guía sobre FA.

Cuando se habla de guías, inmediatamente se tiende a pensar en tratamiento, pero esto no es del todo cierto. En las guías de FA se resume brevemente la epidemiología, la fisiopatología clínica y, por supuesto, el tratamiento de la enfermedad y sus complicaciones³.

PUNTOS DESTACADOS DE LAS ÚLTIMAS GUÍAS

En primer lugar, se destaca la incidencia en la repercusión del problema. Se cree que la prevalencia de un 1-2% (6 millones), probablemente infradiagnosticada, se duplicará en los próximos 50 años. La incidencia es de un 1-1,6% por año y se insiste en la importancia de la escasez de síntomas en muchas ocasiones, ya que un tercio de los casos de FA cursan asintomáticos. Por otro lado, se incide en los eventos cardiovasculares en relación con las complicaciones relacionadas con la FA. Así, la incidencia de muerte se duplica y la de ictus se quintuplica.

Las condiciones asociadas con la FA se describen en detalle y se relacionan con la edad, la hipertensión, la insuficiencia cardiaca sintomática (presente en el 30%), la taquimiocardiopatía, la enfermedad valvular (presente en el 30%) o las miocardiopatías, que son la causa de mayor riesgo de FA en la juventud. Las condiciones extracardiacas más frecuentemente asociadas con FA son la apnea del sueño, la nefropatía crónica, la diabetes mellitus y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

La guía destaca los aspectos fisiopatológicos fundamentales. Señala desde los factores auriculares hasta los cambios fisiopatológicos desencadenantes: remodelado con proliferación y diferenciación de fibroblastos a miofibroblastos y estimulación del depósito de tejido conectivo y fibrosis; disociación eléctrica entre fibras (microcircuitos de reentrada), y cambios fisiopatológicos «perpetuadores», como el acortamiento del periodo refractario efectivo o la alteración de la contractilidad auricular.

También señala los mecanismos electrofisiológicos, ya sea focales, como la actividad desencadenada, la reentrada o las venas pulmonares con inicio y perpetuación por periodos refractarios cortos y cambios en orientación de fibras, sin olvidarse de la hipótesis de frentes de ondas múltiples y de la predisposición genética.

La clasificación de la FA es importante, pues permite una mejor comunicación. La FA se puede clasificar en los siguientes tipos: de primer diagnóstico (independiente de la duración o de los síntomas), paroxística (paroxismos de menos de 48 h durante 7 días, autolimitada), persistente (episodio de más de 7 días o que requiera intervención para revertirla), persistente de larga duración (duración \geq 1 año, estrategia de control del ritmo), permanente (aceptada por médico y paciente, sin estrategia de control del ritmo) o silente (asintomática).

Autor para correspondencia: Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Ctra. de Colmenar Viejo, Km 9,100, 28034 Madrid, España.
Correo electrónico: zamorano@secardiologia.es (J.L. Zamorano).

Abreviaturas

AAS: ácido acetilsalicílico
 ACO: anticoagulantes orales
 FA: fibrilación auricular

Sin duda, el aspecto de la guía que suscita mayor inquietud es el tratamiento y la prevención de los eventos embólicos. Para ello, se estableció la escala de riesgo CHA₂DS₂-VASc, que cuantifica con 2 puntos cada uno de los factores de riesgo mayores o definitivos (evento tromboembólico previo, edad ≥ 75 años, valvulopatía, estenosis mitral o válvula protésica), y con 1 punto cada uno de los factores de riesgo clínicamente relevantes, no mayores (insuficiencia cardiaca, especialmente la fracción de eyección del ventrículo izquierdo ≤ 40%, hipertensión arterial, diabetes mellitus, vasculopatía-infarto de miocardio, anticoagulantes orales [ACO], placa complicada en aorta en ecocardiografía transesofágica, edad 65-74 años, sexo femenino).

Según esta valoración, se establecen los criterios de tratamiento. Así, para una puntuación ≥ 2, se indican ACO, razón internacional normalizada (INR) 2,5; rango 2-3 excepto si está contraindicado; para 1 punto, ACO o ácido acetilsalicílico (AAS) 75-325 mg/día según riesgo de sangrado, posibilidad de control aceptable de INR y preferencia del paciente, preferiblemente ACO; y para 0 puntos, nada o AAS, aunque es preferible no usar nada.

