

NUEVAS GUÍAS AHA/ACC/ACCP/HRS DE FA: LA PREVENCIÓN PRIMARIA GANA PESO

Autores: GRUPO CARPRIMARIA

Fecha de publicación: 04/12/2023

Patología: FA y otras arritmias / Categoría: Novedades

Tiempo de lectura: 5 minutos



*Este post incluye opiniones de su autor. Las partes del texto subrayadas contienen **enlaces** a la evidencia científica en la que se sustenta.*

Se acaban de [actualizar las guías de fibrilación auricular](#) (FA) del **Colegio Americano de Cardiología (ACC)**, la **Asociación Americana del Corazón (AHA)**, el **Colegio Americano de Médicos Torácicos (ACCP)** y la **Sociedad del Ritmo del Corazón (HRS)**.

El [nuevo documento](#) plantea un abordaje multidisciplinar, resultante de un enfoque más global.

Igualmente, recalca la importancia de individualizar las terapias y consensuar con el paciente.

CLASIFICACIÓN EN ETAPAS

Los americanos, como hicieron con la [clasificación de la insuficiencia cardiaca](#) (IC), nos presentan en este documento una nueva clasificación en etapas para la FA.

Consideran la FA como un continuo, que va desde la prevención primaria hasta las fases de enfermedad establecida.

- Etapa 1: En riesgo de FA. Se refiere a aquellos pacientes con presencia de factores de riesgo relacionados con la arritmia.

- Etapa 2: Pre-FA. Se refiere a aquellos pacientes con alteraciones estructurales y/o eléctricas que predisponen al desarrollo de la arritmia, como la dilatación auricular, la ectopia auricular frecuentes, episodios breves de arritmias auriculares, el flutter auricular, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad valvular, la enfermedad coronaria, la miocardiopatía hipertrófica, la enfermedad neuromuscular o la enfermedad tiroidea.
- Etapa 3: [FA](#). Se refiere a aquellos pacientes que ya han desarrollado la FA, en cualquiera de sus formas, excepto la permanente. También se incluyen a los pacientes tratados de forma exitosa por medio de la ablación de la FA. Esta etapa se subdivide en 3A, FA paroxística; 3B, FA persistente (*FA continua que se mantiene > 7 días*); 3C, FA de larga *evolución* (*FA continua que se mantiene > 12 meses*) y 3D, FA ablacionada con éxito.
- Etapa 4: FA permanente. Se refiere a aquellos pacientes a los que se les perpetua la FA, bien por decisión médica o por fracaso de los tratamientos.

LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN: ESTILO DE VIDA CARDIOSALUDABLE Y CONTROL DE FACTORES DE RIESGO

Al igual que en la IC, el documento hace mucho hincapié en la prevención, recomendando una vida cardiosaludable mediante la modificación del estilo de vida y de los factores de riesgo relacionados con la FA.

Recomiendan:

- Manejo de la Obesidad.
- Manejo del Síndrome de Apneas del Sueño.
- Reducción del peso.
- Ejercicio físico regular.
- Abandono del consumo de tabaco.
- Moderación del consumo de alcohol.
- Control de comorbilidades como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus.

El documento descarta el café como inductor de la arritmia, basándose en la última evidencia.

¿Y SI TENGO FA? LA ABLACIÓN SE SITUA COMO PRIMERA LÍNEA TERAPÉUTICA

El documento recomienda tratar la FA **cuanto más pronto mejor**.

[Se recomienda la estrategia de control del ritmo](#) y reducir la carga de la FA (*duración y episodios de FA*) mediante el abordaje temprano de la arritmia. Por ello, recomiendan la [ablación con catéter](#) como terapia de primera línea (*para aquellos pacientes que cumplan criterios que permitan anticipar resultados favorables*).

Además, la ablación también se recomienda como primera línea terapéutica en el manejo de los pacientes con IC y fracción de eyección del ventrículo izquierdo reducida.

¿Y CÓMO QUEDA EL TEMA DE LA ANTICOAGULACIÓN?

Sin cambios relevantes. Recomiendan continuar con el sistema de estimación del riesgo embólico **CHA2DS2VASc**, pero recomiendan flexibilizar la estimación utilizando otras calculadoras cuando sea necesario, como en el caso de la insuficiencia renal crónica.

