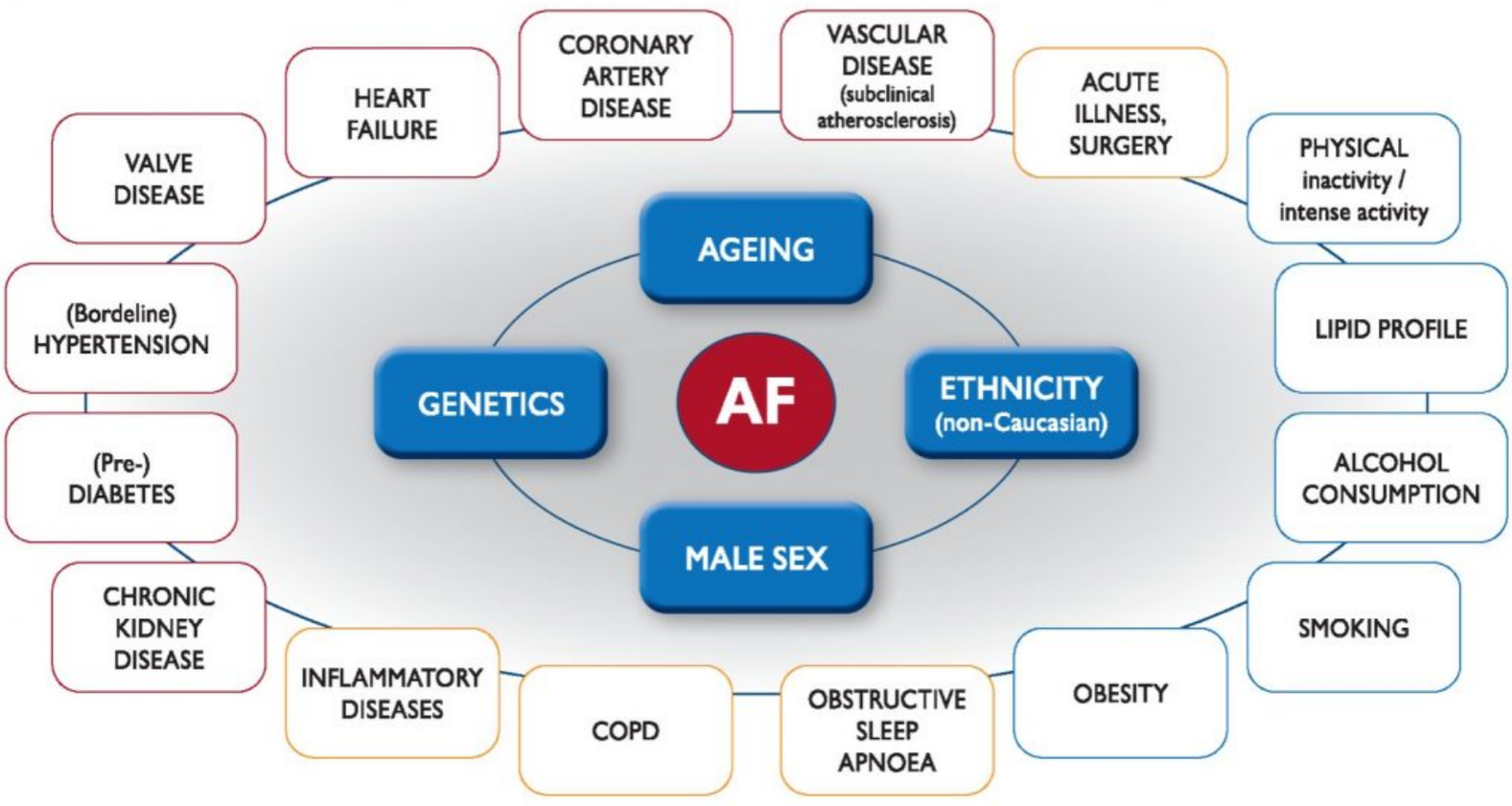
SAC SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA
FCA Fundación Cardiológica Argentina

Guías ESC en diagnostico y manejo de Fibrilación Auricular 2020

Posted On 05 Oct 2020 Tag: ESC2020



El siguiente escrito tiene la finalidad de comentar los cambios en el diagnostico y tratamiento de pacientes con fibrilación auricular surgidos a partir de la guía recientemente publicada en el congreso europeo en septiembre 2020.

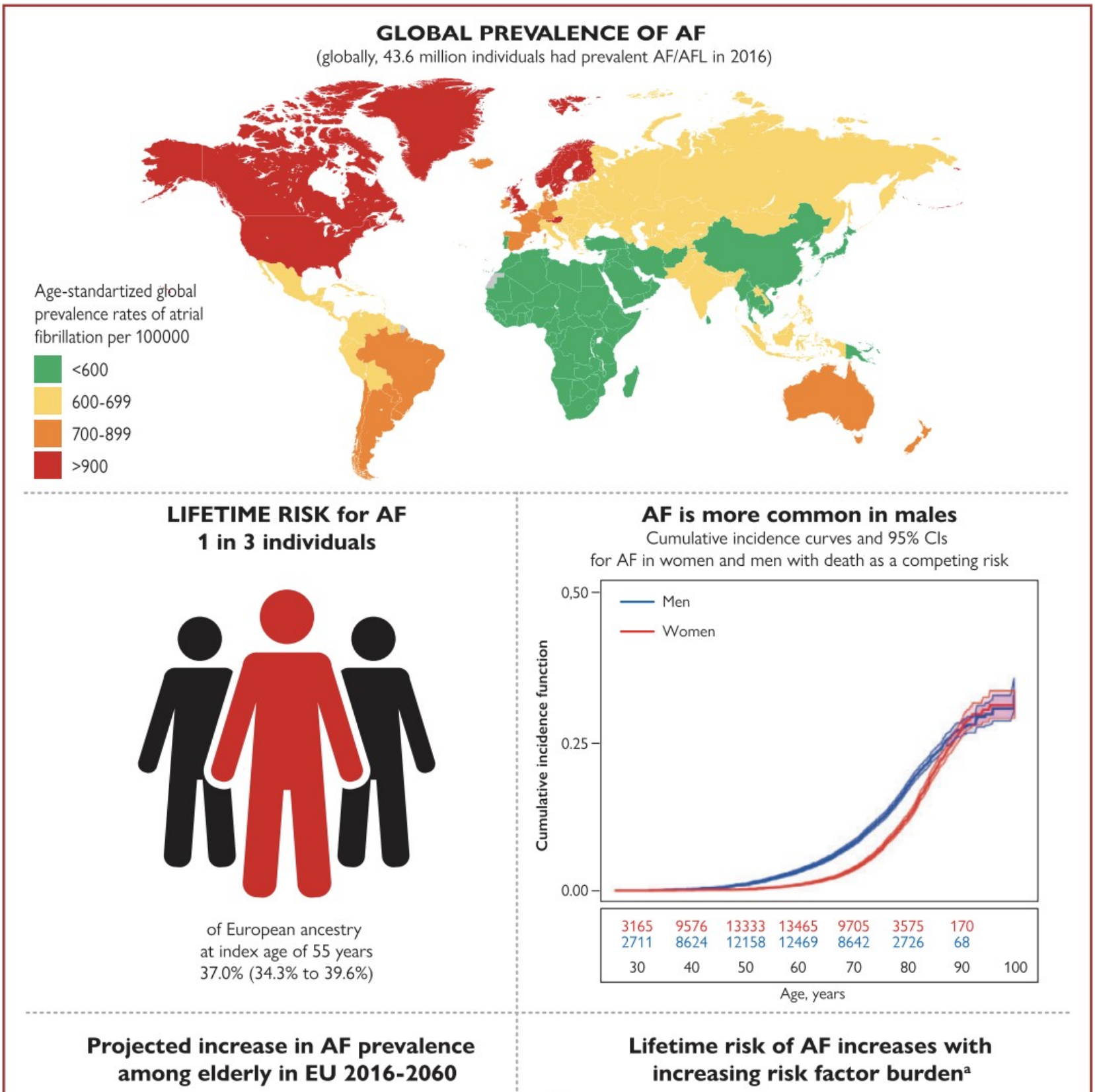
A modo de resumen exponemos primero los Puntos principales que profundizaremos brevemente a continuación

