

Manejo de la Fibrilación Auricular no Reumática

Arsenio Gallardo López^a, Inmaculada Tejero Cabello^a

^a Cardiólogo. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

^b Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Albacete.

Correspondencia: Arsenio Gallardo López. Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Albacete. C/ Francisco Javier de Moya s/n, Albacete. Teléfono: 967597100.

Recibido el 25 de septiembre de 2006.

Aceptado para su publicación el 28 de septiembre de 2006.

RESUMEN

La Fibrilación Auricular (FA) es la arritmia cardiaca más frecuente en la práctica clínica. Su frecuencia aumenta con la edad y constituye un potente factor de riesgo independiente de accidente cerebrovascular isquémico. En la siguiente revisión se pretende clarificar el manejo de los pacientes con FA para aumentar la capacidad de resolución desde Atención Primaria y mejorar los indicadores de Profilaxis Tromboembólica (PTE).

Palabras clave. Fibrilación Auricular.

ABSTRACT

Not rheumatic atrial fibrillation management.

Atrial fibrillation is the more frequent earth arrhythmia in clinic practice. Its frequency increase by age and, in fact, it is a strong risk factor, independent of ischemic brain-vascular stroke. The objective of the above review is to make clear the management of patients with atrial fibrillation in order to increase resolution capability at primary care level and to improve thrombo-embolic prophylaxis ratios.

Key words. Atrial Fibrillation.

INTRODUCCIÓN

La Fibrilación Auricular (FA) es la arritmia cardiaca más frecuente en la práctica clínica. Su frecuencia aumenta con la edad y constituye un potente factor de riesgo independiente de accidente cerebrovascular isquémico (ACV), oscilando el riesgo atribuible entre el 1.5% para pacientes de entre 50 y 59 años y el 23.5% para los de 80 a 89 años¹.

Estudios clínicos prospectivos y aleatorizados realizados en pacientes con FA han demostrado que el riesgo de ACV disminuye con el empleo de la Anticoagulación Oral (ACO) y en menor medida con Acido Acetil Salicílico (AAS): AFASAK, BAATAF, SPAF I, II y III, y CAFA.

Las sociedades científicas, y en concreto la Sociedad Española de Cardiología, basándose en estos estudios ha realizado una serie de recomendaciones² para clarificar las indicaciones de profilaxis tromboembólica (PTE) en pacientes con FA permanente (Tabla 1). Sin embargo, varios estudios³⁻⁵ ponen de manifiesto que la PTE no llega a todos los casos en los que está claramente indicada.

DEFINICIÓN

La FA es una taquiarritmia supraventricular caracterizada por una actividad auricular descoordinada con el consiguiente deterioro de la función mecánica auricular. En el ECG se caracteriza por la ausencia de ondas P delante del complejo QRS, que son sustituidas por oscilaciones de la línea isoelectrica a lo largo de todo el ciclo cardiaco,

conocidas como ondas "f", las cuales varían constantemente de tamaño, orientación y duración, y se asocian a una frecuencia cardíaca ventricular irregular y con frecuencia rápida.

Desde el punto de vista hemodinámico la FA se caracteriza por la pérdida de la sístole auricular, irregularidad de la respuesta ventricular y frecuencia cardíaca inapropiada.

CLASIFICACIÓN SEGÚN MODO DE PRESENTACIÓN

- De Reciente comienzo o descubrimiento:
 - Primer episodio de FA sintomática.
 - Primera vez que se diagnostica una FA asintomática.

En ambos casos la evolución en el tiempo puede variar su clasificación. Puede ser autolimitada (paroxística) o persistente (permanente).
- FA Recurrente, caracterizada por episodios de FA intercalados con periodos de ritmo sinusal:
 - Paroxística: revierte espontáneamente.
 - Persistente: no revierte espontáneamente.
- Permanente, establecida o crónica: ritmo estable en FA.

CAUSAS Y AFECCIONES RELACIONADAS

Fa con cardiopatía

- Reversibles: la FA puede ser secundaria a una causa aguda reversible (FA que aparece en el contexto de un IAM, cirugía cardíaca, pericarditis, miocarditis).
- No reversibles:
 - Enfermedad valvular reumática, con mayor frecuencia mitral.
 - Enfermedad coronaria.
 - Hipertensión.
 - Otras menos frecuentes: Miocardiopatía hipertrófica (MCH), miocardiopatía dilatada, cardiopatías congénitas (CIA Adulto), miocardiopatías restrictivas, enfermedad del nodo sinusal, preexcitación, prolapso mitral, Calcificación del Anillo Mitral (CAM), cor pulmonale.

