

En esta ocasión creemos pertinente hacer un comentario editorial acerca de los cambios más relevantes que se hicieron con respecto a las guías de fibrilación atrial, ya que esta es la arritmia más frecuente en la población adulta a nivel mundial. Los cambios realizados a las guías tienen el objetivo de hacer una unificación en cuanto al abordaje diagnóstico y el tratamiento de esta arritmia, así como enfatizar la necesidad de anticoagulación oral en la mayoría de los pacientes.

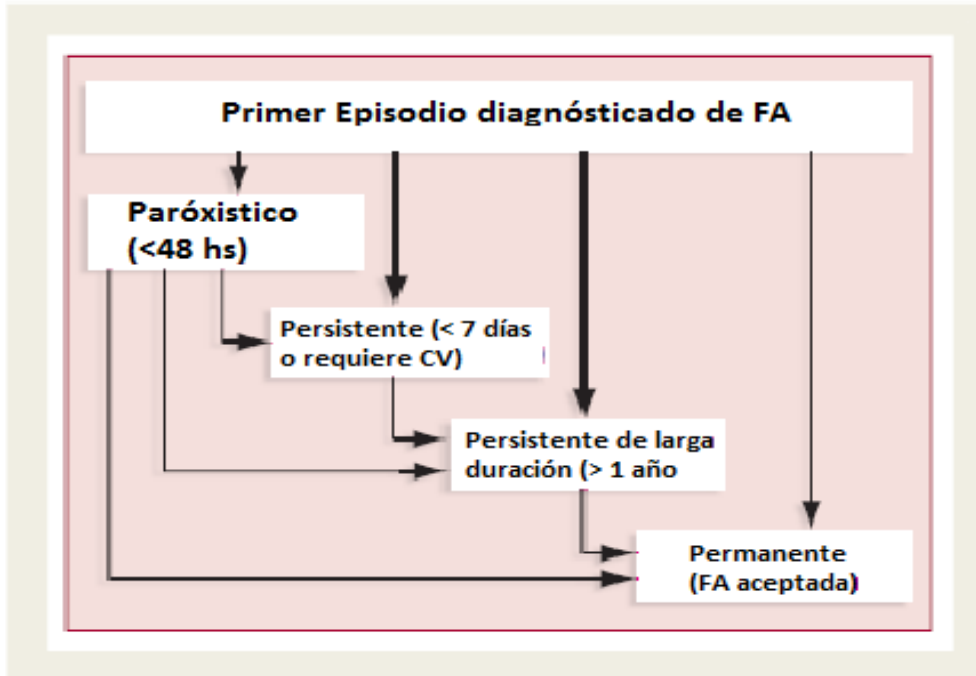
Actualización de las guías de fibrilación atrial

En las recientes guías de fibrilación atrial avaladas por la EHRA y la sociedad europea de cardiología se realizaron algunos cambios con respecto a las últimas guía de 2006, en resumen fueron los siguientes:

- 1) Modificación de la clasificación para FA
- 2) Se agregó una nueva clasificación de síntomas
- 3) Se modificó el riesgo CHADS por el CHA₂DS₂-VASc
- 4) Se agregó un puntaje para riesgo hemorrágico el HAS-BLED
- 5) Se realizó un diagrama de flujo para optimizar el tratamiento
- 6) Se incluyeron nuevos fármacos para cardioversión y para el tratamiento
- 7) Se incluyó la ablación por radiofrecuencia como 2^a línea de tratamiento

Modificación de la Clasificación

El objetivo de la modificación es para resaltar la posibilidad de intervención terapéutica, ya sea para cardioversión o para ablación, en aquellos pacientes con fibrilación atrial crónica. De aquí se divide a la fibrilación atrial permanente en aquella en la que se decide dejar en fibrilación atrial y no hacer alguna maniobra terapéutica para recuperar el ritmo sinusal, por lo que el tratamiento será exclusivamente para control de la frecuencia ventricular; y la otra división es la fibrilación atrial persistente de larga duración, en la cual se puede intentar alguna maniobra para recuperar el ritmo sinusal. La clasificación final es la siguiente:



Nueva Clasificación de síntomas

El objetivo de esta clasificación es estratificar la sintomatología del paciente de manera más objetiva para poder unificar los criterios acerca de la urgencia y la intensidad del tratamiento, así como en un futuro poder saber el beneficio del tratamiento de acuerdo a la modificación de la sintomatología .