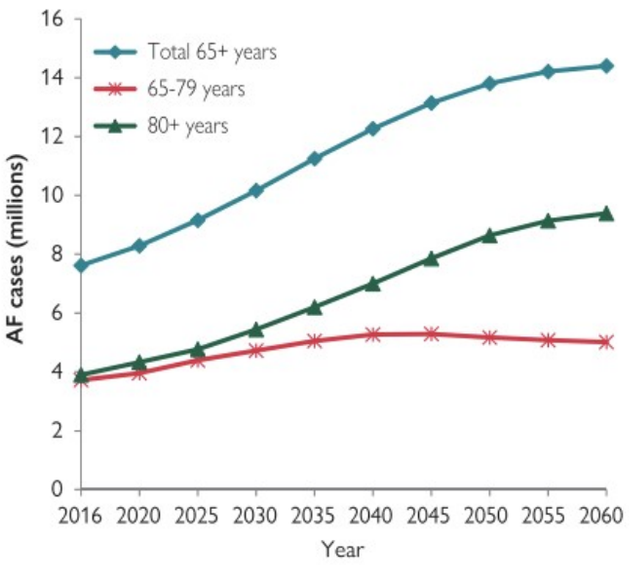
- **Epidemiología, definición y screening:** La FA no es benigna. Nuevo criterio diagnóstico y de seguimiento.
- **Rol de la telemedicina:**
  Dispositivos móviles mejoran en su capacidad diagnostica al nivel del ECG y el Holter?
- **En cuanto al manejo nuevo esquema C –** C – To ABC (C- Confirmar diagnostico , C-Caracterizar tipo de FA, A- Anticoagulacion , B- Better- Mejor control sintomatico y C – Tratamiento de las Comorbilidades y estratificacion de riesgo.
  Caracterización de la FA (4S- FA):
  Mucho más que tiempo de evolución.
  Enfoque ABC para el tratamiento:
  Estrategia integral.

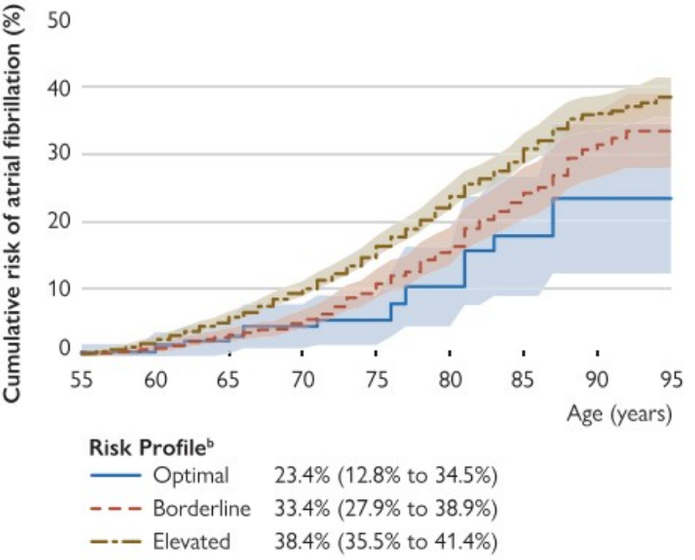
- **Anticoagulación y anti agregación:** Fin de la AAS para CHADS VASC 1
- **Rol de la amiodarona y ablación:**
  Cambios en las recomendaciones..

Epidemiología, definición y screening

La incidencia de FIBRILACIÓN AURICULAR sigue aumentando en cuanto se mejoran los métodos diagnósticos, esto lleva a una proyección en aumento de su prevalencia tanto en hombres y mujeres y sobre todo en los de mayor edad. Fig 1 En este documento se hace hincapié en las diferencias de prevalencia en los distintos continentes.







La Fibrilación auricular no es una arritmia benigna ya que si bien puede cursar en ocasiones asintomática puede presentarse con síntomas como palpitaciones y disnea incluso hasta ser hemodinámicamente inestable. Además, esta relacionada a múltiples eventos clínicos como muerte, internaciones por insuficiencia cardiaca, accidentes cerebrovasculares , demencia, alteración en la calidad de vida, etc. En este documento se muestra la incidencia y el mecanismo fisiopatológico involucrado. Fig 2

Clinical Presentation

Asymptomatic or Silent (!)

Symptomatic

Palpitations, dyspnoea, fatigue,

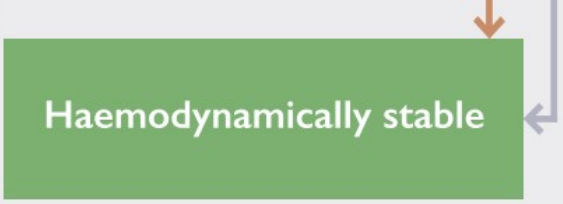
Chest tightness/pain, poor effort tolerance, dizziness, syncope, disordered sleep, etc.

