

Comentario editorial

La desafiante pero vital tarea de abordar la fibrilación auricular en los ancianos para prevenir la insuficiencia cardiaca



Addressing the challenging yet vital task of managing atrial fibrillation in older adults to prevent heart failure

Andreu Porta-Sánchez^{a,b,*} y Jean-Baptiste Guichard^{a,b,c,d}^a Institut Clínic Cardiovascular, Hospital Clínic, Universitat de Barcelona, Barcelona, España^b Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España^c INSERM, SAINBIOSE U1059, University Hospital of Saint-Étienne, Saint-Étienne, Francia^d Cardiology Department, University Hospital of Saint-Étienne, Saint-Étienne, Francia

Historia del artículo:

On-line el 9 de septiembre de 2023

La relación entre la fibrilación auricular (FA) y la insuficiencia cardiaca (IC) es una de las que en la práctica clínica se observa con mayor frecuencia en la población de edad avanzada. Establecer un papel causal entre las 2 entidades constituye un verdadero reto, ya que hay muchos trastornos que actúan como factores de riesgo comunes a la FA y la IC, como la diabetes, la obesidad, la hipertensión y la cardiopatía estructural¹. Además, el deterioro de la función de la aurícula izquierda (AI) y la respuesta ventricular rápida e irregular en la FA pueden dar lugar a una reducción del gasto cardiaco, un aumento de las presiones intraventriculares y la consiguiente aparición de una IC.

En el artículo de Melendo-Viu et al.² recién publicado en *Revista Española de Cardiología*, se presenta un examen epidemiológico detallado de la incidencia, los factores de riesgo y el pronóstico de la IC en los pacientes ancianos con FA. El equipo de investigación ha hecho un esfuerzo importante por caracterizar los aspectos peculiares del tratamiento de la FA en un gran número de pacientes de edad avanzada y cuantificar los posibles factores de riesgo que podrían ayudar a identificar a quienes sufrirán IC tras un diagnóstico de FA³. Esta línea de investigación observacional es especialmente crucial debido a la creciente carga causada por el envejecimiento de la población y el consiguiente aumento del riesgo de FA, ya que la edad es un factor esencial del riesgo de FA y se prevé que pase a ser un problema de salud pública clave y aún mayor en las próximas décadas⁴.

El estudio de Melendo-Viu et al., en el que se incluyó a 5.794 pacientes seguidos una mediana de 3,7 años, confirma que la IC en pacientes con diagnóstico de FA es motivo de enorme preocupación, con una incidencia acumulada de aproximadamente un tercio de su población². Además, la FA es un factor independiente del riesgo de mortalidad por cualquier causa (*hazard ratio* [HR] = 1,67; intervalo de confianza del 95% [IC95%], 1,53–1,81). Este estudio tiene un valor clínico considerable, ya que amplía nuestro conocimiento sobre la aparición de la IC en ancianos con FA y aporta una información valiosa a los profesionales de la salud que intervienen en el tratamiento de estos trastornos. Los resultados deben situarse en el contexto de una media de edad a la inclusión de 85 años y una mayor proporción de mujeres, probablemente debida a la diferencia en la esperanza de vida de uno y otro sexo.

Debe felicitarse a los autores por su descubrimiento de que los pacientes ancianos con FA que luego sufren una IC muestran un fenotipo diferente del de la población general con IC. Este estudio resalta también el valor predictivo independiente de varias características ecocardiográficas respecto a la aparición de la IC. No resulta extraño que el deterioro de la función sistólica del ventrículo izquierdo (VI) y la dilatación de la AI, que indica un deterioro de la función diastólica del VI, se asociaran con un aumento al doble del inicio de una IC durante el seguimiento. Además, la presencia de valvulopatías, y específicamente de una valvulopatía izquierda moderada o grave, aumentó de manera independiente el riesgo de aparición de IC en un 44%, si bien esto solo se dio en una minoría de los pacientes, a diferencia del elevado porcentaje de pacientes con hipertensión y aumento del índice de masa corporal, que estaban también asociados con la aparición de IC.

Estos resultados indican que los marcadores de una cardiopatía estructural están presentes a veces antes del diagnóstico clínico de IC. Por consiguiente, es de capital importancia identificar y realizar un cribado en la subpoblación en riesgo mediante exploraciones de imagen ordinarias en los pacientes con FA, al objeto de una detección temprana de los signos y síntomas clínicos de IC. Esta identificación temprana podría facilitar la instauración inmediata de tratamientos farmacológicos específicos en esta población de pacientes frágiles, según lo recomendado por la guía vigente⁵. Además, el papel destacado del índice de masa corporal en la aparición de la IC después de un diagnóstico de FA y la repercusión de la reducción de peso en la mejora de los resultados de la FA⁶ podrían abrir el camino al empleo de fármacos para la reducción del peso, con objeto de proteger con rapidez y eficacia a una población amplia de pacientes con FA y sobrepeso contra la aparición de la IC.