Puntaje de síntomas asociados a FA de la EHRA

Clasificación de los síntomas relacionados con FA	
Clase EHRA	Explicación
EHRA I	"Asintomático"
EHRA II	Síntomas Leves. No se afecta la actividad diaria
EHRA III	Síntomas Severos. Se Afecta la actividad diaria
EHRA IV	Síntomas incapacitantes. Se interrumpe la actividad diaria.

FA= Fibrilación Atrial. EHRA= European Heart Rhythm Association

Modificación del riesgo tromboembólico:

La piedra angular en el tratamiento de la fibrilación atrial es la prevención del tromboembolismo, ya que este es una complicación frecuente, incapacitante y determinante de la sobrevida del paciente. Con la idea de hacer más claro el riesgo del paciente se incluyó una modificación en el ya conocido riesgo CHADS, tratando de dar certeza en aquellos puntos grises de la antigua clasificación, en conjunto con la modificación de los factores de riesgo. La finalidad en este apartado es resaltar la necesidad de anticoagulación oral en la mayoría de los pacientes que tienen factores de riesgo ya conocidos. La modificación es la siguiente:

- 1) **FACTORES DE RIESGO MAYORES** (antes llamados de alto riesgo):
Eventos tromboembólicos previos, Edad \geq 75 años, enfermedades valvulares o prótesis valvulares.
- 2) **FACTORES DE RIESGO NO MAYORES PERO CLÍNICAMENTE RELEVANTES** (antes referido como de riesgo moderado)
Insuficiencia Cardíaca, Diabetes, Hipertensión
- 3) **SIN FACTORES DE RIESGO**

Categoría de riesgo	Puntuación CHA ₂ DS ₂ VASc	Tratamiento recomendado
Sin factores de riesgo	0	Ácido acetilsalicílico 75-325 mg diarios o sin tratamiento antitrombótico (preferir no dar

		tratamiento antitrombótico)
Un factor de riesgo clínicamente relevante	1	Ácido acetilsalicílico 75-325 mg diarios o anticoagulantes orales (INR 2.0-3.0, meta 2.5)* (preferir anticoagulación oral)
Cualquier factor de riesgo mayor o ≥ 2 factores de riesgo clínicamente relevantes	≥ 2	Anticoagulantes Orales (INR 2.0-3.0, meta 2.5) [†]

