

ENFRENTAMIENTO ESTRUCTURADO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN APS

PARTE II: TRATAMIENTO Y MANEJO DE COMORBILIDADES

Autora: Dra. Ma. Fernanda Silva C. Residente Medicina Familiar UC

Editora: Dra. Isabel Mora M. Docente Departamento Medicina Familiar UC

Julio 2021

Resumen de portada:

El objetivo de este artículo es abordar los distintos pilares de tratamiento que se deben considerar en el manejo de pacientes con Fibrilación Auricular en APS, y corresponde a la continuación del abordaje estructurado presentado en el artículo “Enfrentamiento estructurado de la fibrilación auricular en APS. Parte I: diagnóstico y caracterización”.

Palabras claves: “Fibrilación Auricular” “Manejo estructurado” “pilares de tratamiento” “Medicina Familiar” “APS”

Introducción

La Fibrilación auricular (FA), definida como taquiarritmia supraventricular con activación eléctrica auricular descoordinado y en consecuencia, contracción auricular ineficaz¹, es la arritmia cardiaca sostenida más común en la práctica clínica y en los servicios de urgencia², es altamente frecuente y su riesgo aumenta con la edad y con el aumento de la carga de los factores de riesgo.

Tal como se mencionó en el artículo anterior, la FA presenta alto impacto en la vida de las personas con un riesgo 5 veces más de desarrollar ACV isquémico, 20-30% más riesgo de disfunción del ventrículo izquierdo (VI) e insuficiencia cardiaca (IC), 10-40% más hospitalizaciones, mayor incidencia de demencias, síntomas depresivos y peor calidad de vida, con un riesgo de mortalidad 1,3 a 3,5 veces más^{4,5,7}.

Enfrentamiento estructurado en APS

La última guía europea sobre diagnóstico y manejo de FA 2020 propone un abordaje estructurado para el correcto manejo de la FA en APS a través de la nemotecnia **CC(4s) To ABC³**.

- **C:** Confirmación: realizar el diagnóstico con electrocardiograma (ECG)
- **C:** Caracterización de la enfermedad y en el paciente (**4s**)
- **To:** Tratamiento con un abordaje de un paciente de multimorbilidad a través de intervenciones multidisciplinarias. Los pilares de control son:
- **A:** Anticoagulación y prevención tromboembólica
- **B:** (Burden) Carga de enfermedad: control de síntomas y control de ritmo vs frecuencia
- **C:** Comorbilidades

En este artículo revisaremos los pilares del tratamiento **To ABC**.

→ A: ANTICOAGULACIÓN

El objetivo de este punto es tomar una conducta terapéutica después de evaluar el riesgo tromboembólico del paciente. La complicación más temida del sangrado es la hemorragia intracranal la cual es 9 veces menos común que ACV isquémicos⁹.

Una revisión sistemática de 61 estudios (estudio PCORI) comparó la precisión diagnóstica y el impacto de las decisiones clínicas para predecir riesgo de tromboembolismo, y determinó con moderada calidad de la evidencia que dentro de las mejores escalas se encontraba **ChadsVaSc³** (<https://www.samiuc.es/chads2-vasc-score/>).

Por otra parte, un Network Metanálisis comparó la sensibilidad y especificidad de distintas escalas de riesgo de sangrado, donde se determinó que la más equilibrada para establecer el riesgo de sangrado es **HASBLED** (S. 75% - E. 66%)¹⁰ (<https://www.samiuc.es/has-bled-score/>)

Según los resultados obtenidos, las indicaciones de anticoagulación serían:

- Chads – VaSc ≥ 2 (varones) o ≥ 3 (mujeres) \rightarrow anticoagular
- Si = 1 (varones) o = 2 (mujeres) \rightarrow considerar anticoagular
- Chads – VaSc 0 puntos (varones) o 1 punto (mujeres)³ \rightarrow no anticoagular

Contraindicaciones de anticoagulación:

- Hemorragia activa grave
- Acontecimiento reciente con riesgo hemorrágico alto
- Trombocitopenia grave < 50.000 plaquetas/ml
- Anemia severa en estudio.

