

¿Qué hacemos con la fibrilación auricular crónica?

JORGE GALPERIN

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida más frecuente en el adulto y en el paciente anoso, se asocia con un aumento significativo de la mortalidad y, por otra parte, puede producir embolia sistémica, reducir la capacidad funcional y la calidad de vida.

Frente a un paciente con FA crónica se debe establecer si se trata de una FA permanente (intentos previos de reversión no exitosos, recidivas múltiples de FA con tratamientos antiarrítmicos adecuados, FA de duración excesivamente prolongada con aurículas izquierdas mayores de 60 mm) o persistente. En la FA permanente se requiere tratamiento antitrombótico y control de la frecuencia ventricular. En el caso de la FA persistente se debe evaluar la posibilidad de:

- 1) Efectuar tratamiento antitrombótico y controlar la frecuencia ventricular, y
- 2) Revertirla a ritmo sinusal y luego mantener el ritmo sinusal en el largo plazo.

Múltiples estudios aleatorizados mostraron los beneficios del tratamiento anticoagulante, manteniendo la RIN entre 2,0 y 3,0 en los pacientes con FA crónica y alto riesgo de tromboembolia, así como los de la terapia antiagregante con aspirina en dosis de 325 mg diarios, en aquellos que no pueden ser anticoagulados o tienen bajo riesgo para tromboembolia. Estos resultados alentaron a la población médica a adoptar estas medidas terapéuticas de manera sistemática en estos pacientes. Sin embargo, esto no se logró en todos los casos ya que se pudo comprobar, a través de estudios efectuados en los Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, España y otros países, que un porcentaje significativo de profesionales no aplicaban en la práctica lo que dichos estudios indicaban en sus conclusiones como lo más conveniente.

Los criterios generalmente aceptados para considerar cuáles son los pacientes con FA crónica que tienen mayor riesgo de tromboembolia son: (1)

- Edad mayor de 75 años.
- Disfunción ventricular izquierda.
- Historia de hipertensión arterial.
- Accidente cerebrovascular, accidente isquémico transitorio o embolia sistémica previos.
- Enfermedad valvular mitral reumática.
- Prótesis valvular.

Estos pacientes deberían recibir tratamiento anticoagulante a menos que este contraindicado, en cuyo caso podría utilizarse tratamiento antiagregante.

En pacientes de 65 a 75 años sin otros factores de riesgo o en aquellos con diabetes o enfermedad coronaria sin disfunción ventricular izquierda, el riesgo de tromboembolia es menos seguro. Se recomienda anticoagulación si más de uno de estos criterios se encuentran presentes; en caso negativo se podrá optar por tratamiento anticoagulante o antiagregante de acuerdo con las situaciones individuales.

Los pacientes menores de 65 años con FA crónica sin enfermedad cardiovascular se consideran de bajo riesgo para tromboembolia y se indica tratamiento con aspirina mientras pueda ser recibida.

El meritorio estudio de los doctores Labadet y colaboradores (Área de Investigación SAC) (2) intentó establecer cuál era la actitud de los profesionales argentinos en el manejo de la FA crónica tanto en lo referente a la indicación de anticoagulación como al control farmacológico de la frecuencia cardíaca. Los autores comprobaron que más del 40% de nuestros profesionales no indican anticoagulación en pacientes que podrían beneficiarse con ella de acuerdo con los estudios mencionados y comprobaron, además, que solo el 20% de aquellos que habían desarrollado eventos tromboembólicos se encontraban anticoagulados.

La edad avanzada del paciente con FA crónica es uno de los factores que influyen significativamente en el temor o reservas, por parte del médico, para indicar la anticoagulación, por la posibilidad de accidentes hemorrágicos. Cabe señalar que diversos trabajos mostraron en pacientes mayores de 80 años un claro beneficio con la anticoagulación en la reducción de los fenómenos tromboembólicos en relación con la cantidad de accidentes hemorrágicos.