Además de los factores de riesgo de IC clásicos, como la obesidad, la disfunción renal y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el estudio resalta que la falta de una estrategia de control del ritmo (es decir, la FA permanente) y el agrandamiento de la AI (una característica morfológica de la miocardiopatía auricular avanzada)⁷ se asocian de manera independiente con la aparición de la IC. Aunque la prevalencia de la FA permanente en muchos pacientes podría considerarse una limitación del estudio, ello resalta también la importancia crucial de aplicar un abordaje terapéutico apropiado y riguroso para el tratamiento de la FA a los pacientes de edad avanzada. Se ha demostrado que este enfoque reduce de manera significativa las tasas de mortalidad⁸.

Este estudio pone de relieve los retos que plantea la aplicación de una estrategia de control del ritmo eficaz y viable en la población de

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2023.05.002>

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aportas@clinic.cat (A. Porta-Sánchez).✉ @aportasanchez @guichard_jb @hospitalclinic @arritmies<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2023.07.012>

0300-8932/© 2023 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

edad avanzada. Aunque no se describe el uso específico de la ablación percutánea en esta cohorte, y es probable que fuera muy escaso por la edad de los pacientes, parece que una estrategia de control del ritmo es una opción muy improbable para esta población de pacientes frágiles, ya que se trató con fármacos antiarrítmicos a tan solo un 4,7% de la cohorte. Esto resalta el dilema entre los posibles efectos beneficiosos de una estrategia de control del ritmo para prevenir la aparición de IC, incluso en pacientes con una FA asintomática, como proponen los autores, y las dificultades específicas de la gestión de los tratamientos de control del ritmo en pacientes ancianos. Múltiples estudios han puesto de manifiesto la superioridad de la ablación percutánea en comparación con los fármacos antiarrítmicos después de un diagnóstico de FA⁹, así como la capacidad de una estrategia de intervención que evite la progresión de la FA a formas de arritmia más avanzadas¹⁰. Sin embargo, en esos estudios, la media de edad en el momento de la inclusión fue mucho menor. El abordaje óptimo para restablecer y mantener el ritmo sinusal en los pacientes de edad avanzada continúa sin estar claro, pero se han propuesto efectos beneficiosos de una estrategia de control del ritmo a pesar de que los síntomas iniciales puedan ser leves y afecten a una cohorte de edad ≥ 75 años⁸.

Es preciso reconocer que en la literatura hay algunas controversias¹¹. Algunos estudios observacionales han mostrado una eficacia similar, pero con una tasa más elevada de complicaciones relacionadas con la técnica en los pacientes de edad avanzada en comparación con los de menos edad cuando se aplica un método invasivo para el control de la FA¹², en especial en pacientes con mayor fragilidad y/o deterioro cognitivo. Además, el empleo de fármacos antiarrítmicos en esta población no resulta sencillo, a causa de los efectos adversos. Esto podría explicar, además de los resultados del ensayo AFFIRM que resaltan la ausencia de superioridad y el posible efecto desfavorable de una estrategia de control del ritmo¹³, por qué un porcentaje tan elevado de pacientes tenían FA permanente en el momento de la inclusión e ilustra el curso de la enfermedad auricular cuando no se trata en el momento oportuno años antes. El estudio plantea también la clasificación probable de la FA como «asintomática» en el momento del diagnóstico.

La estrategia subóptima de control de la frecuencia en la cohorte del estudio es también motivo de preocupación, ya que se trató con un fármaco para el control de la frecuencia a menos de la mitad de los pacientes, y la evidencia existente indica que una respuesta ventricular incontrolada en la FA puede deteriorar la función sistólica y diastólica del VI, además de contribuir al remodelado auricular¹⁴. Aunque no muestre una asociación directa con la aparición de la IC en los pacientes ancianos con FA, tiene interés clínico señalar la tasa de prescripción subóptima de tratamiento anticoagulante en esta población con un riesgo elevado de ictus, que fue de aproximadamente un 80%, dado que su puntuación CHA₂DS₂-VASc era ≥ 2 . La baja tasa de prescripción de anticoagulantes orales de acción directa en esta población podría atribuirse a la renuencia a prescribir estos fármacos a pacientes frágiles (a pesar de los menores riesgos embólico y hemorrágico de estos fármacos en comparación con los antagonistas de la vitamina K¹⁵) o a las restricciones económicas del sistema de asistencia sanitaria (financiación de los fármacos 100% pública).

En general, este estudio apunta a un tratamiento de la FA de los pacientes ancianos que está lejos de ser perfecto pero es realista, y a una tendencia clara, probablemente perniciosa, a aceptar la FA como inevitable, lo cual puede tener un papel crucial en la aparición de IC durante el seguimiento.

