

Fibrilación auricular

Luis Lozano Mera

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Urbano I. Mérida. Grupo de Trabajo de Enfermedades Cardiovasculares de la semFYC.

Ana María Galván Gil

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Urbano I. Mérida.

Alba Lozano Gallego

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alamillo. Sevilla.

Introducción

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca más frecuente. Este trastorno del ritmo se asocia a un incremento de la morbimortalidad, en particular por el aumento del riesgo embólico, por lo que cada vez se encuadra más en el concepto de factor de riesgo de enfermedad cerebrovascular de origen tromboembólico.

Desde la última revisión, publicada en 2014, no se han producido grandes novedades. Sí se conoce mejor qué abordaje terapéutico es predominante en España ante la disyuntiva de controlar la frecuencia u optar por el control del ritmo. Un reciente trabajo de Roldán y sus colaboradores¹ describe cómo en España a los pacientes con FA no valvular preferentemente se les indican fármacos para controlar su frecuencia, sobre todo betabloqueadores. Reciben, por lo general, pocos antiarrítmicos y se los somete en muy baja proporción a tratamientos no farmacológicos (ablación en el 3,4% y cierre de orejuela en el 0,2%).

Se describen a continuación algunos trabajos centrados en la asociación de FA e insuficiencia cardíaca (IC), así como en distintos aspectos del tratamiento anticoagulante.

Fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca

La IC y la FA se están convirtiendo en las epidemias del siglo XXI, tanto por el aumento de la esperanza de vida como por la reducción de la mortalidad cardiovascular. Su mayor prevalencia lleva asociada una espiral de los costes que se tienen que soportar por parte de los servicios de salud de todo el entorno. Tanto la fisiopatología como los factores de riesgo de ambas están estrechamente relacionados. Los pacientes suelen ser mayores, con una importante carga de comorbilidad. La FA es a la vez causa y consecuencia de la IC, y presenta complejas interacciones que conllevan un deterioro del funcionamiento ventricular. La conducción ventricular irregular o rápida puede inducir el desarrollo de una taquimiocardiopatía. La ausencia de ritmo sinusal provoca la pérdida de la sístole auricular, lo que menoscaba la función ventricular. Así, en algunos pacien-

tes la restauración de su ritmo sinusal mejora su estatus hemodinámico al aumentar el volumen sistólico y el vaciado del ventrículo izquierdo.

Una reciente revisión de Kotecha y sus colaboradores² repasa los aspectos relevantes de esta asociación. En el estudio Framingham, el 41% de los pacientes con FA e IC desarrollaron primero IC, un 38% primero FA, y el 21% restante, FA e IC a la vez. Actualmente no existen terapias para prevenir la IC en pacientes con FA establecida, aunque parece razonable estrechar los controles de factores de riesgo cardiovascular como son la hipertensión arterial (HTA) y el síndrome de apnea-hipopnea del sueño. Dos metanálisis sugieren que los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II) como tratamiento de la IC reducen la incidencia de FA en estos pacientes (riesgo relativo [RR] 0,79 [intervalo de confianza, IC: IC 95% 0,62-1,00] y RR 0,78 [IC 95% 0,66-0,92] respectivamente).

En cuanto a cómo debería ser el manejo terapéutico del paciente que presenta simultáneamente IC sistólica y FA, se propone el algoritmo CAN-TREAT HfrEF (**figura 1**). Ante la presencia de inestabilidad hemodinámica, el paciente debe ser sometido a cardioversión eléctrica urgente (C), la anticoagulación (A) debería ser indicada para prevenir el tromboembolismo y la terapia diurética para normalizar (N) la volemia y reducir los síntomas de IC. A continuación, el objetivo (*Target*: T) debería ser la frecuencia cardíaca inferior a 110 lpm e iniciar la inhibición del sistema renina angiotensina (RAAS: R) (aunque sin demasiada evidencia). El control temprano (*Early*: E) de la frecuencia y la consideración de terapias avanzadas (A), tratamiento (T) intenso de otras enfermedades concomitantes, especialmente HTA e isquemia miocárdica².

