



SOCIEDAD
COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA Y
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

MEMOCARDIO No. 4

Y después de tantas guías, qué debemos tener claro en Fibrilación Auricular

Por Juan Karlo Urrea Zapata, MD, FsASE. Cardiología e Imágenes Cardíacas. Clínica Rey David, Cali.

¿Qué es la Fibrilación Auricular Valvular?

Es la presencia de esta arritmia en el contexto de estenosis mitral reumática o en presencia de una prótesis mecánica. Poniendo esto en contexto, la fibrilación auricular no valvular es esta arritmia en el resto de los escenarios patológicos.

¿Entonces, qué es la fibrilación auricular primaria o secundaria?

La fibrilación auricular primaria es la inducción de esta arritmia por causas de un daño primario en las fibras de la aurícula, o el fenómeno de excitabilidad aumentado en los focos predisponentes de la aurícula, es decir las desembocaduras de las venas pulmonares. La principal causa de FA primaria es la hipertensión arterial. Es considerada secundaria, cuando hay un fenómeno externo a la aurícula que puede desencadenar esta arritmia, por ejemplo: hipoxemia por un tromboembolismo pulmonar o una patología respiratoria aguda; desequilibrio hidroelectrolítico; tirotoxicosis; sepsis; postcardioversión; y menos comúnmente en el contexto de un infarto de miocardio.

Entonces, ¿el CHA₂DS₂VASc se aplica a todas las fibrilaciones auriculares?

No. Solamente se aplica a la categoría de fibrilación auricular no valvular. Por ejemplo: En casos de una FA por estenosis mitral reumática, se sabe que la posibilidad de cardioembolismo después del diagnóstico y sin tratamiento es del 80% presentándose el 33% en el siguiente mes de identificada,

el 66% en el siguiente año. Por esta razón, no debe aplicarse ninguna escala de riesgo dado que es el más alto conocido y por lo tanto debe anticoagularse con cumarínicos. De la misma forma, se sabe que la presencia de una fibrilación auricular secundaria implica dar tratamiento a la causa de base, y una vez resuelta, si no persiste la arritmia, no debe considerarse como una fibrilación auricular no valvular. Entonces, esto implica que la escala de estratificación de riesgo conocida como CHA₂DS₂VASc es aplicable a todas las FA no valvulares.

¿Cómo aplicar tantas escalas de riesgo en FA no valvular?

Hay una herramienta validada y sencilla que nos permite tomar las mejores decisiones respecto al manejo del paciente con esta arritmia, incluso el American College of Cardiology lo incluye en sus "Clinical Toolkits" con el nombre de COMBO CALCULATOR. Se puede acceder a través de www.acc.org/tools-and-practice-support/clinical-toolkits/atrial-fibrillation-afib. Aquí se incluye no solo cuál sería la mejor decisión de manejo, sino también la más segura a través del HASBLED.

Aplicamos solo CHA₂DS₂VASc y HASBLED para la toma de decisiones, ¿Hay alguna otra escala que tengamos en cuenta?

Claro, a pesar que no solo se cuenta con estas escalas para la toma de decisiones (ATRIA, HEMORRAGES, etc), hoy sabemos

que se debe utilizar una escala adicional para los pacientes que tienen indicación de manejo con anticoagulación: SAME-TT2R2 (S: Sexo-femenino; A: edad < 60 A; Me: historia médica-2 o más de HTA, DM, enfermedad coronaria/infarto, enfermedad arterial periférica, falla cardíaca, ACV previo, enfermedad pulmonar, hepática o renal; T: Tratamiento-interacciones como amiodarona; T: Tabaquismo en los 2 años previos; R: Raza no caucásica), se asigna 1 punto para SAME-T y 2 puntos para TR por eso el acrónimo. Dado que las guías aún nos indican la warfarina como alternativa de tratamiento, este acrónimo identifica qué pacientes pueden iniciarse con warfarina y qué pacientes es mejor iniciarlos de una vez con nuevos anticoagulantes. Un resultado de 0-2 en un paciente candidato a inicio con warfarina (acceso a estudios, seguimiento en clínica de anticoagulación, tiempo en rango terapéutico esperado mayor al 70%) indica inicio con warfarina. Un resultado mayor de 2 implica que el paciente no es candidato a iniciar con cumarínicos.

Referencia

1. De Caterina R, Camm J. European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehu352
2. Proietti M, Lip GLY. European Heart Journal - Cardiovascular Pharmacotherapy (2015) 1, 150-152 doi:10.1093/ehjcvp/pvw012
3. Kovacs R, Flaker G et al. J Am Coll Cardiol 2015;65:1340-60