

Fibrilación atrial: Una visión panorámica

Dr. Mario Speranza S.

La fibrilación atrial (FA) es la disrritmia sostenida más común, con una prevalencia de 5% en pacientes mayores de 65 años, y es una importante causa de accidente vascular cerebral (AVC), alrededor del 5%, por año, de los pacientes que la padecen y no están anticoagulados, tendrán un episodio de AVC.

Aunque la primera responsabilidad del médico es controlar la frecuencia cardíaca, el tratamiento subsecuente debe involucrar una evaluación del riesgo de AVC y posibles medidas preventivas

La warfarina ha demostrado reducir el riesgo de AVC en los estudios de investigación y ocupa un lugar prominente en la terapia farmacológica de la FA²⁻⁴. Pero para obtener el máximo de esta terapia se deben seleccionar los pacientes de alto riesgo que más se benefician con su uso, y en este sentido, la edad mayor a 65 años, la disfunción sistólica ventricular izquierda concomitante y los antecedentes de hipertensión arterial sistémica, lo mismo que AVC previo o crisis isquémica transitoria, son los factores clínicos predictores de AVC, sobre todo si actúan en forma combinada. No se debe olvidar el recurso del ecocardiograma transesofágico en la estratificación de riesgo, que permite identificar la presencia de flujo lento denso en el atrio, trombos en la orejuela izquierda y placas de ateroma complicadas en aorta, los predictores de mayor riesgo⁵.

Las drogas antiarrítmicas utilizadas para mantener el ritmo sinusal ocupan la segunda línea del tratamiento y, de ser exitosas, ayudan a obviar las complicaciones con el uso de warfarina, evitan la dilatación progresiva de los atrios y el deterioro del miocardio por la elevada frecuencia cardíaca y mejoran al gasto cardíaco, por el restablecimiento de la sincronía atrioventricular, pero agregan otros riesgos, entre los más importantes las proarritmias y efectos tóxicos varios⁶⁻⁸.

Recientemente se han publicado los estudios AFFIRM⁹ en 4.060 pacientes y el RACE¹⁰ en 522 pacientes, que han tratado de contestar la pregunta de si es mejor la estrategia de control de ritmo (cardioversión eléctrica (CVE) y luego antiarrítmicos) o el control de la frecuencia cardíaca (tratamiento médico para tratar de controlar la frecuencia ventricular de la FA). Estos han tenido un profundo impacto en la opinión cardiológica mundial, al mostrar una mortalidad y una combinación de mortalidad y hospitalizaciones, comparable estadísticamente, pero tendientes a ser mayores en los grupos de control del ritmo.

Sin embargo, hay otros factores que conviene considerar para su adecuada interpretación: la mayoría de los pacientes incluidos habían tenido episodios previos de FA, o sea, se trataba de FA recurrente (RACE con FA recurrente posterior a una CVE previa), eran poco sintomáticos y se excluyeron los pacientes jóvenes sin factores de riesgo, por lo que las conclusiones no pueden extenderse a un primer episodio de FA, a la FA recurrente muy sintomática, ni a la FA aislada.

Otros aspectos importantes del estudio AFFIRM son que el 34.6% de los pacientes refieren control de frecuencia se encontraban en ritmo sinusal al final de los 5 años de seguimiento; el uso de betabloqueadores fue entre el doble y un tercio más común en los de control de

Editor en Jefe Revista
Costarricense de Cardiología
Médico Especialista en
Cardiología Hospital Clínica
Biblica

Referencias

frecuencia que en los de control de ritmo (sabiendo que los betabloqueantes tienen beneficios demostrados de mortalidad en todo el espectro de las enfermedades cardiovasculares), y el 72% de los AVC ocurrieron en pacientes que no se encontraban anticoagulados, o estaban en rangos subterapéuticos, en un grupo que, por tratarse de FA recurrente, con antecedentes de AVC previo, debería de haber estado bien anticoagulado con warfarina, crónicamente. Por todo ello, se considera que las conclusiones de estos estudios deben limitarse a los paciente en FA no valvular, de edad avanzada, con factores clínicos de riesgo tromboembólico, y que pueden ser tratados controlando la respuesta ventricular de la FA ⁵.

En la revisión del tema publicado en este número de *Acta Médica*, titulado *Fibrilación atrial: Nuevos conceptos*, el Dr. Gutiérrez L. y col. evalúan el problema desde sus orígenes, sin olvidar la importancia de los aspectos básicos en el abordaje inicial, dejan bien establecido el cuadro clínico diverso, aclaran de manera práctica el recurso diagnóstico clave del ecocardiograma doppler en sus variantes transtorácica y transesofágica, sus indicaciones, interpretación y limitaciones, con las drogas antiarritmias disponibles y su aplicación actual a la luz de los últimos estudios publicados, además de extenderse de manera apropiada en el uso de anticoagulantes y en los protocolos de cardioversión eléctrica y su eficacia a corto y largo plazos. Además, consecuentes con el título de la revisión de "nuevos conceptos" hacen una descripción sintética de diversas técnicas utilizadas para controlar esta disrritmia, cuando el tratamiento farmacológico es insuficiente y el paciente es de alto riesgo: la ablación focal con catéter de radiofrecuencia, el marcapaso atrial para la prevención o terminación de la FA, el defibrilador atrial implantable, la ablación del nodo atrioventricular y la colocación de marcapaso, procedimientos quirúrgicos de Maze y Batista.

En conclusión, tener una panorámica de la fibrilación atrial, permitirá al lector mejorar su comprensión y adecuar el manejo de este frecuente trastorno del ritmo cardíaco, a las expectativas y recursos actuales.

1. Greenberg M. et al. *Therapeutic Strategies for atrial fibrillation*. *Cardiology Clinics*, november 1996, volume 14, number 4: 623-640.
2. Gullov AL et al. Bleeding during warfarin and aspirin therapy in patients with atrial fibrillation. *Arch Intern Med*. 1999; 159:1322-1328.
3. Pengo V et al. Effectiveness of fixed minidose warfarin in the prevention of thromboembolism and vascular death in non-rheumatic atrial fibrillation. *Am J Cardiol* 1998; 82:433-437.
4. Helemans BSP et al. Primary prevention of arterial thromboembolism in non-rheumatic atrial fibrillation in primary care: randomised controlled trial comparing two intensities of coumarin with aspirin. *BMJ* 1999; 319:958-64.
5. Lanzoni A. Fibrilación atrial, ecocardiografía transesofágica y riesgo tromboembólico. *Rev Costarr Cardiol* 2003; 5-3:55-57.
6. Deedwania PC et al. CHF-STAT (Substudy). *Circulation* 1998; 98:2574-2579.
7. Roy D et al. Amiodarone to prevent recurrence of atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2000; 342:913-920.
8. Hohnloser SH et al. Rhythm or rate control in atrial fibrillation-Pharmacologic Intervention in Atrial Fibrillation (PIAF): a randomised trial. *Lancet* 2000; 356:1789-1794.
9. Wyse DG et al. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2002; 347:1825-33.
10. Van Gelder IC et al. A comparison of rate control and rhythm control in patients with recurrent persistent atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2002; 347:1834-40.