Controlar el ritmo sigue siendo una opción atractiva a pesar de la alta tasa de recidivas (> 50% a los 6 meses). La ablación con catéter de la FA y el consecuente mantenimiento del ritmo sinusal se asocia con una mejoría significativa en la función del ventrículo izquierdo (incremento medio de un 11% de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo [FEVI]). Aún no se dispone de resultados con-

FIGURA 1

Manejo conjunto de la fibrilación auricular con insuficiencia cardíaca

- C** • Cardioversión (si existe compromiso hemodinámico)
- A** • Anticoagulación (salvo contraindicación)
- N** • Normalizar la volemia: diuréticos
- T** • *Tarjet*-objetivo: frecuencia < 110 lpm
- R** • RAAS: inhibidores del sistema Renina-angiotensina
- E** • *Early*-precoz valoración del control del ritmo
- A** • *Advanced*: terapias avanzadas para IC: resincronización
- T** • Tratar otras enfermedades cardiovasculares: HTA, CI

CI: cardiopatía isquémica; HTA: hipertensión arterial; IC: insuficiencia cardíaca.

cluyentes que apoyen el hecho de que en estos pacientes el control del ritmo sea superior a intentar controlar su frecuencia. Para este último caso son de elección los betabloqueadores. La digoxina sería una segunda opción, ya que tanto verapamilo como diltiazem no están recomendados cuando coexiste afectación ventricular sistólica dados sus efectos inotrópicos negativos.

El riesgo tromboembólico es muy alto en pacientes con FA e IC, por lo que deben ser siempre anticoagulados, salvo contraindicación, aunque se admite la ausencia de estudios específicos. Los nuevos anticoagulantes orales están inicialmente muy bien posicionados en los pacientes con IC debido a su menor riesgo hemorrágico. En algunos estudios, la presencia de IC se ha asociado a un peor control del cociente internacional normalizado (INR), un efecto procoagulante que podría deberse a una menor metabolización en el hígado de los antivitamina K (AVK) por la congestión hepática causada por la IC.

En contraposición, un trabajo reciente de Anguita y sus colaboradores³ parece sugerir que la calidad de la anticoagulación con AVK en pacientes con FA no valvular no se ve influenciada por la existencia de IC ni por el tipo de esta (sistólica o diastólica), aunque sí sea recomendable que se controle el INR de forma más estrecha ante la presencia de descompensaciones frecuentes o en pacientes con una IC más grave.

Tratamiento anticoagulante

En los pacientes con FA, el tratamiento anticoagulante ha demostrado un claro beneficio clínico, con una reducción

marcada de eventos embólicos y de la mortalidad. Las últimas guías europeas sobre FA recomiendan el uso del tratamiento anticoagulante en un gran número de pacientes con esta afectación. El tratamiento anticoagulante clásico con AVK reduce de manera muy significativa el riesgo de desarrollar fenómenos tromboembólicos. Presenta, sin embargo, como inconveniente numerosas interacciones farmacológicas y con los alimentos, además de que determinadas características clínicas e incluso genéticas condicionan la estabilidad de la anticoagulación a nivel individual. Se siguen publicando trabajos que mantienen la seguridad y eficacia de los nuevos anticoagulantes (NACO), unos basándose en datos obtenidos de estudios en fases precomercialización⁴, otros en trabajos basados en su uso en el «mundo real»⁵, aunque las voces críticas cada vez son menores⁶. En 2015 se han publicado tres trabajos en la *Revista Española de Cardiología* acompañados de un duro editorial⁷ que resumía cómo el control inadecuado de la anticoagulación con acenocumarol alcanza el 40%. Por ello, señalaba la necesidad urgente de que estos pacientes no controlados sean tratados con un NACO. En la misma línea, la propia Sociedad Española de Cardiología ha emitido un comunicado oficial solicitando una prescripción menos restringida de los NACO en España⁸.

Parece también asentarse la idea de que, antes de iniciar un tratamiento con un AVK, se puede estimar si el paciente va a estar o no correctamente anticoagulado. Un reciente trabajo publicado en España valida la escala SAMe-TT2R2, que identifica *a priori* pacientes cuyo INR probablemente no estará en rango⁹. Estos se beneficiarían de estrategias adicionales para mejorar el control de la anticoagulación con AVK o con un NACO. No debe olvidarse tampoco que es necesario tener en cuenta la percepción de los pacientes y su satisfacción ante el tratamiento, ya que este puede influir en una mayor adherencia y un mejor cumplimiento terapéutico¹⁰.

