

Novedades en fibrilación auricular.

Dr. Emmanuel Reyes Morel
MIR IV MFyC.
C.S Sárdoma
15/02/2017

Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración con la EACTS.

Rev Esp Cardiol. 2017;70(1):50.e1-e84

Epidemiología.

- 33,5 millones de personas afectadas por FA en todo el mundo.
 - 20,9 millones de hombre.
 - 12,6 millones de mujeres.
- En Europa y EEUU 1 de cada 4 adultos de mediana edad sufrirá FA a lo largo de su vida.
- La prevalencia estimada en personas de más de 20 años es del 3%.
- Estudio OFRECE3 en España, mostró una prevalencia del 4,4% de la población general mayor de 40 años.

Diagnóstico y detección precoz.

- FA silente:
 - Dx oportunístico: toma de pulso o realización de ECG.
 - En mayores de 65 años, permite detectar aprox. 3% FA asintomática.
- Marcapasos y otros dispositivos implantables :
 - Revisar estos dispositivos para detectar episodios de alta frecuencia auricular (AHRE) .
 - Los AHRE se han asociado > riesgo embólico
- Se recomienda monitorización continua durante 72 horas después de un Ictus isquémico. Posteriormente monitorización ambulatoria .

Clasificación.

Patrón de FA	Definición
FA diagnosticada por primera vez	La FA no ha sido diagnosticada antes, independientemente de la duración de la arritmia o la presencia y la gravedad de los síntomas relacionados con ella
FA paroxística	Autolimitada, en la mayoría de los casos en 48 h. Algunos episodios de FA paroxística pueden durar hasta 7 días*. Los episodios de FA que se revierten en los primeros 7 días se considerarán paroxísticos*
FA persistente	La FA se mantiene durante más de 7 días, incluidos los episodios que se terminan por cardioversión farmacológica o eléctrica después de 7 o más días
FA persistente de larga duración	FA continua de duración \geq 1 año tras adoptar la estrategia de control del ritmo cardiaco
FA permanente	El paciente (y el médico) asume la FA. Por lo tanto, por definición no se adoptan intervenciones para el control del ritmo cardiaco de pacientes con FA permanente. En caso de aplicarse medidas para el control del ritmo, la arritmia se reclasificaría como «FA persistente de larga duración»

Clasificación.

- Según la carga sintomática:
 - los síntomas más comunes relacionados con la FA son fatiga/cansancio y falta de aire con el ejercicio.

Escala de la EHRA modificada	Síntomas	Descripción
1	Ninguno	La FA no causa síntoma alguno
2a	Leves	La actividad diaria normal no está afectada por los síntomas de la FA*
2b	Moderados	La actividad diaria normal no está afectada por los síntomas de la FA, pero los síntomas suponen un problema para el paciente
3	Graves	La actividad diaria normal está afectada por los síntomas de la FA
4	Discapacitantes	Se interrumpe la actividad diaria normal

Factores de riesgo y cardiopatías concurrentes.

- Insuficiencia cardiaca:
 - El uso de IECAS, BB, y eplerenona, disminuyen el riesgo de FA.
 - Los ARA II e inhibidores de neprilisina NO disminuyen el riesgo.
- Valvulopatías:
 - Se desaconseja utilización del termino FA no valvular o FA valvular. Se recomienda hacer referencia a lesión específica subyacente.
- Obesidad:
 - Pérdida de peso para reducir recurrencias y síntomas de FA.
- EPOC:
 - Corrección de la hipoxia y acidosis en episodios agudos.
- Apnea del sueño:
 - Optimizar el tratamiento de la AOS para reducir la recurrencia de FA y mejorar los efectos del tratamiento de esta.

Prevención de ICTUS

- Tratamiento con ACO superior al tratamiento con AAS.
 - Riesgo de sangrado con AVK, NACO o AAS es similar.
 - AAS no previene de manera eficaz ACV en pacientes con FA.
 - No se recomienda la monoterapia antiplaquetaria para la prevención de ACV en pacientes con FA independientemente del riesgo de ACV.

