



SOCIEDAD
COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA Y
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Revista Colombiana de Cardiología

www.elsevier.es/revcolcar



ARTÍCULO ESPECIAL

Prevención primaria en fibrilación auricular

Primary prevention in atrial fibrillation



Gustavo A. Montero-Rincón ^{a,b}

^a Servicio de Electrofisiología Clínica Rey David, Cali, Colombia

^b Departamento de Cardiología, Servicio de Electrofisiología Clínica Amiga, Cali, Colombia

Recibido el 3 de octubre de 2016; aceptado el 6 de octubre de 2016

Disponible en Internet el 4 de noviembre de 2016

Resumen

Dada la alta incidencia y prevalencia de la fibrilación auricular, es preciso revisar las recomendaciones en la prevención primaria de esta común arritmia en términos de nivel de evidencia y consistencia de la misma en los diferentes escenarios: para ello se realizó una búsqueda de estudios clínicos aleatorizados, así como se pusieron en contexto las recomendaciones de las Guías Clínicas.

Las medidas de prevención primaria son de vital importancia en cualquier proceso patológico. La fibrilación auricular ofrece dificultad especial dado que comparte factores de riesgo para otras enfermedades cardiovasculares, las cuales a su vez en sí mismas son factores de riesgo para esta. Los programas de manejo del riesgo enfocados en el control del peso, la promoción de hábitos saludables, la estimación individual del riesgo, el manejo de los factores de riesgo clásicos así como del síndrome de apnea/hipopnea del sueño, son herramientas prometedoras para la prevención primaria de la fibrilación auricular.

Introducción

La fibrilación auricular se demostró por primera en los electrocardiogramas hace más de 100 años, reconociéndose desde entonces como uno de los mayores problemas

de salud global. Se considera que más del 1% de la población en Australia, Europa y Estados Unidos está afectada por esta arritmia. Sin embargo, la prevalencia real puede desconocerse o subestimarse dado que muchos pacientes con fibrilación auricular permanecen no diagnosticados¹. Se considera entonces como una epidemia de rápido crecimiento, de la que se proyecta que la prevalencia aumentará desde 5,2 millones en 2010 a 12,1 millones en 2030 debido especialmente al envejecimiento de la población. La fibrilación auricular se asocia con un incremento en mortalidad, morbilidad y alto costo de atención en salud.

Sin ser una sorpresa, muchos factores de riesgo modificables relacionados con enfermedades ateroscleróticas cardiovasculares han sido relacionados con la aparición de fibrilación auricular. Sin embargo, aunque las últimas Guías Prácticas de fibrilación auricular mencionan estos factores de riesgo, no hacen recomendaciones con algún nivel de evidencia en dieta, ejercicio o cambios en el estilo de vida para prevención primaria y secundaria de fibrilación auricular.

En 2013, la Sociedad de Ritmo Cardíaco (HRS, su sigla en inglés) reconoce "avances en los esfuerzos para la prevención de fibrilación auricular mediante enfoque en la modificación del riesgo" como un objetivo clave de investigación. Debe igualmente considerarse que existen otros factores de riesgo para fibrilación auricular como lo son las enfermedades valvulares, la enfermedad tiroidea y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, los cuales no son factores de riesgo clásicos ateroscleróticos pero tienen implicaciones para las estrategias de manejo.

Correo electrónico: gmontero99@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2016.10.028>

0120-5633/© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Históricamente, los aspectos de prevención primaria en fibrilación auricular han sido materia de desarrollo y decepción, probablemente obedeciendo a la complejidad de factores interrelacionados, desde el punto de vista fisiopatológico, con la aparición de la fibrilación auricular, algunas veces modificables y otras difícilmente intervenibles. A pesar del uso de medicamentos que intervienen el sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), hipolipemiantes como atorvastatina y ácidos grasos omega (propuestos como estrategias de prevención primaria cuando tengan indicación por otras causas), existen vacíos terapéuticos cuando se pretende intervenir de manera primaria la fibrilación auricular.

Se plantean otras estrategias de intervención en forma de programa de intervención de riesgo de fibrilación auricular, que comprende atacar los factores de riesgo clásicos cardiovasculares y otros más recientemente reconocidos como pivotes en la aparición de fibrilación auricular.

Obesidad y pérdida de peso

El aumento en la prevalencia de la obesidad ha sido claramente documentado en los Estados Unidos de América (EUA), donde se estima que un tercio de los adultos son obesos, así como globalmente².

En los últimos cinco años, numerosos estudios establecen que la obesidad está íntimamente relacionada con la aparición de fibrilación auricular. El índice de masa corporal (IMC) forma parte de los modelos de predicción para el inicio de fibrilación auricular. Se ha demostrado, igualmente, que esta asociación es independiente de otras comorbilidades asociadas a la obesidad.