En cuanto al tipo de anticoagulante que debe emplearse, la guía establece que los inhibidores directos de la trombina orales (etexilato de dabigatrán) y los inhibidores del factor Xa orales (rivaroxabán, apixabán, edoxabán) pueden considerarse como alternativas factibles al tratamiento con antagonistas de la vitamina K.

Al igual que el riesgo embólico, también se establece el riesgo hemorrágico, con la escala HAS-BLED, que tiene en cuenta los siguientes criterios:

- *Hypertension* (hipertensión): presión arterial sistólica > 160 mmHg, 1 punto.
- *Abnormal kidney and/or liver function* (disfunción renal o hepática): diálisis crónica o trasplante renal o creatinina sérica ≥ 2 μmol/l; enfermedad hepática crónica o alteración bioquímica de bilirrubina > 2 veces el límite alto de la normalidad, más alanina aminotransferasa/aspartato aminotransferasa (ALAT/ASAT) > 3 veces el límite alto de la normalidad, 1 punto cada una.
- *Stroke* (ictus): antecedente de ictus, 1 punto.
- *Bleeding* (sangrado): historia de sangrado o predisposición a la hemorragia, 1 punto.
- *Labile INR* (INR lábil): INR alto o inestable o < 60% del tiempo en rango terapéutico, 1 punto
- *Elderly* (ancianos): edad > 65 años, 1 punto.
- *Drugs and/or alcohol* (fármacos y alcohol): toma concomitante de fármacos (antiinflamatorios no esteroideos o AAS) o abuso de alcohol, 1 punto cada uno.

Un elevado riesgo hemorrágico (HAS-BLED > 3) no contraindica la anticoagulación cuando está indicada, pero sí que se deben extremar los cuidados para evitar hemorragias.

La cardioversión eléctrica también ocupa un lugar importante en las guías. Se considera recomendación de clase I las siguientes pautas previas a la cardioversión: FA de duración ≥ 48 h o cronología incierta, en cuyo caso es necesaria la anticoagulación (INR 2-3) 3 semanas antes y 4 semanas después de la cardioversión, independientemente del método (nivel de evidencia B). En la FA con inestabilidad hemodinámica que requiere cardioversión, debe usarse heparina concomitante (nivel de evidencia C). Tras cardioversión por inestabilidad hemodinámica, si es de duración ≥ 48 h, se recomienda ACO durante

4 semanas (nivel de evidencia B), y si la FA dura < 48 h pero hay alto riesgo tromboembólico, debe utilizarse heparina pericardioversión, seguida de ACO a largo plazo (nivel de evidencia B). Si hay alto riesgo de tromboembolia, se recomienda anticoagulación a largo plazo (nivel de evidencia B).

Para terminar este breve resumen de lo más importante en las guías europeas sobre FA, se marcan pautas sobre lo que hay que hacer ante una FA aguda para el control de la frecuencia:

- En ausencia de preexcitación: verapamilo/diltiazem o bloqueador beta intravenoso. Precaución con pacientes en hipotensión o insuficiencia cardiaca (clase I A).
- Se recomienda digoxina o amiodarona intravenosa para el control de la frecuencia en caso de FA + insuficiencia cardiaca o para pacientes con hipotensión (clase I B).
- Si hay preexcitación, se prefiere utilizar antiarrítmicos de clase I o amiodarona (clase I C).

En cuanto al control del ritmo, las recomendaciones de clase I son: en ausencia de cardiopatía estructural, se recomienda flecainida o propafenona (nivel de evidencia A); en caso de cardiopatía estructural y FA de reciente comienzo, se debe considerar la amiodarona (nivel de evidencia A).

La cardioversión eléctrica es recomendación de clase I: cardioversión inmediata si la FA es de respuesta ventricular rápida, no responde inmediatamente a medidas farmacológicas y hay signos de isquemia, hipotensión sintomática, angina o insuficiencia cardiaca (nivel de evidencia C) y cardioversión inmediata en FA con preexcitación si hay taquicardia rápida o inestabilidad hemodinámica (nivel de evidencia B).

No se puede acabar el tratamiento sin hacer referencia a la ablación. Se recomienda para la FA paroxística de pacientes sintomáticos cuando el tratamiento no ha sido efectivo (clase IIa, nivel de evidencia A).