Puntaje de riesgo hemorrágico HAS-BLED

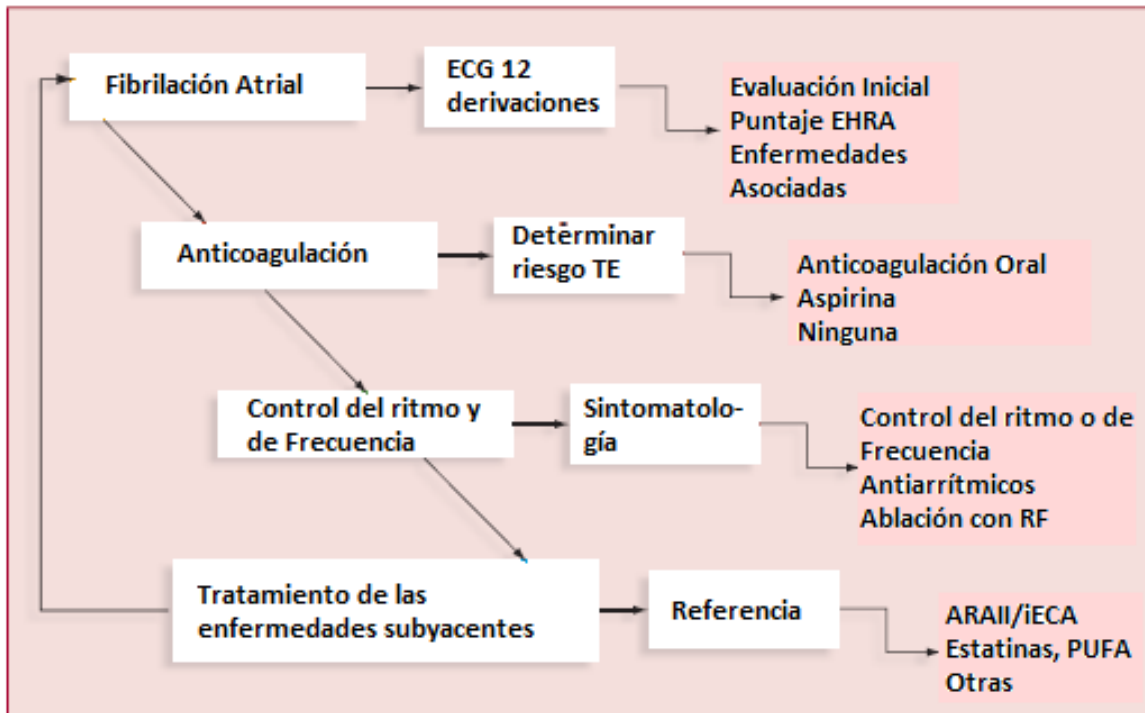
El objetivo de este apartado es que el médico tenga especial atención con el riesgo de sangrado en este grupo en particular, con vigilancia estrecha de los niveles de anticoagulación.

Letter	Clinical characteristic ^a	Points awarded
H	Hipertensión	1
A	Anormalidades en la función renal o hepática	1 o 2
S	Evento iSquémico	1
B	Sangrado	1
L	Labilidad en INR's	1
E	Edad (Mayor 65 años)	1
D	Drogas o Alcohol	1 o 2
		Máximo 9 puntos

Un puntaje ≥ 3 indica alto riesgo de sangrado, por lo que el paciente deberá tener vigilancia estrecha con cualquier tratamiento (antitrombótico o anticoagulante)

Diagrama de Flujo para optimizar el tratamiento

Este Diagrama tiene como objetivo recalcar los puntos primordiales para el tratamiento de la FA, poniendo en primer término la estratificación del riesgo y el uso de anticoagulación



Fármacos para eficaces para cardioversión

Se especifica una tabla con los fármacos más efectivos para cardioversión farmacológica incluyendo el recientemente aprobado Vernakalant, el cual fue aprobado y aceptado en estas guías ya que potencialmente sería el fármaco más eficaz, como lo ha demostrado en los ensayos clínicos que llevaron a su aprobación.

