

Nuevos antiarrítmicos en el tratamiento de fibrilación auricular

Servicio de Electrofisiología y Estimulación Cardiaca, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal, México

Comunicación con: Milton E. Guevara-Valdivia.
Tel: (55) 5724 5900, extensión 23078.
Correo electrónico: mylton@yahoo.com

Resumen

La fibrilación auricular es una arritmia cardiaca frecuente en nuestro medio, responsable de alta morbilidad y mortalidad. En años recientes se ha avanzado en este campo como, por ejemplo, en la identificación de determinantes genéticos que condicionan su presencia, en el uso de anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular recurrente y con alto riesgo para tromboembolismo y, finalmente, en el desarrollo de nuevos y más seguros fármacos antiarrítmicos. El propósito de este documento, es discutir este tema y la terapia farmacológica antiarrítmica.

Palabras clave: fibrilación auricular, arritmia cardiaca, anticoagulantes, agentes antiarrítmicos

Summary

Atrial fibrillation is the most common cardiac arrhythmia responsible for a significant morbidity and mortality. In recent years, progress has been made in determining the genetic abnormalities, the use of anticoagulants as a component of a primary treatment strategy in many patients who have a high risk of recurrence and for thromboembolism, and newer and safer antiarrhythmics are now available. The aim of this paper is to discuss about this topic and antiarrhythmic therapy.

Key words: atrial fibrillation, cardiac arrhythmia, anticoagulants, anti-arrhythmia agents

La fibrilación auricular es la arritmia más común en la práctica clínica del cardiólogo y es la causa más frecuente de consulta médica y hospitalizaciones debido a un trastorno del ritmo. Así mismo, es la principal causa de embolismo y enfermedad vascular cerebral; su presencia incrementa el riesgo de insuficiencia cardiaca y muerte en forma significativa.¹

La prevalencia de fibrilación auricular se incrementa con la edad (figura 1), por ello es considerada una enfermedad del adulto mayor: se estima que una de cada 10 personas entre 60 y 80 años, respectivamente (figura 2). Actualmente es considerada un problema de salud pública que incrementa hasta cinco veces los costos hospitalarios en comparación con los de pacientes hospitalizados sin fibrilación auricular.² Estudios como el ReMeFa (Registro Mexicano de Fibrilación Auricular) evidenciarán la prevalencia de este problema y proporcionarán información sobre las estrategias empleadas para su manejo en México.³

En función de la duración del episodio y de la capacidad para recuperar el ritmo sinusal, la fibrilación auricular se clasifica en paroxística, persistente y permanente (figura 3).⁴ El primer episodio puede ser paroxístico o persistente. En la fibrilación auricular *paroxística*, los episodios terminan espontáneamente y no duran más de una semana. En la *persistente*, los episodios duran más de una semana y el trastorno no se resuelve espontáneamente y se requiere una intervención: cardioversión eléctrica o farmacológica, para recuperar el ritmo sinusal. Cuando un paciente tiene dos o más episodios, paroxísticos o persistentes, se denomina fibrilación *auricular recurrente*. En la *permanente* el paciente continúa con la arritmia porque la cardioversión no funciona o no logra restablecer el ritmo sinusal. Estas categorías no son mutuamente excluyentes y un paciente en particular puede tener varios episodios de fibrilación auricular paroxística o persistente ocasional, o al revés. Sin embargo, es práctico clasificar a un

■ Fibrilación auricular en la U. E. y los E. E. U. U. *^{1,2}

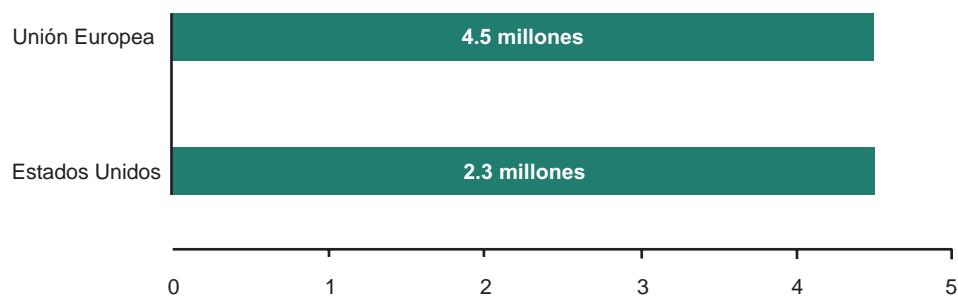


Figura 1 Prevalencia de la fibrilación auricular conforme la edad y el sexo (modificado de la referencia 1)