Haemodynamically unstable

- Syncope
- Symptomatic hypotension
- Acute HF, pulmonary oedema
- Ongoing myocardial ischaemia
- Cardiogenic shock

AF-related OUTCOMES

AF-Related Outcome	Frequency in AF	Mechanism(s)
Death	1.5 - 3.5 fold increase	Excess mortality related to: • HF, comorbidities • Stroke
Stroke	20-30% of all ischaemic strokes, 10% of cryptogenic strokes	• Cardioembolic, or • Related to comorbid vascular atheroma
LV dysfunction / Heart failure	In 20-30% of AF patients	• Excessive ventricular rate • Irregular ventricular contractions • A primary underlying cause of AF
Cognitive decline / Vascular dementia	HR 1.4 / 1.6 (irrespective of stroke history)	• Brain white matter lesions, inflammation, • Hypoperfusion, • Micro-embolism
Depression	Depression in 16-20% (even suicidal ideation)	• Severe symptoms and decreased QoL • Drug side effects



Impaired quality of life	>60% of patients	• Related to AF burden, comorbidities, psychological functioning and medication • Distressed personality type
Hospitalizations	10-40% annual hospitalization rate	• AF management, related to HF, MI or AF related symptoms • Treatment-associated complications

En cuanto a su diagnostico mas allá del ECG clásico de 12 derivaciones en este documento se resalta la posibilidad de hacer diagnostico con monitoreo de unidades de cuidados intensivos y con ECG de una sola derivación identificando en estos la irregularidad del intervalo R-R y la ausencia de onda P. Clase IB

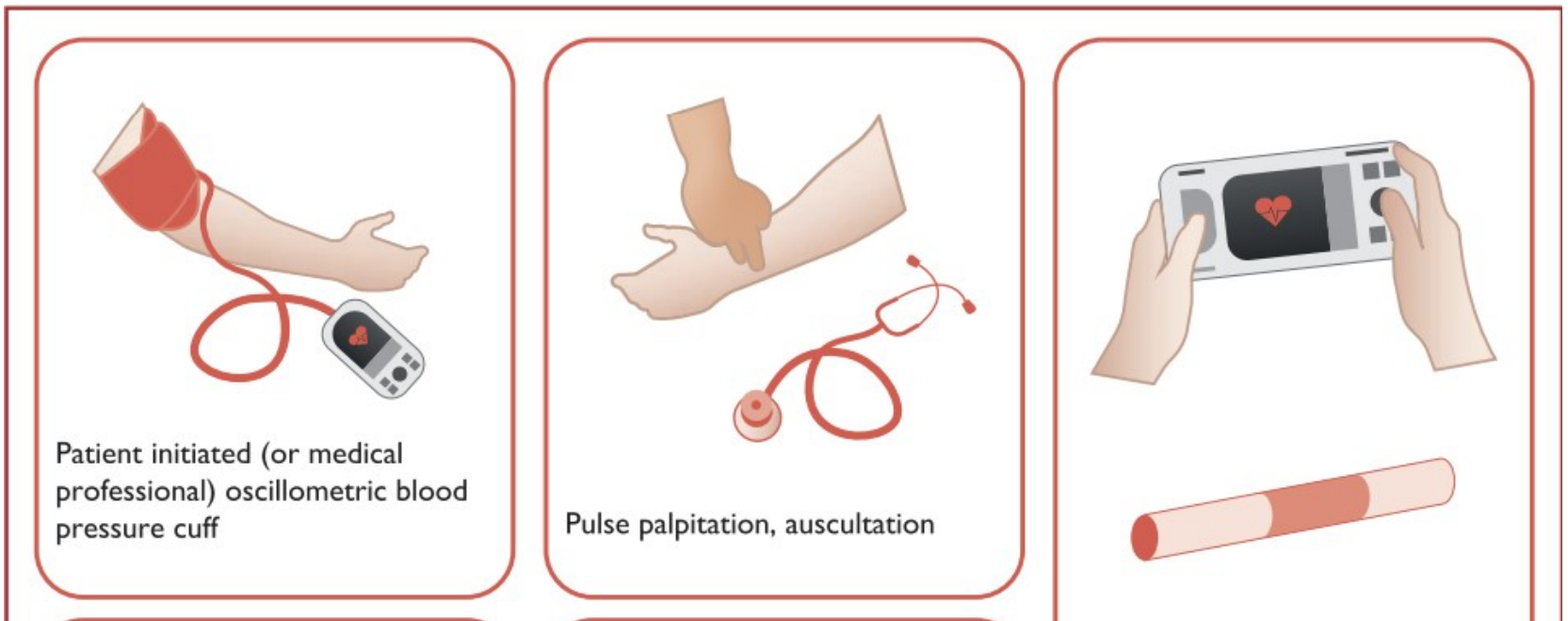
Rol de la telemedicina

Este es uno de los principales cambios de las nuevas guías incluso describen detalladamente la sensibilidad y especificidad de los principales métodos de detección de fibrilación auricular desde la toma del pulso hasta sistemas de telemedicina mas complejos e incluso mínimamente invasivos. Fig 3

Los diferentes métodos están enfocados tanto a pacientes sintomáticos como asintomáticos.

La guía recomienda realizar búsqueda de FA con estos dispositivos a mayores de 65 años en los que se demostró pulso irregular y en pacientes con dispositivos implantados buscar electrogramas auriculares de alta frecuencia almacenados que sugieran Fibrilación auricular. Clase I B También en pacientes mayores a 75 años con factores de riesgo de accidente cerebrovascular.

Como siempre en el screening uno tiene que evaluar riesgos y beneficios para indicar esto en forma sistemática.

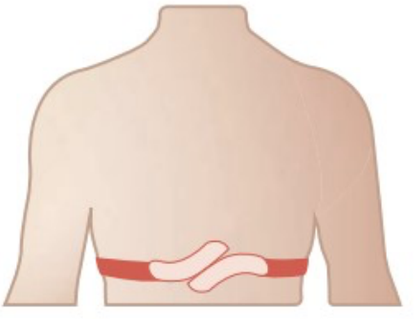


Patient initiated photoplethysmogram on smartphone

Semi-continuous photoplethysmogram on a smartwatch or wearable

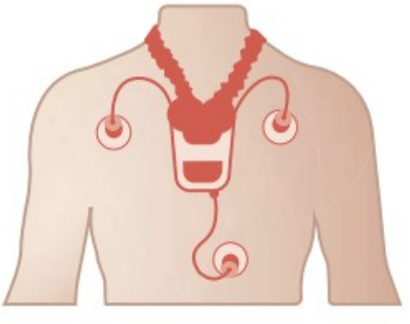
Patient initiated (or medical professional) intermittent ECG rhythm strip using smartphone or dedicated connectable device

Intermittent smartwatch ECG initiated by semi-continuous photoplethysmogram with prompt notification of irregular rhythm or symptoms

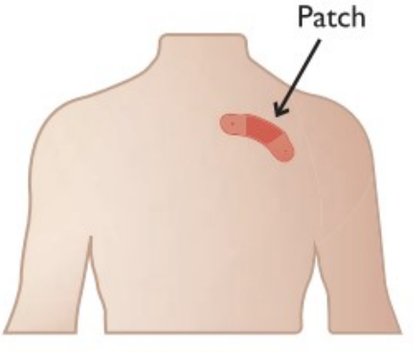


Wearable belts for continuous recordings

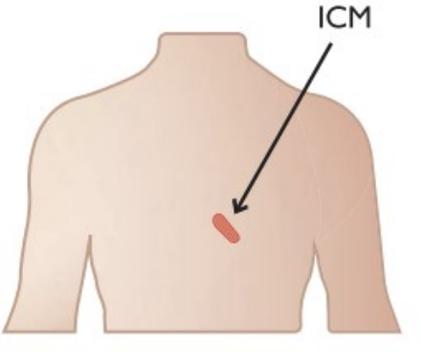
Stroke unit/in hospital telemetry monitoring