Consideraciones en este pilar de tratamiento:

- Un HASBLED ≥ 3 no es una contraindicación de anticoagular, por lo cual solo se deben manejar los factores de riesgo para disminuir la posibilidad de sangrado y re controlar cada 4-6 meses^{3,5}.
- El tratamiento antiagregante plaquetario, ya sea solo (AAS) o asociado a clopidogrel, no está recomendado para la prevención de ACV en FA^{3,5}.

Alternativas terapéuticas:

1. **Anticoagulantes antagonistas de la vitamina K (warfarina):** Se ha visto que reducen riesgo de ACV en 64% y mortalidad en 26%. Es el único tratamiento cuya seguridad está confirmada para los pacientes con estenosis mitral reumática o valvulopatía protésica. Dentro de las principales limitantes de estos fármacos es el estrecho rango de intervalo terapéutico que requieren ajuste de dosis frecuente³.

2. **Nuevos anticoagulantes orales o no dependientes de la vitamina K:**

Se dividen en:

- Inhibidor directo de la trombina oral: Dabigatrán (Pradaxa ®)
- Bloqueadores del factor Xa oral:
 - Rivarozabán (Xarelto ®)
 - Apixabán (Eliquis ®)
 - Edoxabán (Lixiana ®)

Una revisión sistemática de 4 estudios que comparó ambas alternativas terapéuticas demostró que los nuevos anticoagulantes orales se asociaron a reducción significativa del 19% del riesgo de ictus/embolia sistémica, 51% del riesgo de ictus hemorrágico, 10% de la mortalidad por todas las causas y 14% del riesgo de sangrado mayor, al compararlos con warfarina; pero, por otra parte, se observó un aumento del 25% de hemorragias gastrointestinales asociadas.

Es necesario además considerar en la decisión que una de las principales limitantes de estos nuevos fármacos es su alto costo³.

→ B (BURDEN) CARGA DE ENFERMEDAD: control de síntomas y control de ritmo versus frecuencia cardiaca

Control de síntomas y monitorización de frecuencia cardiaca (FC):

- debe ser realizado por el médico de APS
- se debe fomentar el auto reporte de síntomas y categorizarlos según la escala propuesta por la European Heart Rhythm Association (EHRA) (revisar artículo anterior).
- requiere evaluar el impacto en la calidad de vida de las personas,

- fomentar la adherencia a los cambios de estilo de vida y tratamiento farmacológico.

La meta de control es FC <110 lpm en ejercicio y <80 lpm en reposo. Para lograrla, se hacen ajustes en base a³:

- **Bloqueadores de canales de calcio no-dihidropiridínicos** (verapamilo y diltiazem) sobretodo en pacientes con FEVI \geq 40% y/o
 - **Betabloqueadores** (carvedilol, metoprolol, bisoprolol, nebivolol) o **Digoxina** sobretodo en FEVI \leq 40%.

Control de ritmo versus frecuencia

El estudio AFFIRM³ publicado 2002 señalaba que no había ninguna diferencia entre el tratamiento de control de ritmo versus tratamiento de control de la frecuencia ventricular. Posteriormente se han publicado múltiples estudios que han mostrado resultados diferentes, siendo el más relevante el EAST-AFNET4¹¹, un RCT multicéntrico publicado en octubre 2020 en el cual a pacientes con FA diagnosticada en el último año se les realizaba terapia precoz de control de ritmo, con un promedio de tiempo de espera de 36 días desde el diagnóstico, y se determinó que la terapia temprana de control del ritmo, versus control de frecuencia, se asoció a un menor riesgo de resultados cardiovasculares adversos con una disminución de riesgo absoluta 1,1% en mortalidad por causas cardiovasculares. Si bien diversos estudios muestran beneficios favorables en volver al ritmo sinusal, aún faltan estudios de mayor calidad para poder afirmar categóricamente un franco beneficio. Además no todos los pacientes logran volver a ritmo sinusal y son quienes quedarán con control de FC con el equipo de APS.

→ C:COMORBILIDADES Y FACTORES DE RIESGO (FR)

Existen múltiples factores de riesgo y comorbilidades asociadas a FA que aumentan la carga de enfermedad, tales como: obesidad, sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol, estrés psicológico y enfermedades como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial crónica, enfermedad renal crónica, cardiopatía isquémica y demencias, entre otras.

Estudios han determinado que el perfil de riesgo acumulado de pacientes con FA aumenta desde un 23,4% cuando la persona no tiene ningún FR o todos están compensados, a un 38,4% cuando tiene más de 1 FR importante descompensado³.