También se recomienda ablación en casos de FA persistente refractaria a tratamiento antiarrítmico (nivel de evidencia B). La ablación quirúrgica se reserva para pacientes con FA sintomática que van a someterse a intervención quirúrgica (clase IIa, nivel de evidencia A).

DIFERENCIAS ENTRE LAS GUÍAS

Sin duda hay algunas diferencias, aunque no muchas, entre las guías del *American College of Cardiology*, la ESC y la *Canadian Cardiology Society*⁴⁻⁶. En la tabla se indican las diferencias en los factores de

Tabla

Comparación entre los factores de riesgo considerados en las distintas guías

Factores de riesgo	ESC	ACC/AHA/HRS	CCS
ICC	Sí	Sí	Sí
FEVI ≤ 35%	No especificado, implícito en ICC	Sí	Sí
Hipertensión	Sí	Sí	Sí
Edad ≥ 75 años	Sí	Sí	Sí
Edad 65-74 años	Sí	Menos validado	Sí
Diabetes mellitus	Sí	Sí	Sí
Enfermedad vascular	Sí	Menos validado	Sí
Sexo (mujeres)	Sí	Menos validado	Sí
Miocardopatía hipertrófica	Sí	Implícito	Implícito
Enfermedad mitral	Sí	Sí	Sí
Tirotoxicosis	Implícito	Menos validado	Implícito

ACC/AHA/HRS: *American College of Cardiology/American Heart Association/Heart Rythm Society*; CCS: *Canadian Cardiology Society*; ESC: *Sociedad Europea de Cardiología*; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; ICC: insuficiencia cardiaca congestiva.

riesgo asociados. En cuanto a la toma de anticoagulantes según las diferentes guías, hay algunas diferencias, aunque son mínimas.

CONCLUSIONES

Finalmente, ¿qué se puede esperar de las nuevas guías que se publicarán en 2016? Aunque están bajo embargo, algo se puede adelantar y aventurar. Adelantar, pues es conocido ya que, por primera vez, la ESC va a realizar una revisión sistemática de la evidencia a través de la Cochrane. Sin duda, esto dará respuestas sólidas a preguntas de difícil respuesta. Por otro lado, se puede suponer que los nuevos anticoagulantes, la ablación, el cierre de la orejuela o las enfermedades concomitantes serán puntos de gran interés y esperados ansiosamente.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lip GY, Laroche C, Dan GA, Santini M, Kalarus Z, Rasmussen LH, et al. A prospective survey in European Society of Cardiology member countries of atrial fibrillation management: baseline results of EURObservational Research Programme Atrial Fibrillation (EORP-AF) Pilot General Registry. *Europace*. 2014;16:308-19.
2. Kirchhof P, Ammentorp B, Darius H, De Caterina R, Le Heuzey JY, Schilling RJ, et al. Management of atrial fibrillation in seven European countries after the publication of the 2010 ESC Guidelines on atrial fibrillation: primary results of the PREvention of thromboembolic events—European Registry in Atrial Fibrillation (PREFER in AF). *Europace*. 2014;16:6-14.
3. Camm AJ, Lip GY, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation—developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. *Europace*. 2012;14:1385-413.
4. Kirchhof P, Curtis AB, Skanes AC, Gillis AM, Wann LS, Camm AJ. Atrial fibrillation guidelines across the Atlantic: a comparison of the current recommendations of the European Society of Cardiology/European Heart Rhythm Association/European Association of Cardiothoracic Surgeons, the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association/Heart Rhythm Society, and the Canadian Cardiovascular Society. *Eur Heart J*. 2013;34:1471-4.
5. Lip GY, Windecker S, Huber K, Kirchhof P, Marin F, Ten Berg JM, et al. Management of antithrombotic therapy in atrial fibrillation patients presenting with acute coronary syndrome and/or undergoing percutaneous coronary or valve interventions: a joint consensus document of the European Society of Cardiology Working Group on Thrombosis, European Heart Rhythm Association (EHRA), European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI) and European Association of Acute Cardiac Care (ACCA) endorsed by the Heart Rhythm Society (HRS) and Asia-Pacific Heart Rhythm Society (APHS). *Eur Heart J*. 2014;35:3155-79.
6. Fuster V, Rydén LE, Cannom DS, Crijns HJ, Curtis AB, Ellenbogen KA, et al. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation—executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2001 Guidelines for the Management of Patients with Atrial Fibrillation). *Eur Heart J*. 2006;27:1979-2030.