Un hecho importante que surge del estudio es que cuando los pacientes eran tratados por cardiólogos, el porcentaje de tratamientos correctos mejoraba significativamente.

En este relevamiento realizado por el doctor Labadet y colaboradores llama la atención la gran cantidad de pacientes portadores de patologías con clara indicación de anticoagulación, como insuficiencia cardíaca, miocardiopatía dilatada, embolia pre-

via, hipertension arterial y aun valvulopatias, que no recibian tratamiento anticoagulante.

Es importante destacar que en los pacientes anticoagulados los valores de la RIN estaban dentro de los limites recomendados. Esto habla bien de los centros de control de la anticoagulacion. En estudios similares efectuados en otros paises los valores de la RIN distaban de los recomendados en porcentajes significativos.

El aleteo auricular se vio en cerca de un 10% de la poblacion relevada y el manejo de la anticoagulacion fue similar al observado en la FA cronica. Es importante tener en cuenta que el aleteo auricular ofrece la posibilidad de efectuar ablacion por radiofrecuencia y que, si es exitosa, se puede obviar el tratamiento *anticoagulante* y antiarritmico posterior.

En relacion con el manejo farmacologico de la frecuencia cardiaca, las drogas mas utilizadas en la mayoría de los centros del mundo y en orden de frecuencia son los betabloqueantes, los antagonistas calcicos (diltiazem o verapamilo) y la digoxina, esta ultima especialmente en pacientes con insuficiencia cardiaca y en los que no desarrollan mayor actividad fisica, o asociada con alguna de las dos anteriores. La amiodarona se utiliza como droga de segunda eleccion con este objetivo. Sin embargo, llama la atencion en este estudio la alta tasa de utilizacion de la amiodarona por los profesionales argentinos. Desafortunadamente, por los datos recabados no es posible establecer si la amiodarona se utiliza en forma tan frecuente con la intencion de lograr la cardioversion farmacologica o simplemente para regular la frecuencia cardiaca o eventualmente tratar una arritmia ventricular concomitante.

Tampoco tenemos informacion, en este trabajo, sobre la frecuencia de utilizacion de ablacion por radiofrecuencia en el control no farmacologico de la frecuencia cardiaca en la FA cronica.

El analisis de la utilizacion inadecuada de la dosis de aspirina requiere un comentario adicional: es una medicacion de muy facil implementacion pero deja de aportar beneficio cuando la dosis es inadecuada. La dosis de aspirina utilizada en la cardiopatia isquemica no es igual a las usadas en la prevencion de tromboembolia en la FA cronica.

El porcentaje de cardioversion electrica referido en el trabajo es bajo (5%) y no se puede establecer si existio algun *intento* de reversion farmacologica.

Es probable que muchos pacientes de este estudio tuvieran una FA persistente ya que se incluyen pacientes que tenian FA cronica de mas de 3 meses de evolucion y en ese caso se puede intentar la reversion farmacologica o electrica. Es practica frecuente efectuar la cardioversion electrica y luego agregar medicacion antiarritmica para el mantenimiento del ritmo sinusal. (3)

Otra posibilidad es intentar la reversion farmacologica de la arritmia. Tanto en uno como en otro caso se debe anticoagular al paciente durante 3 semanas antes de intentar la reversion y continuar la anticoagulacion durante por lo menos 4 semanas despues de efectuada la cardioversion farmacologica o electrica.

La cardioversion farmacologica se puede efectuar con drogas de clase I o III.

La ventaja de intentar la cardioversion farmacologica, si lo hacemos, por ejemplo, con amiodarona, reside en que sin necesidad de internacion y luego de una dosis de 600 mg diarios por via oral durante 4 semanas puede obtenerse la reversion en mas del 50% de los pacientes con una FA de menos de un ano de duracion y una probabilidad mayor aun si se trata de pacientes sin valvulopatia. Esta conducta tiene la ventaja adicional de facilitar la cardioversion electrica de aquellos que recibiendo amiodarona no hubieran revertido. Por otra parte, luego de la reversion, y con una dosis menor, se evitan las recurrencias precoces que suelen ocurrir frecuentemente en los que no estan medicados con drogas antiarritmicas. Posteriormente, con dosis bajas (200 mg diarios) es factible mantener el ritmo sinusal en el largo plazo en alrededor del 70% de los pacientes con FA de menos de un ano de duracion. (4-6) Cabe senalar la muy baja probabilidad de recidiva en los pacientes que revirtieron farmacologicamente.