Long-term Holter



1-2 week continuous ECG patches



Implantable cardiac monitors

Table 5 **Sensitivity and specificity of various AF screening tools considering the 12-lead ECG as the gold standard**[173]

	Sensitivity	Specificity
Pulse taking[203]	87 - 97%	70 - 81%
Automated BP monitors[204–207]	93 - 100%	86 - 92%
Single lead ECG[208–211]	94 - 98%	76 - 95%
Smartphone apps[188,189,191,195,212,213]	91.5 - 98.5%	91.4 - 100%
Watches[196,198,213,214]	97 - 99%	83 - 94%

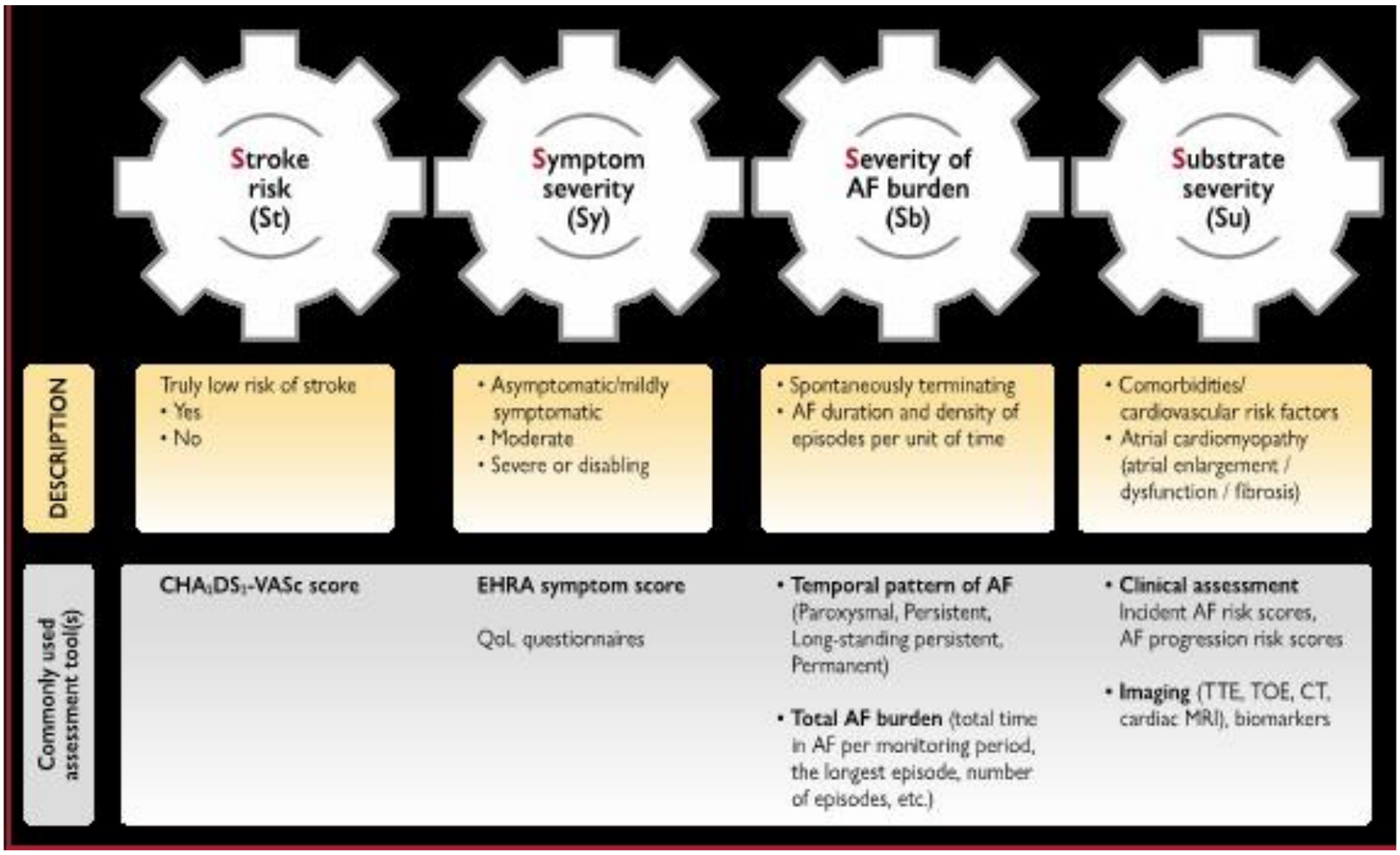
AF = atrial fibrillation; BP = blood pressure; ECG = electrocardiogram.

© ESC 2020

En cuanto al manejo nuevo esquema C – C – To ABC

La primera C se trata de Confirmar el diagnostico con los metodos ya descriptos

La segunda C implica Caracterizar la Fibrilacion auricular (Se propone el Esquema 4S) fig 4



En este esquema la primera S se refiere a la prevencion del riesgo de Stroke. En este punto se recomienda fuertemente la escala de Chadvasc2 excepto en los pacientes con estenosis mitral moderada o severa y en aquellos con FA y protesis valvular mecanica.