Fa sin cardiopatía

- Reversibles: hipertiroidismo, embolismo pulmonar, neumonía, enfermedad pulmonar aguda, ingesta etílica, etc. En todos estos casos el tratamiento del trastorno subyacente suele suponer la conclusión de la arritmia sin recidiva.

- No reversibles: hasta un 30% de los casos paroxísticos y un 20% de los casos persistentes de FA se dan en pacientes jóvenes sin cardiopatía.

En ancianos es más frecuente que la FA se asocie con cardiopatía, aunque el desarrollo de dicha cardiopatía en estos pacientes puede ser independiente de una FA previa.

CRITERIOS DE DERIVACION URGENTE

- FA en contexto de WPW.
- Mala tolerancia clínica (disnea significativa, síncope, dolor torácico, sensación de palpitación inaceptable para el paciente).
- Síndrome taquicardia-bradicardia.
- Paciente con posible indicación de cardioversión: en general en pacientes no seniles y/o sintomáticos y menos de 48 horas de evolución de la arritmia está permitido hacer cardioversión eléctrica (CVE) sin anticoagulación previa.
- FA que acontece en el contexto de otra enfermedad que de por sí indique derivación urgente.

ABORDAJE DEL PACIENTE CON FA NO REUMÁTICA

Para clarificar el manejo de estos pacientes haremos cuatro grupos con implicaciones terapéuticas diferentes:

1. Primer episodio de FA con independencia de la edad del paciente

Un primer episodio de FA que revierte espontáneamente o en urgencias, independientemente de la edad del paciente, es susceptible de estudio, pero en principio no precisa tratamiento específico ni PTE (salvo en situaciones de alto riesgo embólico).

2. Mayores de 75 años y FA permanente

El estudio inicial de estos pacientes se puede abordar en Atención Primaria ya que, salvo excepciones, van a ser pacientes subsidiarios de PTE y control de frecuencia ventricular, y rara vez nos vamos a plantear cardioversión, ya sea eléctrica o farmacológica, que justifique de entrada su derivación al nivel especializado. Tras el estudio inicial o a lo largo de la evolución se podrá derivar al cardiólogo a criterio de su médico de familia.

- La historia clínica y la exploración física se dirigen a:
- Buscar datos de cardiopatía o enfermedad-situación asociada, sospecha de arritmia secundaria o mal tolerada por: cardiopatía, neumopatía, hiper-

	EDAD	RECOMENDACIONES
CON FACTORES RIESGO	Cualquier edad	ACO
SIN FACTORES RIESGO	> 75	ACO
	65-75	AAS o ACO
	< 65	AAS o nada

Tabla 1. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cardiología² para el uso de profilaxis tromboembólica en pacientes con FA. ACC/AHA Practice Guidelines. Directrices para el tratamiento de los pacientes con fibrilación auricular. Edición en español 2002.

tiroidismo, intoxicación etílica, alteraciones hidro-electrolíticas.

- Buscar síntomas secundarios a la arritmia.
- Buscar otros factores de riesgo tromboembólicos (tabla 2).
- Descartar contraindicación de ACO.

Las exploraciones complementarias que deben realizarse son:

- ECG: diagnóstico de FA y de respuesta ventricular (descartar síndrome de preexcitación).
- Analítica básica que incluya hemograma, iones y TSH
- Ecocardiograma: es conveniente tener uno de referencia en todos los casos de FA permanente. Los hallazgos esperables por la edad o por la propia FA y que son equiparables a Eco normal de cara al manejo del paciente son:
 - Aurículas dilatadas.
 - HVI leve-moderada en paciente hipertenso.
 - Calcificación del anillo mitral (CAM) con o sin insuficiencia mitral ligera.
 - Engrosamiento de la válvula aórtica con insuficiencia Ao ligera.
 - Ligera dilatación de la raíz Ao (hasta 45 mm en ancianos).
 - Ligero aumento de presiones pulmonares (hasta 40-45 mmHg) por Doppler.
 Hallazgos distintos en el Eco justifican derivación al cardiólogo.
- Rx de tórax: en sospecha de cardiopatía o neumo-patía.