Para extrapolar adecuadamente los resultados del estudio, es importante abordar las limitaciones intrínsecas a este diseño de cohorte retrospectiva: se incluyó en el estudio a todos los pacientes con FA del registro CardioCHUVI-AF (NCT04364516) de edad > 80 años. En consecuencia, en este estudio de cohorte no se investigó una población con FA de diagnóstico reciente y no se indicó el momento de inicio de la arritmia, lo cual comporta la posibilidad de un sesgo de selección y de supervivencia. Además, el diseño retrospectivo del estudio introduce la posibilidad de un sesgo de recuerdo¹⁶, y no puede descartarse que algunos pacientes tuvieran IC antes de su inclusión en el estudio. Por otra parte, el diagnóstico de IC con fracción de eyección conservada se

estableció sin utilizar análisis de la porción aminoterminal del péptido natriurético cerebral ni una evaluación sistemática de los signos objetivos de congestión, y esto puede haber introducido cierto sesgo de medición.

En resumen, el estudio de Melendo-Viu et al. pone de manifiesto que podría resultar beneficioso disponer de un enfoque específico y riguroso para el tratamiento de la FA en los pacientes de edad avanzada con objeto de prevenir la IC, que es un trastorno frecuente que se asocia con aumento de la mortalidad². Resulta crucial detectar las señales de alerta importantes que indican un riesgo alto de IC después del diagnóstico inicial de FA. Estas señales de alerta deberían utilizarse para identificar a los pacientes con mayor riesgo para quienes puedan ser beneficiosos más tratamientos intervencionistas e intentos de modificar el curso de la enfermedad basados en la evidencia previa y restablecer un ritmo cardiaco normal. Que esto pueda traducirse en una mejora de los resultados clínicos está abierto a debate, ya que actualmente no se dispone de datos al respecto. Al centrarse en estos aspectos, los profesionales de la salud podrían mejorar los resultados y reducir el riesgo de IC de los pacientes ancianos con FA.

FINANCIACIÓN

No se ha recibido ninguna.

CONFLICTO DE INTERESES

A. Porta-Sánchez ha recibido honorarios como consultor y conferenciante de Abbott, Biosense Webster y Boston Scientific. J.-B. Guichard declara honorarios como consultor de Microport CRM, como conferenciante de Microport CRM y Abbott, y apoyo de subvención no condicionado para una formación especializada de Abbott Labs.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anter E, Jessup M, Callans DJ. Atrial Fibrillation and Heart Failure. *Circulation*. 2009;119:2516-2525.
2. Melendo Viu M, Raposeiras Roubín S, Abu Assi E, et al. Heart failure in older patients with atrial fibrillation: incidence and risk factors. *Rev Esp Cardiol*. 2023 <https://doi.org/10.1016/j.rec.2023.05.004>.
3. Domínguez-Erquicia P, Raposeiras-Roubín S, Abbu-Assi E, et al. Incidence, predictors of bleeding and prognosis of bleeding in anticoagulated nonagenarian patients with atrial fibrillation. *Int J Cardiol*. 2021;327:217-222.
4. Kornej J, Börschel CS, Benjamin EJ, Schnabel RB. Epidemiology of Atrial Fibrillation in the 21st Century. *Circulation Res*. 2020;127:4-20.
5. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2021;42:3599-3726.
6. Pathak RK, Middeldorp ME, Meredith M, et al. Long-Term Effect of Goal-Directed Weight Management in an Atrial Fibrillation Cohort: A Long-Term Follow-Up Study (LEGACY). *J Am Coll Cardiol*. 2015;65:2159-2169.
7. Guichard JB, Nattel S. Atrial Cardiomyopathy: A Useful Notion in Cardiac Disease Management or a Passing Fad? *J Am Coll Cardiol*. 2017;70:756-765.
8. Kirchhof P, Camm AJ, Goette A, et al. Early Rhythm-Control Therapy in Patients with Atrial Fibrillation. *N Engl J Med*. 2020;383:1305-1316.
9. Imberti JF, Ding WY, Kotalczyk A, et al. Catheter ablation as first-line treatment for paroxysmal atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis. *Heart*. 2021;107:1630-1636.
10. Andrade JG, Deyell MW, Macle L, et al. Progression of Atrial Fibrillation after Cryoablation or Drug Therapy. *N Engl J Med*. 2023;388:105-116.
11. Packer DL, Mark DB, Robb RA, et al. Effect of Catheter Ablation vs Antiarrhythmic Drug Therapy on Mortality, Stroke, Bleeding, and Cardiac Arrest Among Patients With Atrial Fibrillation: The CABANA Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2019;321:1261-1274.
12. Piccini JP, Sinner MF, Greiner MA, et al. Outcomes of Medicare beneficiaries undergoing catheter ablation for atrial fibrillation. *Circulation*. 2012;126:2200-2207.
13. Wyse DG, Waldo AL, DiMarco JP, et al. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2002;347:1825-1833.
14. Guichard JB, Xiong F, Qi XY, et al. Role of atrial arrhythmia and ventricular response in atrial fibrillation induced atrial remodeling. *Cardiovasc Res*. 2021;117:462-471.
15. Ruff CT, Giugliano RP, Braunwald E, et al. Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis of randomised trials. *The Lancet*. 2014;383:955-962.
16. Sedgwick P. Cross sectional studies: advantages and disadvantages. *BMJ*. 2014;348:g2276.