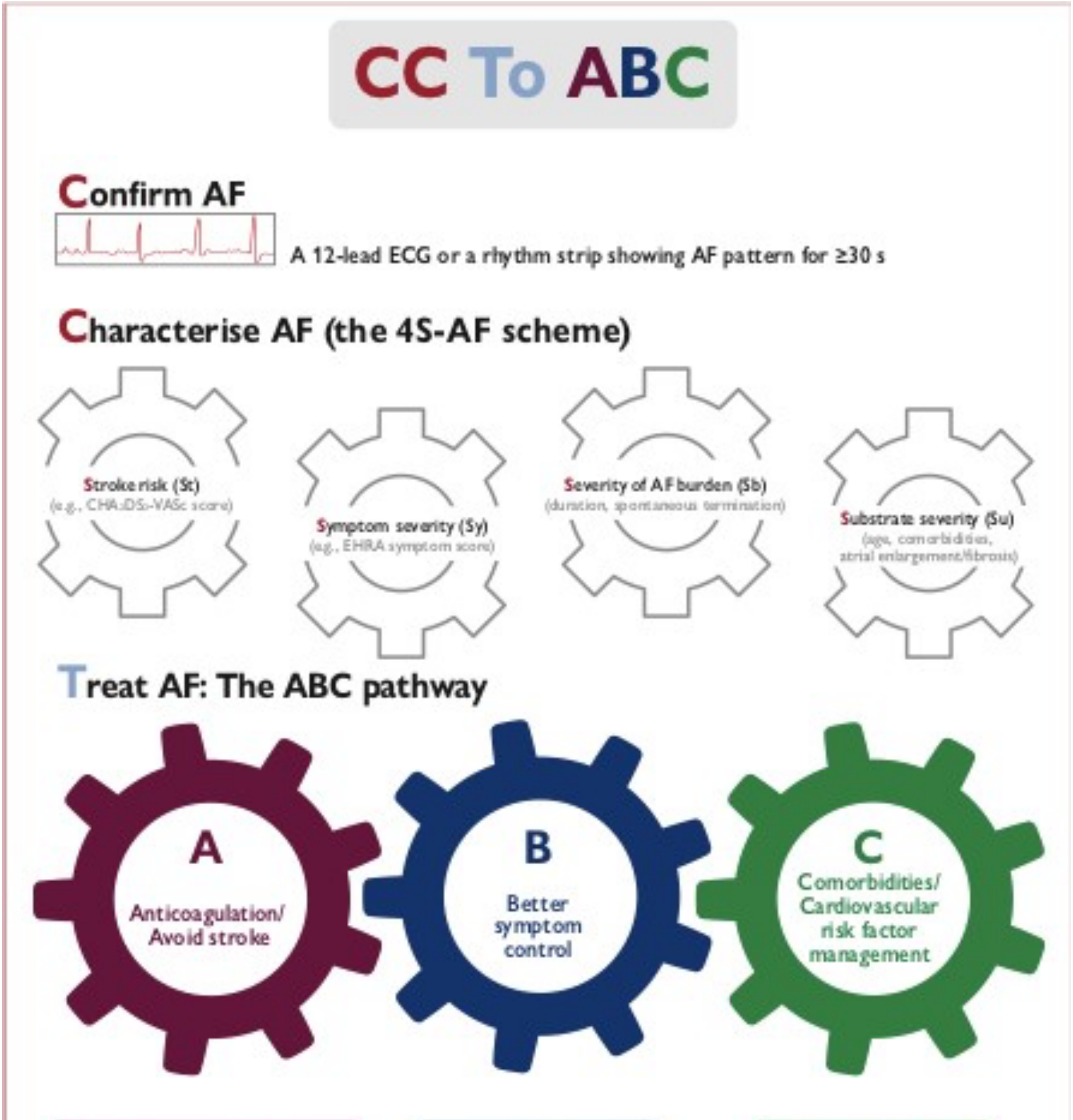
La Segunda S se refiere al control Sintomatico. En este apartado se recomienda la utilizacion de la escala EHRA para evaluara los sintomas de los pacientes con fibrilacion auricular.

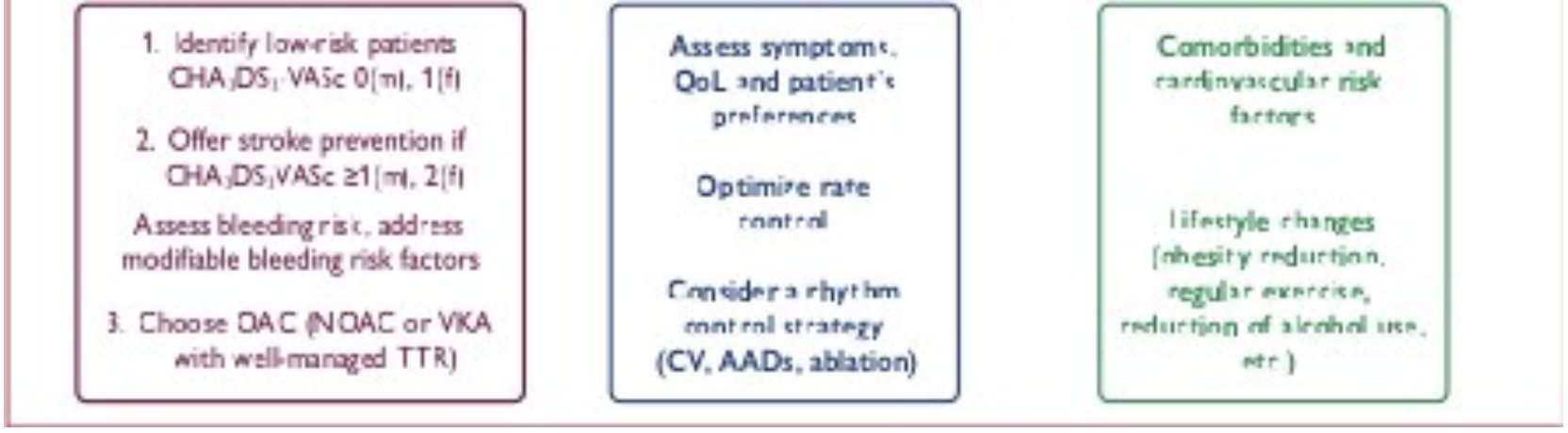
La Tercera S se trata de la severidad de la arritmia o mejor dicho la carga temporal de arritmia. En este punto las nuevas guias imponen una nueva definicion y clasificacion. Ademas estimulan a abandonar algunos terminos como el de FA solitaria o Valvular y no vlavular.

Patrón	Definición
Primer diagnóstico	Nunca antes detectada, independientemente de la severidad de los síntomas.
Paroxística	FA con terminación espontánea o con intervención en menos de 7 días.
Persistente	FA que se sostiene más de 7 días, incluye aquellas que puedan ser interrumpidas con intervención luego de los 7 días.
Persistente “long standing”	FA sostenida más de 12 meses en donde se elige una estrategia de control de ritmo.

Permanente	Refiere a una actitud terapéutica del médico y del paciente por abandonar el intento de control de ritmo