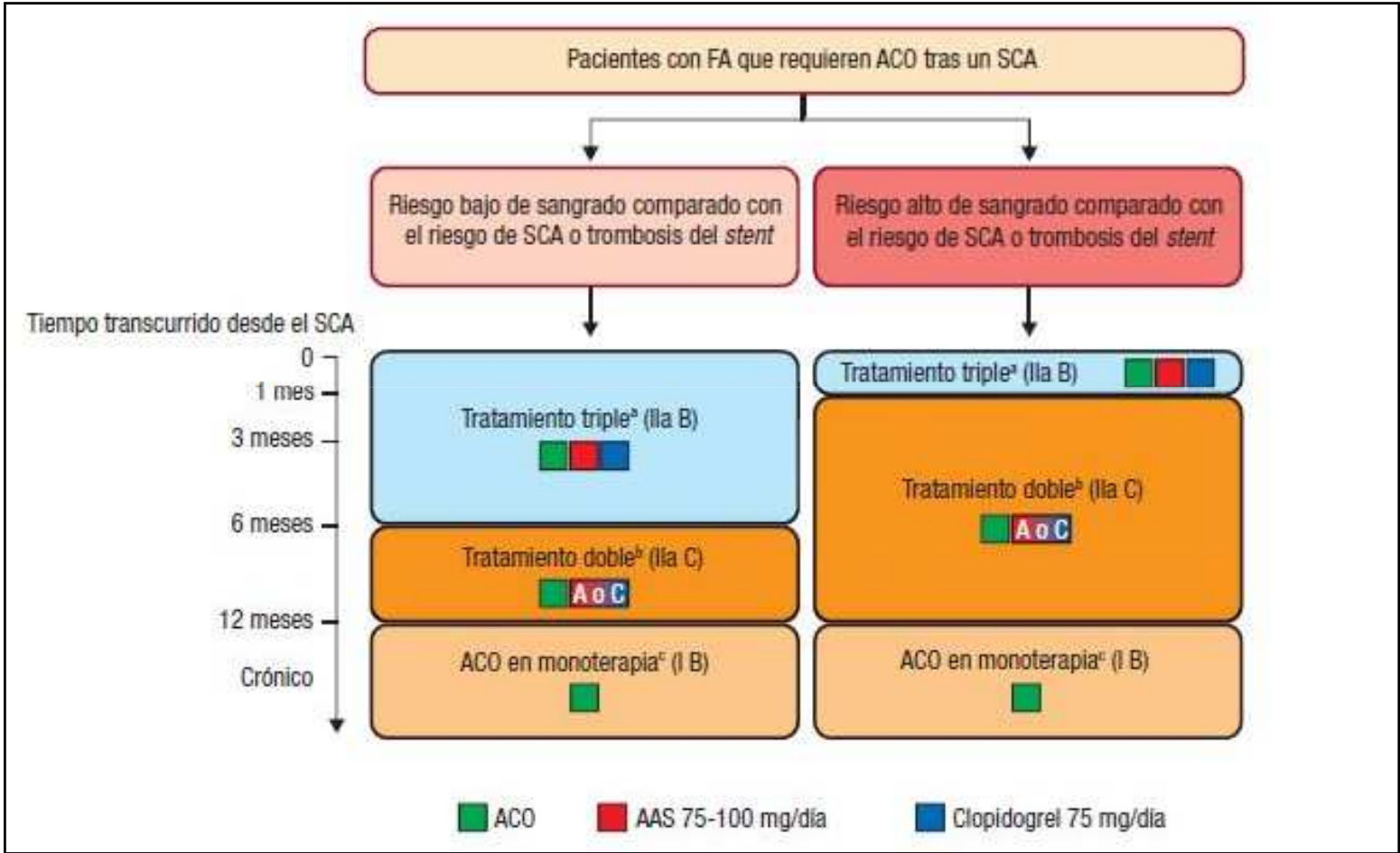
Prevención de ICTUS

- CHA₂DS₂ VASc
 - Hombres y mujeres sin factores de riesgo: no anticoagular.
- Considerar ACO:
 - Hombres CHA₂DS₂ VASc 1 punto.
 - Mujeres CHA₂DS₂ VASc 2 puntos.