En el Estudio ARIC (Atherosclerotic Risk in Communities) (n = 14.598) se atribuyó un 17% de riesgo de fibrilación auricular a la presencia de obesidad o sobrepeso³. Así mismo, se demostró mayor riesgo de desarrollar fibrilación auricular en los estudios WHS (Women's Health Study) con 5% de riesgo por cada kg/m² de aumento en el IMC y en el WHI (Women's Health Initiative) con 12% de riesgo a igual magnitud de ascenso en el IMC⁴.

De manera interesante, en el WSH, se encontró que mayores niveles de actividad física atenuaron el nivel de riesgo⁵. Un índice de masa corporal (IMC) > 35 kg/m², también se relacionó con un riesgo 3,5 veces mayor de fibrilación auricular en mujeres jóvenes y saludables por demás⁶. En un metaanálisis reciente de 51 estudios con 626.603 pacientes, se encontró un 10-29% riesgo relativo mayor de fibrilación auricular por cada 5 kg/m² de aumento en el IMC ya sea fibrilación auricular de novo o postoperatoria⁷.

Adicionalmente, medidas de adiposidad diferentes a la estimación del IMC, también se han asociado con mayor riesgo de fibrilación auricular. Un registro danés con 55.273 pacientes y 13,5 años de seguimiento, encontró que una masa corporal de grasa aumentada, medida con impedancia bioeléctrica, se relacionó con mayor incidencia de fibrilación auricular⁸.

Diversos mecanismos subyacen entre la asociación de fibrilación auricular y la obesidad. En un modelo animal de una dieta alta en calorías, la obesidad se asoció con dilatación y fibrosis de la aurícula izquierda, infiltración grasa e inflamatoria en la aurícula, así como cambios en las

propiedades eléctricas, que llevan a tasas altas de fibrilación auricular espontánea o inducida.

En humanos, un alto valor de IMC se ha relacionado con dilatación de la aurícula izquierda⁹, lo cual a su vez se asocia con mayor riesgo de fibrilación auricular¹⁰.

El aumento del volumen de la grasa pericárdica se ha descrito en humanos obesos y se ha relacionado igualmente con la fibrilación auricular así como con la severidad y recurrencia después de ablación, lo cual ha sido independiente del valor de IMC y sugiere un efecto patológico local de la grasa pericárdica¹¹. La obesidad también se ha asociado con aumento en el grosor de la grasa pericárdica, lo cual conlleva alteraciones electrofisiológicas y desbalance simpático-vagal en la aurícula izquierda¹². Clínicamente, la grasa pericárdica se ha relacionado con fibrilación auricular¹³.

Finalmente, la obesidad se coliga a un estado de inflamación crónica, sistémica y de bajo grado, que desempeña un papel clave en la iniciación y perpetuación de la fibrilación auricular, favoreciéndose así la asociación entre obesidad y fibrilación auricular¹⁴.

Estudios clínicos recientes demuestran que la reducción de peso ejerce un rol importante en el contexto de un programa de modificación de factores de riesgo para el manejo de la fibrilación auricular.

Un estudio en un solo centro con 150 pacientes obesos con fibrilación auricular sintomática, aleatorizó a unos para manejo de sobrepeso y a otros para consejería de estilo de vida, ambos grupos en terapia común para fibrilación auricular. El programa de manejo de peso consistió en la prescripción de una rutina de ejercicio y una dieta hipocalórica, con una mejoría en el IMC desde 32,8 a 27,2 kg/m² en 15 meses vs. ningún cambio en el grupo control. A los 15 meses, el grupo de control de peso mediante programa, redujo la frecuencia de episodios de fibrilación auricular y la duración de los mismos y obtuvo menores puntajes en las pruebas de severidad de los síntomas¹⁵.

El estudio LEGACY-AF (Long Term Effect of Goal Directed Weight Management on Atrial Fibrillation Cohort: A 5 Year Follow Up Study) evaluó el impacto del programa de modificación de factores de riesgo y pérdida de peso en el manejo de la fibrilación auricular a mayor plazo y detectó que una pérdida de peso mayor al 10% estuvo asociada a una supervivencia libre de fibrilación auricular seis veces mayor (en pacientes con IMCD > 27). Igual efecto se ha encontrado en pacientes sometidos a ablación de fibrilación auricular¹⁶.

Por lo tanto, el nexo epidemiológico entre la obesidad y la fibrilación auricular está claro y hoy existe mayor comprensión de la fisiopatología que une las dos condiciones. Los datos recientes apoyan la importancia de la reducción del peso en la prevención y el manejo de la fibrilación auricular. Cabe anotar que los estudios mencionados no tomaron solamente la reducción de peso *per se*, sino un programa de ejercicio, dieta y modificación de otros factores existentes. Tal nexo entre pérdida de peso y fibrilación auricular es por tanto multifactorial, pues un programa de modificación de factores de riesgo con recomendación de reducción de peso, conlleva una mejoría en otras condiciones comórbidas que también están independientemente relacionadas con fibrilación auricular. Sin embargo, la pérdida de peso sí resulta en cambios estructurales en la aurícula apoyando la teoría al respecto¹⁷. En la actualidad, la evidencia clínica

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5620482>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5620482>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)