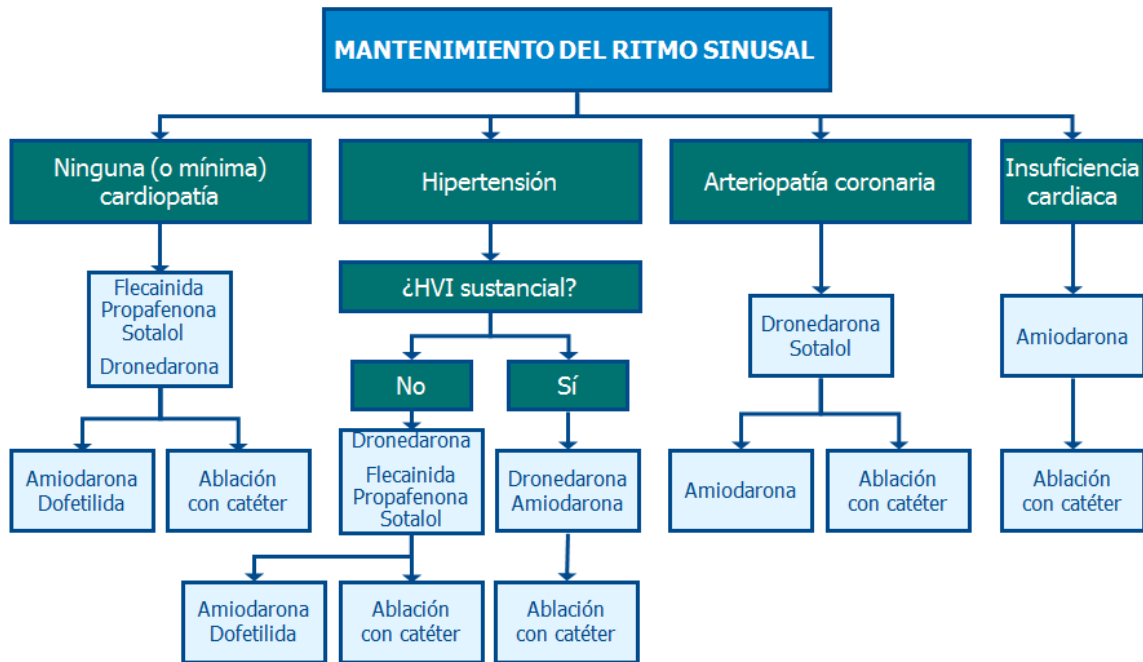
Fármacos y dosificación para FA de reciente inicio

Fármaco	Dosis	Mantenimiento	Riesgos
Amiodarona	5mg/kg IV en 1 hr	50 mg/hr	Flebitis, hipotensión. Retrasa la RVM
Flecainida	2 mg/kg IV en 10 min o 200-300 mg VO	N/A	No se debe administrar en pacientes con enfermedad cardíaca estructural o infartos previos. Puede aumentar la RVM y convertir un Flutter en 1:1. Prolonga el QT
Ibutilida	1 mg IV en 10 minutos	1mg IV en 10 min, después de esperar 10 min	Puede prolongar el QT y causar taquicardia helicoidal. Vigilar prolongación ondas T-U
Propafenona	2 mg/kg IV en 10 min o 400-600mg VO	N/A	No se debe administrar en pacientes con enfermedad cardíaca estructural o infartos previos. Puede aumentar la RVM y convertir un Flutter en 1:1. Prolonga el QT
Vernakalant	3 mg/Kg IV en 3 min	2 mg/kg IV en 10 min. Esperar 15 min.	Recientemente aprobada. Porcentaje de conversión muy alto

Flujograma de tratamiento para mantener el ritmo sinusal

En este diagrama se incluyó a la dronedarona como primera línea de tratamiento, lo cual ha sido cuestionado en diferentes foros, sin embargo hay que recordar que la indicación de este fármaco es solo para taquicardias supraventriculares que degeneren en fibrilación atrial, y que no está aprobado su uso en arritmias ventriculares, teniendo que tener mucho cuidado en la insuficiencia cardíaca y tener seguimiento del perfil hepático, debido a los recientes casos reportados de insuficiencia hepática aguda. Por otro lado se incluye a la ablación con radiofrecuencia como segunda línea de tratamiento, a la par de la amiodarona.

Tratamiento para mantener el ritmo sinusal



CONCLUSIONES

Estos son los cambios más relevantes que consideramos se hicieron en el manejo y tratamiento de la fibrilación atrial, según las nuevas guías de la sociedad europea, es importante que cada lector revise el texto en extenso. Consideramos también relevante actualizar las guías actuales del manejo y tratamiento de la FA según esta nueva revisión.