Ila B.
características
individuales
- Se recomienda ACO
 - Hombres CHA₂DS₂ VASc ≥ 2 puntos.
 - Mujeres CHA₂DS₂ VASc ≥ 3 puntos.
- No parece que el sexo femenino aumente en el riesgo en ausencia de otros FR.

Continuación.

- La combinación de anticoagulantes orales y antiagregantes aumenta el riesgo de sangrado y debe evitarse en pacientes con FA que no tienen otra indicación para la inhibición plaquetaria- III B.
- No se recomienda la anticoagulación con heparina o HBPM para pacientes con FA inmediatamente después de un ACV isquémico.
- Se recomienda el tratamiento con NACO, en lugar de AVK o AAS, para los pacientes con FA y ACV previo.
- No se recomienda el tratamiento combinado con un ACO y un antiagregante tras un AIT o ACV.



Riesgo de sangrado.

- No se aconseja el uso específico de escalas de riesgo de sangrado.
- Se propone una lista de factores de riesgo hemorrágicos modificables y no modificables.
- ATRIA, ORBIT o ABC, han sustituido al HAS -BLED

Factores de riesgo de sangrado modificables y no modificables de los pacientes anticoagulados según las escalas de riesgo hemorrágico
<i>Hipertensión (especialmente cuando la presión arterial sistólica es > 160 mmHg)^{a,c}</i>
<i>INR lábil o tiempo en rango terapéutico < 60% en pacientes tratados con antagonistas de la vitamina K</i>
<i>Medicación que predispone al sangrado, como fármacos antiagregantes y antiinflamatorios no esteroideos^{a,d}</i>
<i>Consumo excesivo de alcohol (≥ 8 bebidas por semana)^{a,b}</i>
<i>Anemia^{b,d}</i>
<i>Función renal afectada^{a,d}</i>
<i>Función hepática afectada^{a,b}</i>
<i>Recuento o función plaquetaria reducida^b</i>
<i>Edad^e (> 65 años^a, ≥ 75 años)^{b,d}</i>
<i>Antecedente de sangrado mayor^{a,d}</i>
<i>ACV previo^{a,b}</i>
<i>Enfermedad renal dependiente de diálisis o trasplante renal^{a,c}</i>
<i>Enfermedad hepática cirrótica^a</i>
<i>Malignidad^b</i>
<i>Factores genéticos^b</i>
<i>Factores de riesgo hemorrágico según biomarcadores</i>
<i>Troponina de alta sensibilidad^e</i>
<i>Factor 15 de diferenciación de crecimiento^e</i>
<i>Creatinina sérica/AclCr estimado^e</i>

Anticoagulación AVK

- Única opción en pacientes con FA valvulopatía mitral reumática o prótesis valvular mecánica.
- Siguen teniendo indicación con alto grado de recomendación cuando el TRT sea adecuado. Se recomienda el uso de SAMe–TT₂R₂

Condition/influencing factor	Points
Sex (female)	1
Age (<60 years)	1
Medical history (two of the following: hypertension, diabetes, MI, PAD, congestive heart failure, history of stroke, pulmonary disease, hepatic or renal disease)	1
Treatment (interacting medications e.g. amiodarone)	1
Tobacco use (within 2 years)	2
Race (non-Caucasian)	2

0-2 los pacientes se beneficiarían de AVK

> 2 los pacientes se beneficiarían de opciones alternativas AVK Ej.: NACO

Anticoagulación NACO

- Preferencia de los NACO sobre los AVK en fibrilación auricular sin valvulopatía.

	Dosis	Reducción tasa de ACV o embolia sistémica.	Otros
Apixabán	5 mg/12 H	21 % Vs walfarina 55% Vs AAS	
Dabigatrán	150mg/12H	35 % vs Walfarina	Sangrado GI aumento 50 %
Edoxabán	60 mg/24 H	21% Vs Walfarina	
Ribaroxabán	20mg/24 H	21 vs Walfarina	Aumento sangrado GI

Anticoagulación en ERC

- Se puede emplear con seguridad en pacientes con FA y ERC moderada o moderada-grave (tasa de filtrado glomerular [TFG] ≥ 15 ml/min).
- Monitorizar la función renal para ajustar dosis de ACO y redefinir el riesgo.