El manejo de las comorbilidades es esencial para el control de síntomas, disminuir la gravedad y disminuir la carga de enfermedad. Un óptimo manejo de estos factores puede mejorar la calidad de vida de los pacientes, siendo ésta una labor de los médicos de APS.

Por otro lado, una revisión sistemática de la Cochrane¹² evaluó los beneficios de la Rehabilitación Cardiaca con ejercicios en pacientes adultos con FA. Si bien el número de la población estudiada era bajo y el riesgo de sesgo de los estudios primarios se categorizó como moderado, se determinó que la rehabilitación cardiaca con ejercicios podría mejorar la capacidad de hacer ejercicios medidos a través del peak Vo2 máximo y que es incierto que estos ejercicios disminuyan la mortalidad.

Resumen

- La FA es una enfermedad altamente prevalente en Chile y el mundo, configurándose como la arritmia cardiaca más común en la práctica clínica.
- Representa una alta carga para los sistemas de salud y para quienes la padecen.
- Aumenta el riesgo de ACV, mortalidad y un empeoramiento en la calidad de vida.
- La literatura ha propuesto una forma de evaluación esquemática para el manejo de pacientes con FA en APS, a través de la nemotecnia CC(4s) to ABC.
- Con respecto a los pilares del tratamiento (ABC) es importante considerar la necesidad o no de anticoagulación, el control de síntomas y control de ritmo vs frecuencia, y el manejo integral de comorbilidades, hábitos de riesgo y la rehabilitación cardiaca.

Referencias

- 1- 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation. *JACC* Vol 64, No. 21, (2014). December 2, 2014: e1– 76
- 2- Corbalán R. Et. al (2017). Features, management and prognosis of Chilean patients with non valvular atrial fibrillation: GARFIELD AF registry. *Revista médica de Chile*, 145(8), 963-971. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000800963>
- 3- 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); doi:[10.1093/eurheartj/ehaa612](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa612)].
- 4- Epidemiology of Atrial Fibrillation in the 21st Century. Jelena Kornej, Christin S.Börschel, Emelia J. Benjamin, Renate B. Schnabel. Originally published 18 Jun 2020 <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.120.316340> *Circulation Research*. 2020;127:4–20
- 5- Guías de 2019 de la American Heart Association / American College of Cardiology / Heart Rhythm Society sobre el manejo de la FA
- 6- Gutierrez et al. Diagnosis and Treatment of Atrial Fibrillation. *Am Fam Physician*. 2016 Sep 15;94(6):442-452
- 7- Kannel WB, Wolf PA, Benjamin EJ, et al. Prevalence, incidence, prognosis, and predisposing conditions For atrial fibrillation: population-based estimates. *Am J Cardiol* 1998;82:2N–9N.
- 8- Benjamin EJ, Levy D, Vaziri SM, D'Agostino RB, Belanger AJ, Wolf PA. Factores de riesgo independientes para la fibrilación auricular en una cohorte poblacional : el estudio del corazón de Framingham . *JAMA*. 1994; 271 (11): 840–844. doi: 10.1001 / jama.1994.03510350050036
- 9- Stroke And Bleeding Risk Assessment: Where Are We Now? Mikhail S Dzeshka, and Gregory Y H Lip. *J Atr Fibrillation*. 2014 Apr-May; 6(6): 1042. Published online 2014 Apr 30. doi: 10.4022/jafib.1042
- 10- 2019. Accuracy of HAS-BLED and other bleeding risk assessment tools in predicting major bleeding events in atrial fibrillation: A network meta-analysis. Guodong Chang. Qiufen Xie. Guangyan Mu. Yimin Cui. DOI: 10.1111/jth.14692
- 11- Kirchhof P et al. Early Rhythm-Control Therapy in Patients with Atrial Fibrillation. *N Engl J Med* 2020. Published August 29th, 2020.
- 12- Risom SS, Zwisler AD, Johansen PP, Sibilitz KL, Lindschou J, Gluud C, Taylor RS, Svendsen JH, Berg SK, Exercise-based cardiac rehabilitation for adults with atrial fibrillation, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 2. Art. No.: CD011197. DOI 10.1002/15651858.CD011197.pub.2.