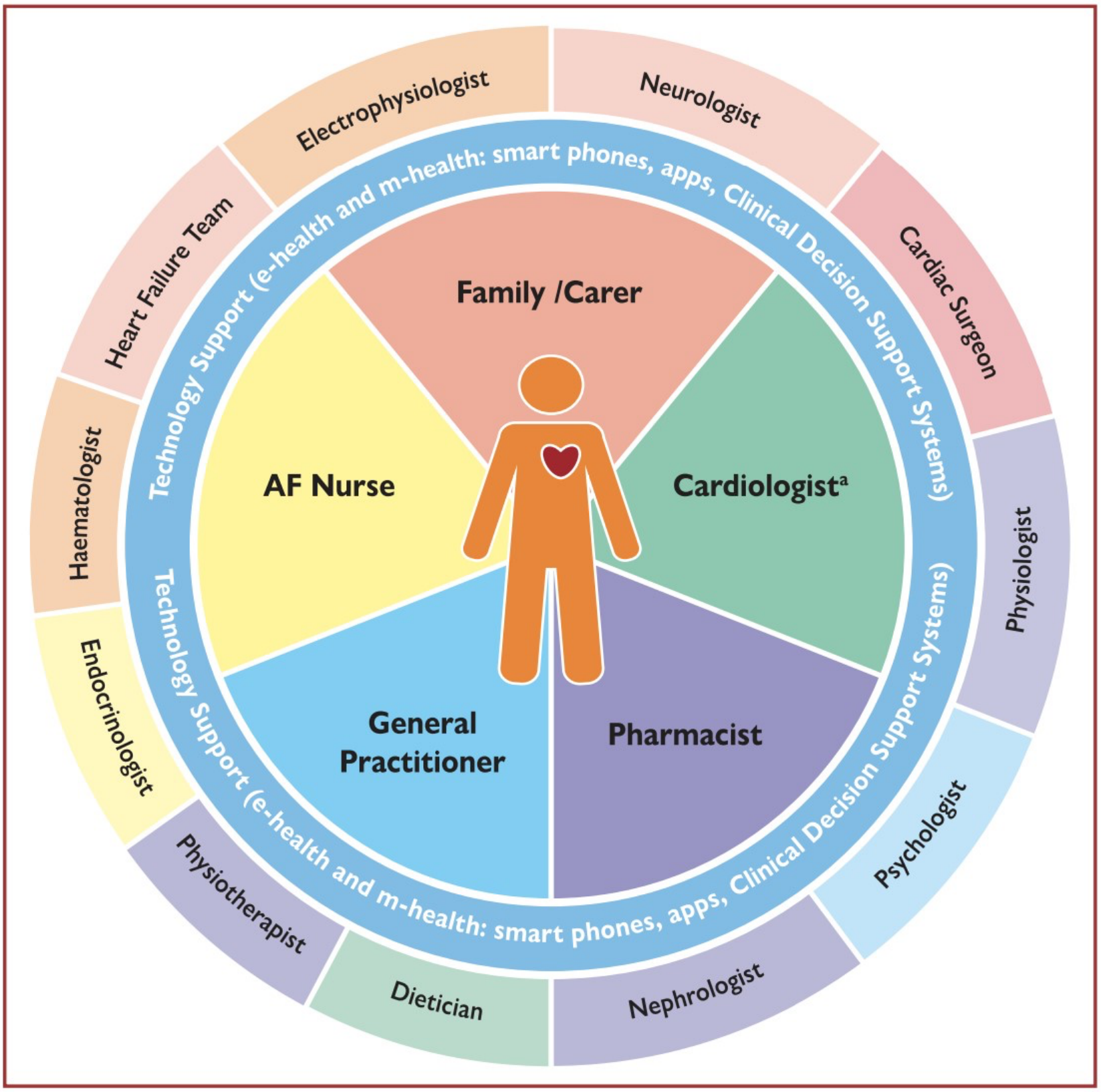
Finalmente la cuarta S hace referencia al sustrato y a la posibilidad de evolucion de la fibrilacion auricular de pasar de ser paroxistica y solo tener comorbilidades a convertirse en persistente o permanente. Para esto se apoya sobretodo en las imágenes cardiacas para intentar entender en que estadio estructural se encuentra el paciente con diagnostico de FA. En ese punto se hacen recomendaciones para el uso de Ecocardiograma doppler color, transesofagico , tisular, Resonancia cardiaca y tomografia cardiaca con la intencion de sobresaltar que aporta cada metodo en la evaluacion de estos pacientes .





Enfoque ABC para el tratamiento:

En cuanto al manejo de la Fibrilación auricular las nuevas guías proponen un abordaje integral y enfoque multidisciplinario centrado en el paciente. Esto promueve la prevención de accidentes cerebrovasculares, mejora sintomática, control de FRCV, educación, modificación del estilo de vida, manejos psicológicos, seguimiento multidisciplinario Fig 6



La sistemática de tratamiento ABC propone

A anticoagulación y prevención de ACV en esta instancia recomiendan el siguiente algoritmo.

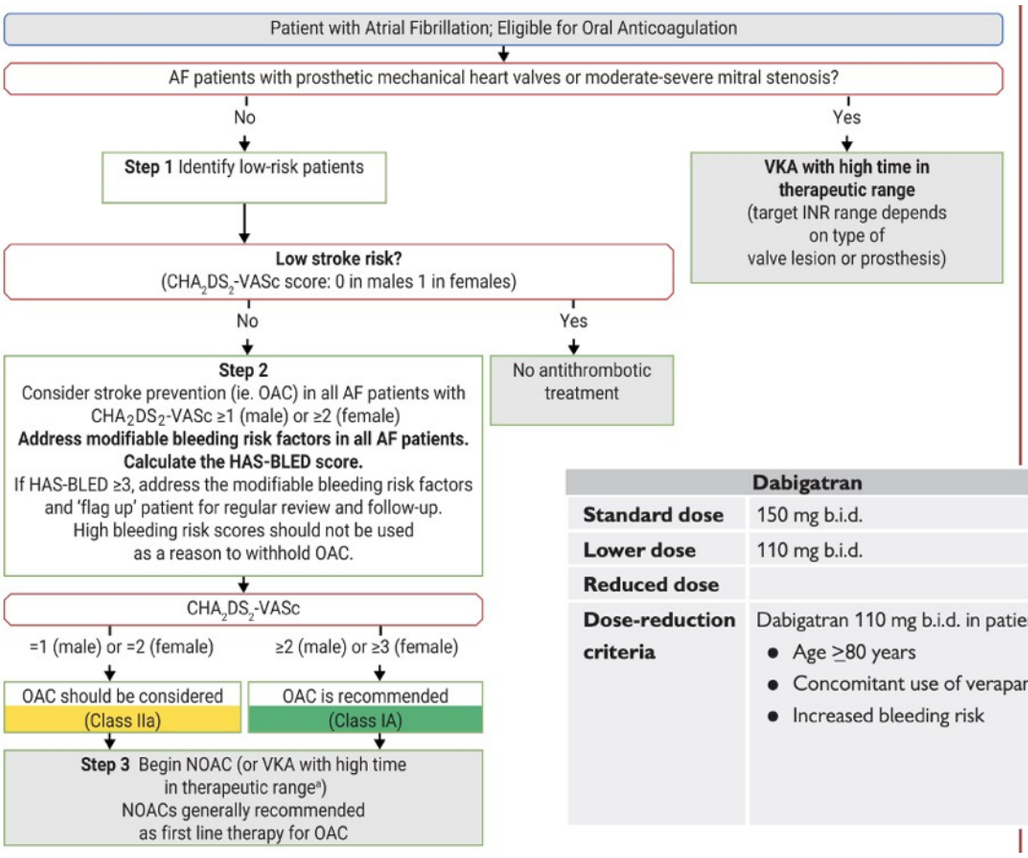
Se recalca que los pacientes con estenosis mitral moderada a severa o prótesis mitral mecánica deben ser anticoagulados con Warfarina y mantener un TTR mayor al 70%. El resto de los pacientes debería calcularse el Score Chadsvasc2. Para evaluar el riesgo de sangrado se utiliza el Score HASBLED. En este aspecto reconoce a pacientes de riesgo de sangrado a los que tienen mas de 3 puntos, pero que por mas alto que sea este score no contraindica la anticoagulación, sino que estos pacientes deben

seguirse mas cercanamente y controlar estrictamente los factores modificables.

Se recomienda iniciar con anticoagulantes directos o en caso de elegir warfarina a aquellos que tienen alta posibilidad de permanecer en rango terapéutico. Esto se calcula con score SAMETTRM. 2 o mas puntos se recomienda intensificar los controles y la educación hasta lograr 70% de TTR

Finalmente, no se recomiendan anti plaquetarios para reducir el riesgo de accidentes cerebrovasculares en ningún caso.