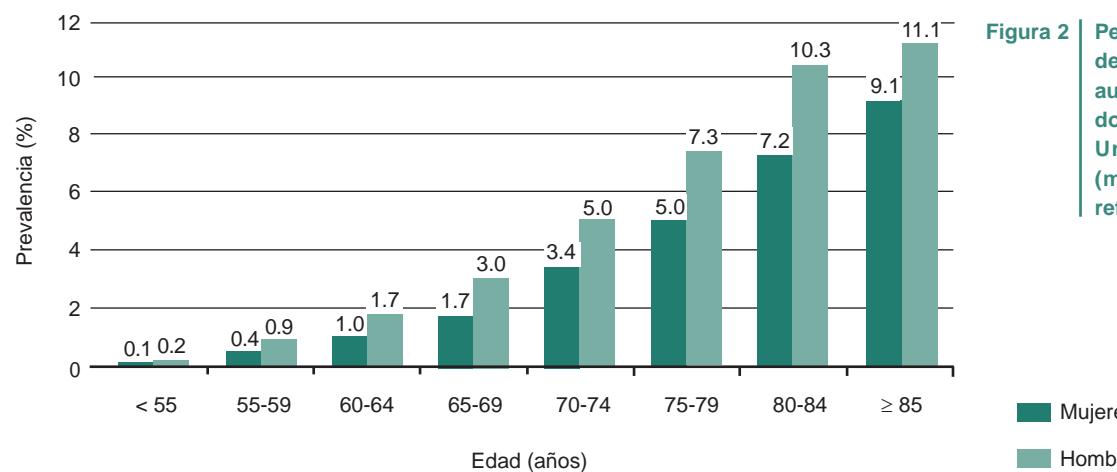


Figura 2 Personas que padecen fibrilación auricular en Estados Unidos y la Unión Europea (modificado de referencias 1 y 4)

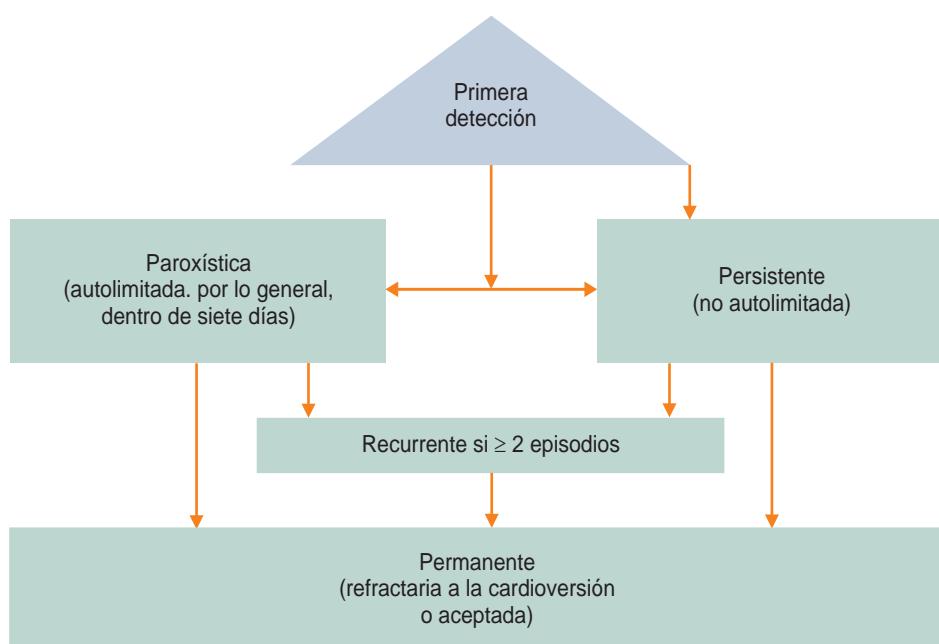


Figura 3 Clasificación de la fibrilación auricular de acuerdo con la duración del episodio (modificado de la referencia 4)

paciente según la presentación más frecuente. Aproximadamente dos tercios de los pacientes experimentan síntomas; los más comunes son disnea, fatiga, dolor torácico, taquicardia y percepción de “latidos cardiacos irregulares”.