Los [anticoagulantes orales directos](#) siguen siendo la primera opción en la mayoría de los casos. Para aquellos pacientes con $CHA2DS2VASc \geq 2$ y contraindicación de anticoagulación a largo plazo, se recomiendan los dispositivos de [cierre percutáneo de la orejuela izquierda](#), con un nivel de recomendación 2a (*recomendación moderada, se considera más beneficio que riesgo*). También se pueden plantear en aquellos pacientes con riesgo $CHA2DS2VASc \geq 2$ y alto riesgo de sangrado con anticoagulación oral, siempre en consenso con el paciente, pero con un nivel de recomendación 2b (*recomendación débil, se considera que el beneficio superaría discretamente al riesgo*).

Para los pacientes con un riesgo estimado embólico 1-2% (*CHA2DS2VASc 2 en mujeres y 1 en varones*), recomiendan la anticoagulación, pero con menos evidencia científica, y siempre en consenso con el paciente (*como se hacía hasta ahora, por tanto, sin cambios*).

En este grupo de pacientes, recomiendan valorar otros factores (*la carga de fibrilación auricular, la hipertensión arterial, sexo...*) para la predicción del riesgo embólico y “apuntalar” mejor la indicación de anticoagulación.

NO INFRAVALORES LA FA DURANTE UNA ENFERMEDAD O PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

El documento incide en el riesgo de nuevos episodios de FA en pacientes con un primer episodio relacionado con una enfermedad o una intervención quirúrgica.

CON TANTA TECNOLOGÍA, ¿QUÉ PAPEL TIENEN LOS WEARABLES?

Los dispositivos implantados y los wearables pueden identificar episodios de arritmias auriculares rápidas, que deben ser validadas por los profesionales sanitarios para considerarlas como FA subclínica. Posteriormente se debe buscar el diagnóstico de la [FA clínica](#), para toma de decisiones.

No obstante, el documento recomienda anticoagular con FA subclínica (*tema controvertido y con una evidencia menos fuerte*), siempre individualizando y en consenso con el paciente:

- A los pacientes $CHA2DS2VASc \geq 2$ con FA subclínica como episodio de arritmia auricular de alta frecuencia con duración ≥ 24 horas. Nivel de recomendación

moderado (*más beneficio que riesgo*), basado en evidencia científica no randomizada.

- A los pacientes CHA₂DS₂VASc ≥ 3 con FA subclínica como episodio de arritmia auricular de alta frecuencia con duración ≥ 5 minutos e < 24 horas. Nivel de recomendación débil (*el beneficio parece superar discretamente al riesgo*), basado en evidencia científica no randomizada.
- Para los pacientes con registros de FA subclínico < 5 minutos, no se recomienda la anticoagulación. En estos casos, la toma de decisiones depende del establecimiento del diagnóstico de FA clínica.

LOS TÉRMINOS OBSOLETOS

Nos vuelven a recordar que términos están vigentes a la hora de valorar a nuestros pacientes con FA, y que términos están obsoletos.

Igualmente nos recuerdan que la antiagregación plaquetaria no es el tratamiento indicado para los pacientes con riesgo embólico, puesto que la terapia es la anticoagulación. La antiagregación presenta riesgos de sangrado similares a la anticoagulación y menor protección frente al embolismo.



Ilustración 1. Clasificación de la FA en etapas de las nuevas guías americanas de FA. Adaptado CARPRIMARIA.

REFERENCIAS

[Circulation. 2023. Free Access](#)

[JACC Journals. Free Access.](#)

OTROS ARTÍCULOS DE INTERÉS

[Novedades de las nuevas guías de IC AHA/ACC/HFSA](#)

[Tipo de fibrilación auricular según el patrón temporal](#)

[¿Ablación temprana de venas pulmonares en vez de tratamiento antiarrítmico en FA?](#)

[¿Qué términos y conceptos debo conocer y cuáles debo dejar de usar en fibrilación auricular?](#)

[¿Cómo se deben tomar los anticoagulantes orales directos?](#)

[Diagnóstico de la FA clínica](#)

[Video: ¿Control del ritmo o de la frecuencia cardiaca?](#)

[Video: Cierre de orejuela izquierda](#)