Para aquellos pacientes que presentan contraindicación absoluta de anticoagulación por presentar sangrado activo serio , trombocitopenia severa menor a 50000, sangrado de alto riesgo reciente debería evaluarse el cierre de orejuela.



Acronym	Definitions	Points
S	Sex (female)	1
A	Age (less than 60 years)	1
ME	Medical history[a]	1
T	Treatment (interacting Rx, e.g., amiodarone for rhythm control)	1
T	Tobacco use (within 2 years)	2
R	Race (non-Caucasian)	2
Maximum points[b]		8

✓ 0-2
✗ >2

	Dabigatran	Rivaroxaban	Apixaban
Standard dose	150 mg b.i.d.	20 mg o.d.	5 mg b.i.d.
Lower dose	110 mg b.i.d.		
Reduced dose		15 mg o.d.	2.5 mg b.i.d.
Dose-reduction criteria	Dabigatran 110 mg b.i.d. in patients with: • Age ≥80 years • Concomitant use of verapamil, or • Increased bleeding risk	CrCl 15 - 49 mL/min	At least 2 of 3 criteria: • Age ≥80 years, • Body weight ≤60 kg, or • Serum creatinine ≥1.5 mg/dL (133 µmol/L)

Con respecto a la B de Mejor control de síntomas

Para el control sintomático se puede optar por control de la frecuencia cardiaca o control del Ritmo cardiaco según la instancia clínica del paciente.

Se recomienda inicialmente en control de la frecuencia en pacientes sintomáticos como objetivo de una FC menor a 110 latidos por minuto. Las drogas recomendadas para este manejo son los betabloqueantes tanto en pacientes con función sistólica de ventrículo izquierdo preservada o reducida. Si con esto no se logra la mejoría sintomática se debería adicionar bloqueantes cálcicos en aquello con función preservada o Digoxina – amiodarona en aquellos con función sistólica reducida. Fig

Si a pesar de esto el paciente persiste sintomático o con alteración de la calidad de vida debe considerarse el implante de marcapasos o terapia de resincronizador mas ablación del nodo AV.

Cuando se elige control de Ritmo para el control sintomático puede optarse por cardioversión eléctrica o farmacológica O bien optar por aislamiento de venas pulmonares con ablación.

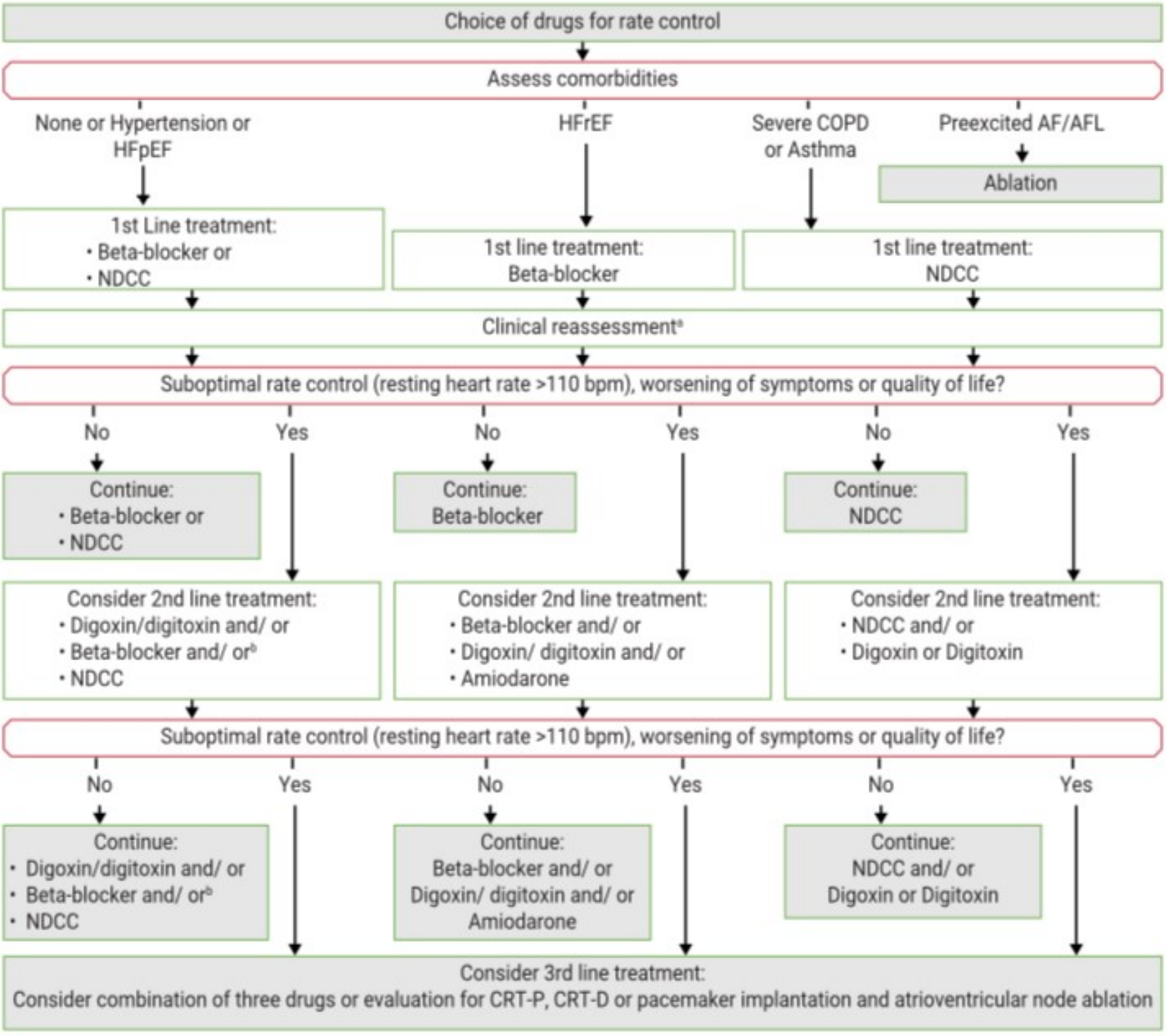
Se sugiere control del ritmo en los pacientes jóvenes, primer episodio o recientemente diagnosticado, pacientes con pocas comorbilidades, evidencia de miocardiopatía inducida por taquicardia , mal control de frecuencia, intolerancia a drogas y elección del paciente. Fig

En estas guías se expone en el algoritmo de la fig. .... el lugar que ocupa la ablación de fibrilación auricular considerando la caracterización junto con el nivel de evidencia de los últimos trabajos.

Así por ejemplo en aquellos pacientes con Fibrilación auricular paroxística sin cardiopatía estructural uno podría darle a elección del paciente la ablación con un nivel de evidencia IIa o drogas anti arrítmicas aun así si el paciente recurre en fibrilación auricular la indicación de ablación sube el nivel de evidencia a clase I. Otra indicación que cuenta con clase I de evidencia es la que se presenta en pacientes con FA paroxística o persistente y deterioro severo fracción de eyección del ventrículo izquierdo y sobretodo en aquellos en que se sospecha miocardiopatía debida a taquicardia por fibrilación auricular.

