

NUEVAS GUÍAS DE FIBRILACIÓN AURICULAR DE LA SEC. RESUMEN DE LAS NOVEDADES MÁS RELEVANTES PARA NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA

Autor: Marcos García Aguado (Cardiólogo en el Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda, Madrid)

Fecha de publicación: 26/09/2024

Patología: FA y otras arritmias / Categoría: Novedades

Tiempo de lectura: 4 minutos



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

“Las nuevas guías dejan claro que la FA no es un arritmia sin más, sino una enfermedad compleja que requiere un abordaje holístico y multidisciplinar”

En el [Congreso Europeo de Cardiología](#) celebrado en **Londres (Reino Unido, Europa)** a finales de agosto de 2024 se presentaron 4 guías de práctica clínica de la **Sociedad Europea de Cardiología**, entre ellas, las de [fibrilación auricular \(FA\)](#). Estas guías actualizan las presentadas en 2020. Cuentan con la colaboración de la **Asociación Europea de Cirugía Cardiorrástica** y de la **Asociación Europea del Ritmo**. La **Organización Europea del Accidente Cerebrovascular** ha colaborado. El documento está disponible en la [European Heart Journal](#).

Al igual que las [guías de hipertensión arterial](#), las de FA presentan puntos convergentes con las americanas (**AHA/ACC**) y busca la simplificación, facilitando así una mejor aplicación a nuestra práctica clínica.

Resumimos las novedades más relevantes para nuestra práctica clínica:

DIAGNÓSTICO “*Todo paciente con FA debe estudiarse con un ecocardiograma*”

- El diagnóstico de la FA **clínica** precisa de un electrocardiograma de superficie (12 derivaciones o menos, incluida una **sola derivación**). El tiempo de registro requerido para diagnosticar la FA no está claro debido a la falta de evidencia científica.
- No se puede diagnosticar la FA con dispositivos que utilicen la fotopletomografía (*técnica no invasiva que consigue medir la frecuencia cardíaca mediante fotodiodos y leds verdes*) para la detección del ritmo, ni los dispositivos wearable sin función electrocardiogramas homologada.
- Se recomienda el screening poblacional en **≥ 75 años** mediante la realización de monitorización **prolongada** no invasiva del ECG, al igual que en la población **≥ 65 años** con factores de riesgo cardioembólicos.
- Todos los pacientes con diagnóstico de FA deben evaluarse por **ecocardiografía** (*nos dará datos importantes sobre etiologías, auriculopatía...*)

COMORBILIDADES “*Nuevo acrónimo para la vía de abordaje de la FA: AF-CARE. Se pretende hacer un énfasis especial al diagnóstico y tratamiento de los factores de riesgo/comorbilidades como primer paso, fundamental en el tratamiento de la FA*”

- Uno de los puntos más relevantes es el manejo de las **comorbilidades/factores de riesgo** causantes de la aparición de la FA y responsables de su recurrencia, principalmente de la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la obesidad, la insuficiencia cardíaca, el alcohol y el sedentarismo (*también se incluye el síndrome de apneas obstructivas del sueño, cuyo diagnóstico no debe fundamentarse exclusivamente en cuestionarios clínicos. Las guías reconocen que la evidencia científica para el síndrome de apneas obstructivas del sueño en FA es escasa, por tanto, se le asigna un nivel de recomendación bajo*). Su detección y tratamiento sin dilación con cumplimiento de objetivos estrictos se establecen como un pilar fundamental para el manejo exitoso de la arritmia (*máximo nivel de recomendación*). Se refuerza esta estrategia de abordaje con el nuevo acrónimo **AF-CARE**:
AF: fibrilación auricular
C: gestión de la comorbilidad/factores de riesgo
A: prevención del accidente tromboembólico
R: reducción de los síntomas mediante la estrategia de control del ritmo o de la frecuencia
E: evaluación y reevaluación de la enfermedad.

- Se recomienda la atención multidisciplinaria, es decir, de nuevo hablamos de trabajo en equipo, decisiones compartidas y por supuesto, de la continuidad asistencia y la atención primaria.
- En pacientes con [obesidad](#) se recomienda reducción de peso con un objetivo de $\geq 10\%$, para la reducción de la carga de FA y de los síntomas, con el máximo nivel de recomendación (*I, evidencia B*). La cirugía bariátrica asociada a fármacos específicos y cambios de estilo de vida se recomienda en pacientes con un índice de masa corporal ≥ 40 kg/m², siempre que se **plantee** una estrategia de control del ritmo.
- El ejercicio físico adaptado se recomienda para reducir la recurrencia de FA, con el máximo nivel de recomendación (*I, evidencia B*).
- Se recomienda una reducción de la ingesta [alcohólica](#) a un máximo de 30 gramos semanales, con el máximo nivel de recomendación (*I, evidencia B*).
- Se recomienda **metformina** o los **iSGLT2** en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 para prevenir la FA.
- Se recomiendan **IECAs/ARA II** en pacientes con HTA para prevenir la FA.
- Se recomiendan los **iSGLT2** en pacientes con IC y FA, independientemente de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (*FEVi*) y la glucemia, para reducir la mortalidad cardiovascular y hospitalizaciones.