Por último, han aparecido novedades sobre la conocida terapia puente con heparina. Según un trabajo, en los pacientes con FA en tratamiento con AVK que tengan que interrumpir la anticoagulación oral por una intervención quirúrgica u otro procedimiento invasivo electivo, no hacer terapia puente de anticoagulación no fue inferior a dar tratamiento puente con una heparina de bajo peso molecular en la prevención del tromboembolismo arterial, a la vez que disminuyó el riesgo de sangrado mayor. Es un primer trabajo que cuestiona la actual indicación de heparinización en estas ocasiones¹¹.

Conclusiones

Son necesarias investigaciones sobre acciones que intenten **prevenir** la aparición de FA ya que, por el momento, es un tema poco explorado. También lo son estudios clínicos, en pacientes con FA e IC, que clarifiquen cuál sería el

control óptimo de la FA y el mejor tratamiento farmacológico para lograrlo. La ablación parece representar una opción prometedora.

Sería interesante disponer de nuevos estudios que compararan AVK y NACO, en especial en ciertos subgrupos de pacientes, como en los ancianos o ante la coexistencia de comorbilidades como la IC. El uso de los NACO va extendiéndose poco a poco.

Bibliografía

1. Roldán I, Anguita M, Marín F, Quesada MA, Camacho Siles J, Peinado R, et al. Tratamiento antiarrítmico actual de la fibrilación auricular no valvular en España. Datos del Registro FANTASIA. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69(01):54-60.
2. Kotecha D, Piccini JP. Atrial fibrillation in heart failure: what should we do? *Eur Heart J*. 2015;36(46):3250-7.
Revisión de la asociación FA-IC realmente completa y clarificadora de esta asociación cada vez más presente en nuestras consultas
3. Anguita M, Bertomeu V, Cequier Á. Insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular no valvular y control de la anticoagulación con antagonistas de la vitamina K. *Revista Española de Cardiología*. 2016; 69(1):75-6.
4. Hicks T, Stewart F, Eisinga A. NOACs versus warfarin for stroke prevention in patients with AF: a systematic review and meta-analysis. *Open Heart*. 2016;3(1):e000279.
5. Korenstra J, Wijtvliet EPJ, Veeger NJGM, Geluk CA, Bartels GL, Posma JL, et al. Effectiveness and safety of dabigatran versus acenocoumarol in «real-world» patients with atrial fibrillation. *Europeace*. 2016; pii: euv397. [Epub ahead of print]
6. McCarthy M. Report questions FDA approval of controversial anticoagulant. *BMJ*. 2015;351:h5557.
7. López-Sendón J, Merino JL. Mal control de la anticoagulación en la fibrilación auricular. ¿Hasta cuándo? *Revista Española de Cardiología*. 2015;68(9):740-2.
8. Roldán I, Marín F, Tello A, Roldán V, Anguita M, Ruiz M, et al. Propuesta de modificación de posicionamiento terapéutico para uso de NACO [Internet]. 2015 [citado 1 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: <http://secardiologia.es/institucional/comunicados-oficiales/6541-propuesta-de-modificacion-de-posicionamiento-terapeutico-para-uso-de-naco>
9. Roldán V, Cancio S, Gálvez J, Valdés M, Vicente V, Marín F, et al. The SAMe-TT2R2 Score Predicts Poor Anticoagulation Control in AF Patients: A Prospective «Real-world» Inception Cohort Study. *Am J Med*. 2015;128(11):1237-43.
10. Anguita M, Marín F, Roldán I, Cequier A, Bertomeu V, Muñoz J. Satisfacción con el cuidado médico de pacientes con fibrilación auricular anticoagulados con antagonistas de la vitamina K o nuevos anticoagulantes. *Revista Española de Cardiología*. 2015;68(6):537-9.
11. Douketis JD, Spyropoulos AC, Kaatz S, Becker RC, Caprini JA, Dunn AS, et al. Perioperative Bridging Anticoagulation in Patients with Atrial Fibrillation. *N Engl J Med*. 2015;373(9):823-33.