El tratamiento de la FA en ancianos tiene dos objetivos básicos:

- Profilaxis tromboembólica. Los ancianos son el grupo más susceptible de presentar un ACV: riesgo anual del 3.5% en mayores de 75 años sin otros factores de riesgo tromboembólicos asociados y del 8.1% si presentan factores de riesgo asociados, por lo que la PTE está indicada independientemente de la presencia o no de otros factores de riesgo asociados⁶.

- ACO: mantener INR entre 2 y 3; parece haber consenso en que a mayor edad se mantengan valores más cercanos a 2 que a 3, sin límite de edad, aunque en edades muy avanzadas se debe valorar individualmente según situación clínica del paciente.
- Antiagregación: contraindicación o rechazo por parte del paciente de ACO; usar al menos AAS a dosis de 300 mg/ día y si también está contraindicado usar clopidogrel.
- Control de la respuesta ventricular. Objetivo: frecuencia cardiaca en reposo de 80-90 lpm y no superar en esfuerzo 120-130 lpm. Si esta condición se diera espontáneamente indica cierto grado de bloqueo AV por lo que no se indicaría tto para este fin. Los fármacos recomendados son:
 - Primera elección: digoxina, betabloqueantes (atenolol, propanolol, metropolol, pindolol, bisoprolol) y antagonistas del calcio (diltiazem y verapamilo). La digoxina es el que peor controla la respuesta ventricular en el ejercicio por lo que debería ser la última opción.
 - La amiodarona, aunque tiene efecto cronotrópico negativo, no está recomendada de primera elección por los efectos secundarios potenciales.

Se debe elegir el fármaco según el perfil del paciente:

- Hipertensión asociada: betabloqueantes o antagonistas del calcio si no hay contraindicación.
- EPOC con HRB o claudicación intermitente: evitar betabloqueantes.
- La diabetes mellitus no es contraindicación de betabloqueantes.
- Cardiopatía Isquémica: betabloqueantes, verapamilo o diltiazem.
- Insuficiencia cardiaca descompensada: digoxina sola o asociada a diltiazem. Si hay datos de congestión pulmonar o sistémica hay que asociar diuréticos y optimizar tratamiento estándar. Evitar verapamilo mientras dure la descompensación. No iniciar betabloqueantes: si la insufi-

ciencia cardiaca no es por disfunción sistólica no habría problema en el tipo de fármaco; si es por disfunción sistólica una descompensación aguda no es el momento de iniciarlo, aunque a medio plazo estos enfermos deben de tomar betabloqueantes como el bisoprolol, carvedilol o metoprolol.

- Casos de difícil control:
 - Asociación: digoxina con betabloqueantes o bien digoxina con verapamilo o diltiacem (con precaución ya que aumentan los niveles de digoxinemia; se recomienda usar menores dosis de digital, por ejemplo, Lanacordin pediátrico^R 3 cc/ día. Digoxinemia de control si hay riesgo alto de intoxicación)
 - La incapacidad para el control de la respuesta ventricular sintomática es motivo de derivación, ya que pudiera precisar incluso ablación del nodo AV con implante de marcapasos.
 - Paciente con FA permanente con respuesta ventricular bien controlada que presenta aceleración de la frecuencia cardiaca sin haber abandonado el tratamiento: descartar proceso añadido intercurrente como infección, reagudización de EPOC, uso de fármacos beta2agonistas o descompensación de patología cardiológica de base. En estos casos el esfuerzo principal debe ir encaminado a tratar esta eventualidad.

3. Mayores de 75 años y FA recurrente

La recurrencia (FA paroxística) conlleva estudio y profilaxis tromboembólica igual que la permanente. A diferencia de la permanente, en el tratamiento antiarrítmico se podrá optar por:

- Ninguno si crisis poco frecuentes y/o bien toleradas.
- Fármacos para control de respuesta ventricular durante los episodios.
- Fármacos que intentan disminuir el no y duración de episodios: amiodarona, sotalol, flecainida y propafenona. Su uso e indicación, salvo quizá la amiodarona, justificaría la derivación a cardiología dado su difícil manejo.