RIESGO CARDIOEMBÓLICO “Por fin se simplifica la práctica clínica excluyendo el sexo como variable de puntuación en el score de estimación de riesgo cardioembólico. Ahora no se aplica el CHA2DS2-VASc, sino el CHA2DS2-VA”

- Se simplifica el sistema de puntuación de riesgo cardioembólico, excluyendo el sexo como factor de riesgo (*factor dependiente de la edad y que excluía la diversidad, debido a que no tenía en cuenta a los pacientes transgénero, no binarios y sometidos a terapias con hormonas sexuales*). Para ello se elimina el score **CHA2DS2-VASc** y se propone el nuevo score **CHA2DS2-VA** (*sin el factor sexo*). Con el nuevo score, los pacientes puntuación ≥ 2 (*elevado riesgo cardioembólico*) deben anticoagularse, y en aquellos con ≥ 1 debe considerarse la anticoagulación mediante la toma de decisiones compartida.
- Se recuerda que los pacientes con [amiloidosis cardiaca](#) o [miocardiopatía hipertrófica](#) con FA **deben** anticoagularse, **sin aplicar el CHA2DS2-VA**.
- Se prioriza la prevención del evento cardioembólico, sin olvidarnos de la identificación y corrección/tratamiento de todos los factores de riesgo hemorrágico modificables.
- Se recuerda que los sistemas de puntuación de riesgo son una aproximación al riesgo real, pero no sustituyen el criterio médico, que debe prevalecer.

ANTICOAGULANTES “La evidencia científica a favor de los anticoagulantes orales directos es abrumadora, pero en práctica clínica se infradosifican, por lo que las nuevas guías recomiendan utilizarlos a dosis plenas, excepto en aquellos casos que cumplan los criterios para dosis bajas”

- Los **anticoagulantes orales directos son la primera elección** en todos los pacientes con FA e indicación de anticoagulación, excepto en aquellos con estenosis mitral o válvula mecánica, donde se contraindica su uso, siendo los **anticoagulantes antivitaminas K** la opción adecuada.
- Se recomienda considerar la anticoagulación en los pacientes con **FA subclínica asintomática detectada por dispositivos** siempre que el riesgo tromboembólico sea elevado, aunque la evidencia que lo sustenta es escasa, por lo que se le asigna un bajo nivel de recomendación (*IIb, evidencia B*).
- La FA **inducida** (*por ejemplo, la secundaria a cirugía cardíaca o no cardíaca*) requiere anticoagulación oral crónica siempre que el paciente presente un riesgo tromboembólico elevado (*aunque disponemos de poca evidencia al respecto, sobre todo en la inducida por causas distintas a una cirugía*).
- No se recomienda la anticoagulación en pacientes con un accidente cardioembólico de causa desconocida.
- El **flutter** auricular se anticoagula como la FA, por tanto, en aquellos pacientes con un riesgo cardioembólico elevado.
- La utilización inadecuada de las dosis bajas de anticoagulantes orales directos está generando un aumento de eventos cardioembólicos que podrían haberse evitado. Por ello, las nuevas guías recomiendan utilizar las dosis plenas recomendadas, **contraindicando el uso de dosis reducidas, salvo en aquellos casos que cumplan los criterios específicos.**
- **En pacientes anticoagulados con recurrencias cardioembólicas no se recomienda el cambio de un anticoagulante directo por otro o por un vitamina K, salvo clara justificación.**
- Los pacientes con **contraindicación** de tratamiento anticoagulante oral que requieren profilaxis cardioembólica pueden ser candidatos al **cierre de orejuela endoscópica**, con un bajo nivel de recomendación (*IIb C*) debido a la escasa evidencia científica.
- Los pacientes con cierre **quirúrgico** de la orejuela izquierda realizada durante una cirugía cardíaca deben continuar con el tratamiento anticoagulante.
- Se pueden emplear antídotos específicos de anticoagulantes orales directos si el paciente presenta una hemorragia con riesgo vital.
- Se puede **mantener el tratamiento con vitamina K** a aquellos **pacientes ≥ 75 años polimedicados** que control adecuado de su INR.
- En la cardioversión se deben utilizar los anticoagulantes orales directos frente a los vitamina K (*salvo contraindicación*).