La guía también incorpora la posibilidad de repetir procedimientos de ablación con nivel de evidencia IIa.

Si uno elige el control de ritmo con drogas anti arrítmicas solo esta justificado en el caso que el paciente este con síntomas relacionados a la FA por los efectos secundarios de este tipo de medicación. Si el paciente presenta deterioro de la función sistólica el fármaco recomendado es la Amiodarona, así también en paciente tiene enfermedad coronaria, valvulopatias significativas o insuficiencia cardiaca con función preservada. Si el paciente no tiene cardiopatía estructural o esta es mínima se recomienda Flecainida, Propafenona o Dronedarona.



Rhythm control strategy to reduce AF related symptoms – improve QoL
Confirm: Stroke prevention; Rate control; Cardiovascular risk reduction (comprehensive cardiovascular prophylactic therapy – upstream therapy, including lifestyle and sleep apnoea management)

Evaluate if symptoms are present

Symptoms absent

Exclude unconscious adaptation to reduced physical capacity

Restore SR by cardioversion to evaluate symptoms[a]

Symptoms are AF related

Symptoms present

Symptoms

Symptoms not AF related

Consider rate control

Symptoms are AF related

Unclear if AF related

- Restore SR by cardioversion to evaluate symptoms[a]
- Holter if paroxysmal AF to assess relation to AF episode

Symptoms are AF related

Assess factors favouring rhythm-control:

- Younger age
- 1st AF episode or short history
- Tachycardia-mediated cardiomyopathy
- Normal - moderate increased LAVI / atrial conduction delay (limited atrial remodeling)
- No or few comorbidities / heart disease
- Rate control difficult to achieve
- AF precipitated by a temporary event (acute illness)
- Patient's choice

Non-favouring factors prevailing

- Assess if risk factors for AF can be modified
- Consider referral to EP specialist

Re-assess risk factors

Favouring factors prevailing

Rhythm control:
AAD
PVI
In selected patients:
Surgical ablation or Thoracoscopic ablation

Symptomatic AF

Paroxysmal AF

Consider patient choice

Antiarrhythmic drugs

Catheter ablation (IIa)

Perform catheter ablation

Persistent AF without major risk factors for AF recurrence[a]

Consider patient choice

Antiarrhythmic drugs

Catheter ablation (IIb)

Perform catheter ablation

Persistent AF with major risk factors for AF recurrence[a]

Consider patient choice

Antiarrhythmic drugs

Catheter ablation[b]

Perform catheter ablation

Paroxysmal or persistent AF and heart failure with reduced EF

Consider patient choice

Antiarrhythmic drugs

Catheter ablation (I)[c]

Perform catheter ablation

Failed drug therapy

No

Continue antiarrhythmic drugs

Yes

Perform catheter ablation (I)

Failed drug therapy

No

Continue antiarrhythmic drugs

Yes

Perform catheter ablation (IIa)[d]

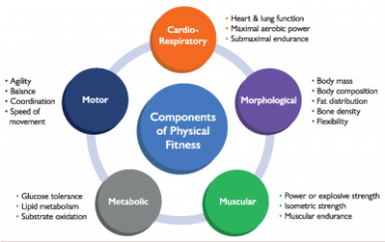
Finalmente la letra C se refiere a corregir los factores de riesgo cardiovasculares y las comorbilidades en forma conjunta. De nada sirve tratar solo la fibrilación auricular y no factores claramente asociados a su progresión como la hipertensión arterial , diabetes ,obesidad , apnea obstructiva del sueño etc. Además se sugieren cambios en el estilo de vida.

Dr Raúl Pérez Etchepare

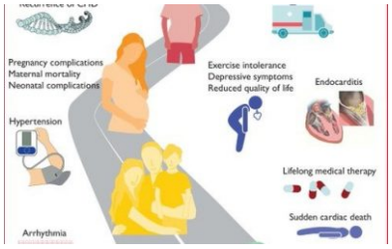
Sobre el autor

Previous Story
Actividad física en el ESC 2020: Prevención y tratamiento cardiovascular

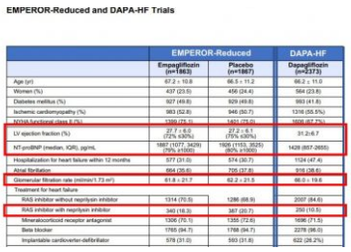
Posts relacionados



Actividad física en el ESC 2020: Prevención y tratamiento cardiovascular



Guía en el manejo de pacientes adultos con cardiopatías congénitas presentadas en el Congreso de la Sociedad Europea de Cardiología 2020



EMPEROR-Reduced and DAPA-HF Trials

	EMPEROR-Reduced		DAPA-HF
	Empagliflozin (n=1863)	Placebo (n=1867)	Dapagliflozin (n=2373)
Age (yr)	67.2 ± 10.8	66.5 ± 11.2	66.2 ± 11.0
Women (%)	437 (23.5)	456 (24.4)	564 (23.8)
Diabetes mellitus (%)	927 (49.8)	929 (49.8)	993 (41.8)
Ischemic cardiomyopathy (%)	983 (52.8)	946 (50.7)	1316 (55.5%)
NYHA functional class II (%)	1380 (74.1)	1401 (75.0)	1808 (67.7%)
LV ejection fraction (%)	27.7 ± 6.0 (17% ≤30%)	27.7 ± 6.1 (16% ≤30%)	31.2±6.7
NT-proBNP (median, IQR), pg/mL	1887 (1077, 3429) (10% ≥3000)	1926 (1153, 3525) (10% ≥3000)	1429 (857-2655)
Hospitalization for heart failure within 12 months	577 (31.0)	574 (30.7)	1124 (47.4)
Atrial fibrillation	664 (35.6)	705 (37.8)	916 (38.6)
Glomerular filtration rate (mlmin/1.73 m²)	61.8 ± 21.7	62.2 ± 21.5	66.0 ± 19.6
Treatment for heart failure			
RAS inhibitor without neprilysin inhibitor	1314 (70.5)	1286 (68.9)	2007 (84.6)
RAS inhibitor with neprilysin inhibitor	340 (18.3)	367 (20.7)	250 (10.5)
Mineralocorticoid receptor antagonist	1308 (70.1)	1355 (72.6)	1696 (71.5)
Beta blocker	1765 (94.7)	1768 (94.7)	2276 (96.0)
Implantable cardioverter-defibrillator	578 (31.0)	593 (31.8)	622 (26.2%)

Estudio EMPEROR-Reduced, ¿fueron los resultados que esperábamos? Escuchemos a los expertos

Congreso ESC 2020: Una experiencia inédita

Sociedad Argentina de Cardiología
Azcuénaga 980, CABA | Argentina +54 (11) 4961-6027/8/9
info@sac.org.ar