

# Fibrilación auricular e isquemia: detección precoz y manejo integral

## *Atrial Fibrillation and Ischemia: Early Detection and Integral Management*

ADRIAN BARANCHUK<sup>1</sup>, JUAN FARINA<sup>2</sup>

Hemos leído con mucho interés el artículo de Garmendia y colaboradores publicado en el presente número de la Revista Argentina de Cardiología. (1) En este sub-análisis del original Registro Buenos Aires I (2) los autores investigaron la incidencia, factores predisponentes e implicancias pronósticas de la aparición de fibrilación auricular (FA) *de novo* en el contexto de un síndrome coronario agudo (SCA) sin elevación del segmento ST. Algunos de los hallazgos más relevantes fueron una incidencia significativa (7,7%), y la identificación de ciertos factores clínicos predictores de FA como la edad avanzada (lo cual no nos sorprende, ya que la edad es un factor independiente para el desarrollo de FA en cualquier población), la presentación como infarto agudo de miocardio y la necesidad de revascularización quirúrgica, ambos factores posiblemente asociados con una “carga” de isquemia mayor. (1) El dato más relevante es que la detección de FA resultó ser un predictor potente de mortalidad total, de mortalidad de causa cardiovascular, y de eventos de sangrado.

Este estudio de Garmendia y colaboradores (1) no debe pasar inadvertido para el lector de la Revista Argentina de Cardiología. La aparición de FA *de novo* en un SCA ha sido sujeto de investigaciones previas y es indudablemente un tópico relevante por diversas razones. En primer lugar, la aparición de esta arritmia en el contexto de un evento coronario agudo conlleva sustanciales implicancias pronósticas a corto y largo plazo; esto ha sido demostrado por los autores y se sustenta ampliamente en la literatura; en otras investigaciones la aparición *de novo* de FA se ha asociado de forma independiente con una mayor tasa de mortalidad, de eventos isquémicos y de sangrado. (3-5) Por otra parte, el diagnóstico de FA en el contexto de un SCA implica frecuentemente la necesidad de modificaciones en el esquema antitrombótico /anticoagulante de estos pacientes. (6)

La cuestión de la incidencia de esta arritmia en el contexto de un SCA merece a nuestro entender especial atención. Los datos reportados por los autores coinciden con reportes previos de otros grupos en pacientes con similares características (4,5), pero globalmente se

reporta una incidencia variable, entre 3-22%. (7) Esta variabilidad pareciera estar mayoritariamente relacionada con cuestiones vinculadas a los tipos de eventos isquémicos considerados, la gravedad de los pacientes incluidos, la estrategia de revascularización utilizada y el tiempo de seguimiento en cada investigación en particular. Garmendia y colaboradores (1) aclaran que en su investigación la incidencia de FA *de novo* podría estar sobreestimada por la presencia de eventos de FA no diagnosticados previamente al SCA. Si bien dicha aclaración parece oportuna, nos preguntamos si ese fenómeno no podría suceder en sentido contrario. Es decir, si existiera la chance de encontrarnos ante un sub-diagnóstico de los eventos arrítmicos por la ausencia de, o la dificultad para aplicar, herramientas sensibles para el diagnóstico durante el seguimiento ambulatorio. Actualmente, si bien existen guías en constante actualización para la elección del tratamiento óptimo y el ajuste de la estrategia antitrombótica/ anticoagulante para pacientes con FA y enfermedad coronaria (6) (a pesar de ello cabe mencionar que en el presente estudio existe una alta heterogeneidad en los tratamientos indicados y una baja indicación de anticoagulación en los pacientes con FA *de novo*), las recomendaciones acerca de cómo pesquisar esta arritmia en ese escenario clínico no abundan. (8) Es decir, contamos con evidencia con relación a cómo enfrentar el problema, pero las recomendaciones certeras acerca de cómo identificarlo son escasas.

Las estrategias de *screening* ideales para la detección de FA se encuentran actualmente en discusión: una serie de estudios recientes en diversos escenarios clínicos ha demostrado que utilizar métodos más incisivos como monitoreos ambulatorios prolongados, equipos de registro implantables o dispositivos inteligentes incrementa las chances diagnósticas, aún en pacientes asintomáticos. (9,10) El desarrollo de estas nuevas tecnologías ha puesto en el centro de la discusión la posibilidad de la pesquisa de esta arritmia en la población general o en grupos de riesgo. (10,11) En el contexto específico de un SCA, considerando la elevada incidencia y las implicancias de su diagnóstico,

REV ARGENT CARDIOL 2021;89:283-284. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v89.i4.20430>

VER ARTÍCULO RELACIONADO Rev Argent Cardiol 2021;89:293-300.<http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v89.i4.20410>

Dirección para separatas: Adrian Baranchuk M861 Apple Down Dr - Kingston, ON, Canada - K7P1C7 - Email: barancha@kgh.kari.net - Twitter: @adribaran

<sup>1</sup>Division of Cardiology, Kingston Health Sciences Center, Kingston, Ontario, Canada

<sup>2</sup>Department of Cardiovascular and Thoracic Surgery, Mayo Clinic, Phoenix, Arizona, USA

la adopción de estrategias de *screening* de FA ajustadas al riesgo de cada paciente en particular y al medio en el que desarrollamos el seguimiento parecen vitales. En ese sentido, otro aporte fundamental de Garmendia y colaboradores (1) es el reconocimiento de los factores predisponentes para el desarrollo de FA en el ámbito nacional. Estas variables, en sintonía con trabajos publicados previamente (4), se vinculan con el monto isquémico del evento y la gravedad del paciente en cuestión. La consideración de estos factores al momento de “ajustar la mira” en la pesquisa de FA podría ser de fundamental importancia durante el seguimiento ambulatorio de un paciente tras un evento coronario. Predictores no convencionales, como la presencia de bloqueos interauriculares observados en el mismo ECG de superficie utilizado para evaluar el evento isquémico agudo, han sido vinculados en investigaciones recientes con el desarrollo de FA tras dicho evento isquémico y podrían aportar aún más precisión en la toma de decisiones. (12)