4. Menores de 75 años con FA paroxística o permanente

Debe individualizarse cada caso en función de la edad y el perfil del paciente. En la mayoría de los casos sería conveniente la valoración por cardiólogo de referencia. En los casos de clara indicación de PTE, no demorarla e iniciarla desde AP. La recurrencia (FA paroxística) conlleva estudio y profilaxis tromboembólica igual que la permanente.

El tratamiento debe consistir en:

- Profilaxis tromboembólica:
 - Menores de 65 años sin otros factores de riesgo y sin cardiopatía: riesgo de ACV isquémico del 1% anual: valorar uso de AAS 300 mg/ día; si contraindicación usar clopidogrel.
 - Menores de 65 años en presencia de uno o más factores de riesgo: 8% riesgo anual de ACV isquémico: ACO.
 - Entre 65 y 75 años con factores de riesgo asociados: ACO.
 - Entre 65 y 75 años sin otros factores de riesgo asociados: individualizar teniendo en cuenta que a mayor edad más riesgo sobre todo en mujeres; como mínimo antiagregar.

En el caso de FA con presencia de algún otro factor de riesgo: ACO independientemente de la edad. Si se trata de FA aislada, sin otros FR para embolia:

- Menores de 65: riesgo anual de ACV isquémico 1.1; valorar AAS 300 mg/día; si contraindicado, clopidogrel.
- 65-75 años: individualizar cada caso teniendo en cuenta que a más edad más riesgo, sobre todo en mujeres; como mínimo antiagregar.
- Cardioversión: A valorar por cardiólogo de referencia.
- Control de respuesta ventricular: a la vez que se inicia ACO, se debe iniciar tratamiento para el control de respuesta ventricular atendiendo a los principios reflejados en mayores de 75 años.

En cuanto al seguimiento, este grupo, una vez valorado por cardiología, podrá seguir dos caminos:

FACTORES DE RIESGO PARA EMBOLIA (al menos uno de los siguientes):	RR
- Accidente cerebrovascular o AIT previo	2,5
- Hipertensión	1,6
- Insuficiencia cardiaca congestiva	1,4
- Edad avanzada(continua por década)	1,4
- Diabetes méllitus	1,4
- Enfermedad coronaria	1,5

Tabla 2. Factores de riesgo para embolia. RR: riesgo relativo.

ABSOLUTAS	RELATIVAS
Diátesis hemorrágica	Enfermedad hepática grave
Hemorragia activa	Enfermedad renal grave
Aneurisma intracerebral	Aneurisma de aorta
Hipertensión arterial grave no controlada	Trastorno de la marcha
Alergia a cumarínicos	Cirugía reciente del SNC u oftalmológica
	Alcoholismo
	Alteración del estado mental

Tabla 3. Contraindicaciones de la anticoagulación.

- Control en atención primaria: en aquellos casos en que ya se hayan tomado todas las decisiones específicas y no precisan cardioversión, ni seguimiento de cardiopatía de base, ni toman fármacos antiarrítmicos complejos.
- Control en cardiología: aquellos pacientes sometidos a cardioversión, uso de fármacos antiarrítmicos específicos, seguimiento de cardiopatía, difícil control de síntomas o cualquier otra condición a criterio de su médico de atención primaria o del propio cardiólogo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk for stroke: Framingham study. *Stroke* 1991; 22:983-8.
2. Heras M, Fernández A, Gómez JA, Iriarte JA, Lindon RM, Pérez F, et al. Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología. Recomendaciones para el uso del tratamiento anti-trombótico en cardiología. *Rev Esp Cardiol* 1999; 52:801-20.
3. Martín E, Salgado F, Sánchez A, Martos F, González JA, Fuentes T. Valoración del tratamiento antitrombótico en pacientes con fibrilación auricular crónica no valvular. *Atención Primaria* 1998; 22:172-5.
4. Albers GW, Yin JM, Belew KM, Brittar N, Hattemer CR, Philips BG. Status of antithrombotic therapy for patients with atrial fibrillation in university hospitals. *Arch Intern Med* 1996; 156:2311-6.
5. Pérez I, Melbourn A, Kalra L. Use of antithrombotic measures for stroke prevention in atrial fibrillation. *Heart* 1999; 82:570-4.
6. Laupacis A, Albers GW, Dalen JE, Dunn MI, Jacobson AK, Singer DE. Antithrombotic therapy in atrial fibrillation. *Chest* 1998; 114:579S-89S.