Los principales factores de riesgo son hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, hipertrofia ventricular izquierda, cardiomiopatía, las alteraciones valvulares, el hipertiroidismo y el consumo excesivo de alcohol. Respecto a los datos del estudio Framingham, los pacientes con fibrilación auricular tienen de 1.5 a 1.9 más riesgo de mortalidad, independientemente de otra enfermedad cardiovascular.⁵

El tratamiento actual es complejo. La piedra angular es la tromboprofilaxis, que debemos establecer en cada paciente, pudiendo elegir entre antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes orales, según el riesgo de evento vascular cerebral en cada paciente. En segundo lugar debemos decidir el tipo de tratamiento farmacológico con el objetivo de controlar el ritmo, generalmente con antiarrítmicos del grupo IC como la propafenona,

flecainida o amiodarona, sotalol o dofetilide del grupo III; por otro lado, tenemos la estrategia del control de frecuencia, manteniendo frecuencias ventriculares medias aceptables con medicamentos bloqueadores del nodo como los betabloqueadores, los calcioantagonistas y la digital. Todos los antiarrítmicos tienen riesgo de proarritmias o de toxicidad a diferentes órganos, de ahí la necesidad de nuevos antiarrítmicos efectivos y seguros a largo plazo.^{5,6}

En el presente, el médico dispone de un nuevo fármaco conocido como dronedarona, derivado sintético de la amiodarona, el cual no es yodado con una sulfonamida en el anillo benzofurano y posee algunas características de las cuatro clases de anti-arrítmicos de la clasificación de Vaughan Williams.⁷ Este fármaco, disponible ahora en México y América Latina, está incluido dentro de las guías de práctica clínica para el manejo de la fibrilación auricular⁸ como una opción más debido a la necesidad de tener nuevos antiarrítmicos que, además de ser efectivos, sean seguros a largo plazo.

Referencias

1. Go AS, Hylek EM, Phillips KA, Chang Y, Henault LE, Selby JV, et al. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the AnTicoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. *JAMA* 2001;285(18): 2370-2375.
2. Wolf PA, Mitchell JB, Baker CS, Kannel WB, D'Agostino RB. Impact of atrial fibrillation on mortality, stroke, and medical costs. *Arch Intern Med* 1998;158(3):229-234.
3. Iturralde-Torres P, Lara-Vaca S, Cordero-Cabra A, Navat-Townsend S, Mendoza C, Márquez MF, et al. Diseño de un registro multicéntrico para evaluar control del ritmo contra control de la frecuencia en fibrilación auricular: Registro Mexicano de Fibrilación Auricular (ReMefa). *Arch Cardiol Mex* 2011;81(1):13-17.
4. Fuster V, Rydén LE, Cannom DS, Crijns HJ, Curtis AB, Ellenbogen KA, et al. ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (writing Committee to Revise the 2001 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation): Developed in Collaboration With the European Heart Rhythm Association and the Heart Rhythm Society. *Circulation* 2006;114(7):e257-e354.
5. Benjamin EJ, Wolf PA, D'Agostino RB, Silbershatz H, Kannel WB, Levy D. Impact of atrial fibrillation on the risk of death: the Framingham Heart Study. *Circulation* 1998; 98(10):946-952.
6. Corley SD, Epstein AE, DiMarco JP, Domanski MJ, Geller N, Greene HL, et al. Relationships between sinus rhythm, treatment, and survival in the Atrial Fibrillation Follow-Up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) Study. *Circulation* 2004;109(12):1509-1513.
7. Duray GZ, Ehrlich JR, Hohnloser SH. Dronedarone: a novel antiarrhythmic agent for the treatment of atrial fibrillation. *Curr Opin Cardiol* 2010;25:53-58.
8. Camn AJ, Kirchhof P, Lip GYH, Schotten U, Savelieva I, Ernst S, et al. Guías de práctica clínica para el manejo de la fibrilación auricular. Segunda edición corregida. *Rev Esp Cardiol* 2010;63(12):1483.e1-e83.