Como comentario agregado, expresamos nuestro reconocimiento hacia los autores de este sub-estudio y del registro Buenos Aires I por promover la investigación en el ámbito nacional. De igual modo parece oportuno aclarar que al incluir este proyecto a 21 centros asistenciales de alta complejidad en una determinada región geográfica y no a otros centros de menor capacidad diagnóstica-terapéutica, la extrapolación de estas conclusiones a nivel nacional es dificultosa en el contexto de un sistema de salud heterogéneo. Por otra parte, el hecho de haber incluido en el registro únicamente a pacientes con SCA sin elevación del segmento ST podría poner en discusión la capacidad de extrapolar estos hallazgos al conjunto de los SCA, pero en este punto es oportuno recalcar que existen investigaciones previas a gran escala que sustentan las implicancias pronósticas de la FA en todo el espectro de los eventos coronarios agudos (ya sea con o sin elevación del segmento ST). (5)

En conclusión, una acertada y oportuna pesquisa de FA luego de un evento coronario agudo es imperativa, ya que las estrategias para su control, corrección de los factores predisponentes y el adecuado tratamiento antiarrítmico y de prevención de eventos embólicos son de vital importancia para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de nuestros pacientes. De qué manera realizar el *screening* posteriormente a un SCA y de qué modo ser más incisivos en la pesquisa en poblaciones particularmente susceptibles con estrategias que se adaptan al paciente y al medio asistencial en el que nos encontramos, impresiona como un desafío en la práctica médica cotidiana. Determinar el potencial beneficio pronóstico de una pesquisa más intensiva de FA luego de un evento coronario agudo, se plantea sin dudas como un campo de investigación en el futuro.

### Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses.

(Véase formulario de conflicto de intereses de los autores en la web / Material suplementario).

### BIBLIOGRAFÍA

- Garmendia CM, Viruel M, Rivero M, Parrilla L, Mascarello M, Bonorino J, et al. En representación de los investigadores de Buenos Aires I. Fibrilación auricular de novo en pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. Datos del registro Buenos Aires I. *Rev Argent Cardiol* 2021;89:293-300. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v89.i4.20410>
- Costabel JP, Zaidel E, Rivero M, Gómez I, Pérez GE, Garmendia CM, et al. Registro multicéntrico prospectivo de pacientes hospitalizados por síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST en centros de alta complejidad. Resultados intrahospitalarios y evolución a 6 meses (Buenos Aires I). *Rev Argent Cardiol* 2020;308-16. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v88.i4.18501>
- Wong CK, White HD, Wilcox RG, Criger DA, Califf RM, Topol EJ, et al. New atrial fibrillation after acute myocardial infarction independently predicts death: the GUSTO-III experience. *Am Heart J* 2000;140:878-85. <https://doi.org/10.1067/mhj.2000.111108>
- Worme MD, Tan MK, Armstrong DWJ, Yan AT, Tan NS, Brieger D, et al. Previous and New Onset Atrial Fibrillation and Associated Outcomes in Acute Coronary Syndromes (from the Global Registry of Acute Coronary Events). *Am J Cardiol* 2018 ;122:944-51. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2018.06.001>
- Lopes RD, Pieper KS, Horton JR, Al-Khatib SM, Newby LK, Mehta RH, et al. Short- and long-term outcomes following atrial fibrillation in patients with acute coronary syndromes with or without ST-segment elevation. *Heart* 2008;94:867-73. <https://doi.org/10.1136/hrt.2007.134486>
- January CT, Wann LS, Calkins H, Chen LY, Cigarroa JE, Cleveland JC Jr, et al. 2019 AHA/ACC/HRS Focused Update of the 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *J Am Coll Cardiol* 2019;74:104-32. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.01.011>. Erratum in: *J Am Coll Cardiol* 2019;74:599.
- Schmitt J, Duray G, Gersh BJ, Hohnloser SH. Atrial fibrillation in acute myocardial infarction: a systematic review of the incidence, clinical features and prognostic implications. *Eur Heart J* 2009;30:1038-45. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehn579>
- Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D, Casadei B, et al. ESC Scientific Document Group, 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J* 2016;37:2893-962. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw210>
- Sharma AN, Baranchuk A. Ambulatory External Electrocardiography Monitoring: Holter, Extended Holter, Mobile Cardiac Telemetry Monitoring. *Card Electrophysiol Clin*. 2021;13:427-38. <https://doi.org/10.1016/j.ccep.2021.04.003>
- Jones NR, Taylor CJ, Richard Hobbs F, Bowman L, Casadei B. Screening for atrial fibrillation: a call for evidence. *Eur Heart J* 2020;41:1075-85. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz834>
- Casadei B, Wijesurendra R. Atrial fibrillation after cardiac surgery: to screen or not to screen? *Cardiovasc Res* 2021;117:e21-3. <https://doi.org/10.1093/cvr/cvaa352>
- Alexander B, MacHaalany J, Lam B, van Rooy H, Haseeb S, Kuchtaruk A, et al. Comparison of the Extent of Coronary Artery Disease in Patients With Versus Without Interatrial Block and Implications for New-Onset Atrial Fibrillation. *Am J Cardiol* 2017;119:1162-5. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2016.12.032>