Control de frecuencia.

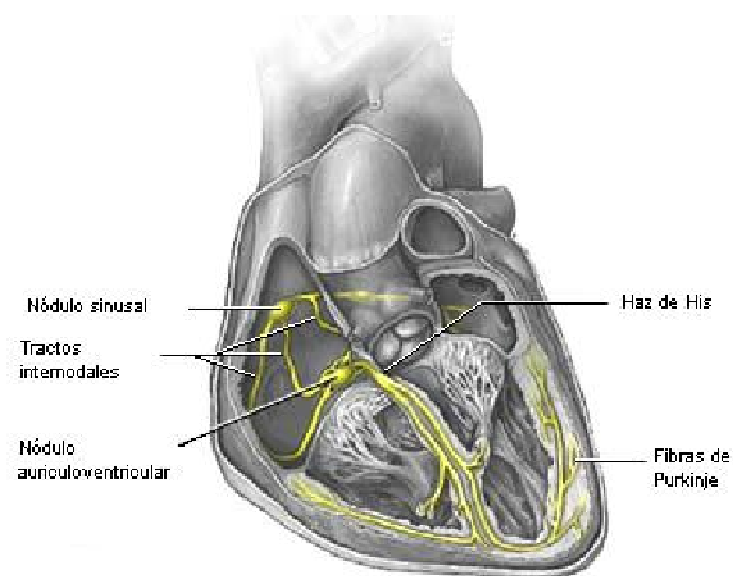
- Momento agudo:
 - Evaluar causas subyacentes.
 - Se recomienda uso de BB, verapamilo o diltiazem en lugar de digoxina.
 - Si fracción de eyección $< 40\%$: BB o digoxina, evitar verapamilo y diltiazem por efecto inotrópico negativo.
 - Estado crítico y FEVI muy deteriorada, FC muy elevada que pueda condicionar inestabilidad hemodinámica : amiodarona VI.

Continuación.

- Manejo a largo plazo:
 - BB son de primera elección.
 - Bloqueadores de canales del calcio: pueden mejorar síntomas relacionados con la arritmia.
 - Digoxina: un pequeño estudio demuestra que la combinación con carvedilol mejora la FE.
 - Amiodarona : ultimo recurso por efectos secundarios.
- Suele ser necesario terapia combinada para obtener $Fc < 110$ lpm.

Continuación

- La ablación del nódulo auriculoventricular junto a implante de marcapasos: en caso de fracaso control farmacológico.



Control del ritmo

- El beneficio se restringe a la mejoría de los síntomas.
- La ablación con catéter o TTo combinado suelen ser eficaces en fracaso con tratamiento antiarrítmico.
- Resultados neutros entre control de frecuencia con ACO Vs Control de ritmo.
- No hay cambios en indicación ni proceder habitual de cardioversión ante FA de reciente comienzo.
 - El vernakalant no aporta mejoría significativa en eficacia.
- Cuando se planifica la ablación con catéter de la FA, se debe considerar continuar la anticoagulación oral con un AVK (IIa B) o un NACO (IIa C) durante el procedimiento para mantener una anticoagulación efectiva.

Bibliografía.

- Agewall S, Camm J, Barón Esquivias G, Budts W, Carerj S, Casselman F, et al. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración con la EACTS. Rev Española Cardiol [Internet]. Elsevier; 2017 Jan 1 [cited 2017 Jan 16];70(1):50.e1–50.e84. disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/guia-esc-2016-sobre-el/articulo/90460483/>
- Arribas F, Arribas F, Roldán I, Luis Merino J, Roldán V, Arenal Á, et al. Comentarios a la guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular. Rev Española Cardiol [Internet]. Elsevier; 2017 Jan 1 [cited 2017 Feb 14];70(1):2–8. Disponible en : <http://www.revespcardiol.org/es/comentarios-guia-esc-2016-sobre/articulo/90460476/>