ANTIAGREGACIÓN “No se debe combinar el tratamiento antiagregante con el anticoagulante, salvo en los casos de revascularización coronaria reciente < 12 meses”

- Para reducir los eventos cardioembólicos no se debe asociar el tratamiento **antiagregante** con el anticoagulante. En los pacientes anticoagulados con indicación antiagregante por evento coronario agudo revascularizado, se debe evitar prolongar el tratamiento antiagregante más allá de los 12 meses.

ABLACIÓN DE VENAS PULMONARES “Primera línea terapéutica en pacientes con FA paroxística”

- La ablación de venas pulmonares se establece como **primera línea terapéutica** con el máximo nivel de recomendación (*IA*) para los pacientes con FA paroxística siempre que nuestro objetivo sea la reducción de los síntomas y la recurrencia/progresión.
- La ablación de venas pulmonares puede considerarse en los pacientes con FA paroxística/persistente refractaria al tratamiento farmacológico (*IIbB para paroxística, IIaA para persistente*), previa discusión en un **HeartTeam** (es decir, el equipo cirugía/cardiología/otras especialidades de toda la vida).
- Para realizar una ablación percutánea de venas pulmonares **NO** se debe suprimir el **tratamiento anticoagulante**.
- Los pacientes con indicación de anticoagulación sometidos a una ablación de venas pulmonares (con o sin exclusión de la orejuela izquierda) **DEBEN** continuar con el tratamiento anticoagulante.

SEGUIMIENTO “Los pacientes con FA requieren revisiones periódicas”

- Los pacientes deben ser reevaluados de forma periódica, actualizando las comorbilidades/factores de riesgo modificables, el riesgo cardioembólico, el riesgo de sangrado y el riesgo de FA. Para ello es fundamental un trabajo en equipo y potenciar la continuidad asistencial, en el que la **atención primaria** tiene un papel primordial.
- Fundamental la educación en salud y difundir el conocimiento de la enfermedad entre los pacientes/familiares/cuidadores.

CONTROL FRECUENCIA VS CONTROL RITMO “En Fa paroxística y en FA persistente se recomienda el control del ritmo, pero siempre debemos individualizar”


- En FA paroxística y persistente se recomienda la estrategia de control del ritmo (*individualizar, más aún en la FA persistente*).
- Una actitud expectante (*dar tiempo a la cardioversión espontánea*) puede ser adecuada dentro de las primeras 48 horas desde el inicio de la FA, siempre que el paciente esté estable hemodinámicamente y presente escasa sintomatología.
- Se puede realizar cardioversión química o farmacológica con ecocardiografía transesofágica o anticoagulación apropiada cuando han transcurrido más de **24 horas** del inicio de la FA.
- El tratamiento de elección para el control de la frecuencia en pacientes con FA y FEV_i ≥ 40% es la **digoxina, verapamilo, diltiazem o betabloqueantes**.
- Se recomienda el procedimiento percutáneo de ablación del nodo auriculoventricular con implante de **resincronizador** en los pacientes con **síntomas severos asociados a FA permanente y al menos una hospitalización por insuficiencia cardíaca**, para reducir las hospitalizaciones futuras, mortalidad, síntomas e incapacidad.

PREVENCIÓN FA EN CIRUGÍA CARDIACA “Amiodarona para prevenir la FA postquirúrgica”


- Para prevenir la FA postquirúrgica se recomienda el uso de [amiodarona](#) en el contexto perioperatorio de la cirugía **cardíaca**.
- Se recomienda la pericardiotomía como opción para prevenir la FA postoperatoria en pacientes sometidos a cirugía cardíaca.

NOVEDADES GUÍAS ESC DE FA * 2024 *FA: Fibrilación auricular

“Nuevo acrónimo para la vía de abordaje de la FA*: **AF-CARE**
Se pretende hacer un énfasis especial al diagnóstico y
tratamiento de los factores de riesgo/comorbilidades como
primer paso, fundamental en el tratamiento de la FA”

CARPRIMARIA

COMORBILIDADES



SU DETECCIÓN Y TRATAMIENTO
SON FUNDAMENTALES PARA EL
MANEJO ÓPTIMO DEL FA*

Ilustración 1. Nuevo acrónimo para describir la vía clínica en la FA, con especial énfasis en las comorbilidades CARPRIMARIA

REFERENCIAS

[Guías Europeas de Fibrilación Auricular 2024. European Heart Journal](#)

OTROS ARTÍCULOS DE CARPRIMARIA RELACIONADOS

Puedes acceder a ellos a través del link oculto en las partes del texto subrayadas, haciendo clic en ellas.