En los pacientes sin cardiopatia estructural se pueden utilizar tanto drogas de la clase Ic (flecainida o propafenona), como drogas de la clase III (sotalol o amiodarona). En pacientes con cardiopatia estructural se debe utilizar amiodarona o sotalol. Esta ultima demostro que tiene menos posibilidades que la amiodarona de revertir la FA a ritmo sinusal y de mantenerlo.

El tomar la decision de intentar o no la reversion de los pacientes *con* FA cronica *aim* es un tema controvertido. Prueba de ello es que el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos (NIH) inicio el estudio AFFIRM, que tratara de establecer los riesgos y beneficios de dos modalidades terapeuticas en la FA cronica: anticoagulacion y control de la frecuencia cardiaca *versus* reversion y mantenimiento del ritmo sinusal. Se estima que finalizara en el ano 2002.

La FA a veces es una patologia conflictiva, ya que se deben tomar decisiones respecto de la conveniencia de reversion o no, la eleccion de tratamiento antitrombotico, la utilizacion de drogas para el manejo adecuado de la frecuencia cardiaca y, eventualmente, la utilizacion de nuevas tecnicas de tratamiento no farmacologico. En consecuencia, no sorprende ver que muchas veces el manejo de esta patologia por el medico clinico no es el mas conveniente.

La dificultad en relacion con el tratamiento anti-

trombótico es similar cuando se compara nuestro país con los otros ya mencionados. Ello muestra que las dificultades son las mismas en otros territorios. Obviamente, esto no debe inhibirnos para intentar mejorar lo nuestro.

Es un deber de mi parte destacar la importancia de este trabajo, ya que brinda información sobre las dificultades o falencias que se presentan en nuestro medio en el manejo adecuado de esta arritmia; gracias a los datos aportados por el estudio vemos que es necesario redoblar los esfuerzos para la formación y actualización profesional.

Aunque el cardiólogo tuvo un manejo mucho mejor que el clínico, el porcentaje de cardiólogos que no actuaron correctamente fue muy significativo. Es de vital importancia dedicar el tiempo necesario en la consulta para explicarles a los pacientes estos tratamientos un tanto complicados y aclarar sus riesgos y beneficios.

BIBLIOGRAFIA

1. Albers G, Dalen J, Laupacis A y col. Antithrombotic therapy in atrial fibrillation. *Chest* 2001; 119 (Suppl): 194S-206S.
2. Labadet C, Liniado G, Molina Viamonte V y col. Resultados del primer estudio nacional, multicéntrico y prospectivo de fibrilación auricular crónica en la República Argentina. *Rev Argent Cardiol* 2001; 69: 49-67.
3. Prystowsky F. Management of atrial fibrillation, therapeutic options and clinical decisions. *Am J Cardiol* 2000; 85: 3D-11D.
4. Roy D, Talajic M, Dorian P y col. Amiodarone to prevent recurrence of atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2000; 342: 913-920.
5. Galperfn J, Torres Molina R, Elizari M y col. Amiodarone in chronic atrial fibrillation. A controlled, double blind study for its reversion and maintenance of normal sinus rhythm. *J Am Coll Cardiol* 2000; 35 (Suppl A): 118.
6. Galperfn J, Elizari M, Chiale P y col. Pharmacologic reversion of chronic atrial fibrillation with amiodarone predicts long-term maintenance of sinus rhythm. *Eur Heart J* 2000; 21 (Suppl): 327 (abstract).