

Los principales tópicos pueden resumirse así:

CUAL ES LA REALIDAD DE LOS TRATAMIENTOS DE LA FIBRILACION AURICULAR EN LATINOAMERICA?

1- ASUNTO DE SALUD PUBLICA: UNA EPIDEMIA SIN ESTRATEGIAS DE CONTROL

La fibrilación auricular ha sido considerada junto a la falla cardiaca una de las epidemias del presente siglo, afirmación hecha por una de las autoridades más influyentes en la Cardiología moderna, el Dr Eugene Braunwald. Latinoamérica no es ajena a esa realidad. Se calcula que esta arritmia afecta de 1-a-2% de la población general, lo que significa que 5,5 a 11 millones de Latinoamericanos están afectados. Sin embargo, a pesar de estas cifras, la enfermedad considerada epidemia no se maneja como tal. No hay políticas gubernamentales específicas dirigidas a la detección temprana y manejo de esta patología que debe involucrar a los sistemas de salud pública y a los prestadores de salud. Un organigrama, en el caso de las epidemias, abarca diferentes niveles, desde el médico general hasta los especialistas, llámese Médicos Internistas, Cardiólogos o Electrofisiólogos. Sin embargo, lo que está sucediendo actualmente es una corriente a la inversa, del electrofisiólogo como líder en el entendimiento y tratamiento de la fibrilación auricular, hacia la comunidad médica general (ver esquema).

La detección precoz de la FA es clave fundamental para evitar el deterioro progresivo de las aurículas. Dado que la FA usualmente inicia en brotes y se auto-perpetúa, es necesario no solo detectar aquellos pacientes que se tornan sintomáticos, sino también realizar un estrecho seguimiento para definir un tratamiento oportuno que reduzca o detenga de manera contundente los brotes arrítmicos promotores. Los tratamientos farmacológicos dirigidos al control de la arritmia deben ser probados a corto plazo en su capacidad de control o reducción de síntomas y episodios. La ausencia de control o la respuesta inadecuada a los fármacos (aquellos verdaderamente antiarrítmicos) debe ser motivo para considerar terapias más contundentes como el aislamiento de las venas pulmonares o re-enfoque del manejo de la patología asociada o de los factores desencadenantes.

A nivel del médico general o de urgencias, debe incrementarse la educación respecto a las conductas a seguir en aquellos pacientes que sean detectados con fibrilación auricular. Al nivel más básico, la detección de la arritmia debe, como en las epidemias, considerar el origen posible de la enfermedad, documentarla, clasificarla y realizar unas pruebas básicas. El inicio de tratamiento farmacológico antiarrítmico dependerá de la ausencia de factores reversibles causantes de la arritmia tales como hipertiroidismo, abuso de alcohol, café, estimulantes o de fármacos, efecto colateral de otras medicaciones, etc. El médico general debe tener



conciencia que este análisis, la identificación de factores reversibles o las causas acompañantes, así como las enfermedades cardiovasculares que propician la arritmia deben permitirle estratificar o clasificarla y como precepto medico fundamental NUNCA considerarla como una arritmia benigna.

La historia clínica y el examen físico general orientado a las causas desencadenantes con énfasis en enfermedades cardiovasculares le permitirá reconocer pacientes a mayor riesgo que deban ser estratificados con prioridad, tal cual ocurre en las epidemias, dado que estos tienen una posible enfermedad avanzada. Esta estrategia complementada con una Radiografía de Tórax, un ECG y una química sanguínea completa (TSH, electrolitos, cuadro hemático, creatinina y glicemia) permitirá hacer el primer tamizaje de la población con fibrilación auricular.

La remisión al especialista en Medicina Interna nos debe llevar a un nivel de complejidad mayor. Este especialista debe tener una mas amplia posibilidad de evaluación, definiendo las patologías concurrentes tales como Hipertiroidismo, Diabetes, Obesidad (apnea del sueño), Enfermedad Pulmonar, Cardiopatía dilatada (isquémica o idiopática), cardiomiopatía hipertrófica e Insuficiencia renal. El manejo farmacológico y no-farmacológico de cada una de estas entidades permitirá reducir factores disparadores de la arritmia. El medico internista debe definir la necesidad o no de anticoagulación considerando los puntajes básicos como el CHADS2 y su reciente modificación CHA2DS2Vasc. Así mismo podrá definir cual estrategia terapéutica si control del ritmo o de la frecuencia es mas conveniente de acuerdo a edad, cronicidad y co-morbilidades.

Finalmente, el Cardiólogo Clínico y el Electrofisiologo deben evaluar los pacientes con mayores y mas complejos problemas, o aquellos casos referidos para abordajes o tratamientos especializados. A este nivel, los exámenes especializados como el ECOCARDIOGRAMA transtorácico y/o transesofágico, la prueba de esfuerzo y la monitoria Holter permitirán hacer una evaluación mas detallada, refinar el diagnóstico y encauzar al paciente hacia procedimientos invasivos, tales como los monitores implantables, el marcapasos, la resincronización con o sin desfibrilador, la ablación del nodo AV, de vías accesorias u otras arritmias y el aislamiento de las venas pulmonares u otras técnicas de ablación en pacientes crónicos. El uso de fármacos antiarrítmicos y la optimización de fármacos para la falla cardíaca son otras estrategias que tienen su nicho a este nivel.

Este esquema ideal del manejo de una epidemia como se ha dicho de la fibrilación auricular, no se está llevando a cabo porque los niveles mas bajos del esquema no tienen claro el enfoque diagnóstico y terapéutico, haciendo que la especialistas como los electrofisiólogos deban manejar u orientar a pacientes con fibrilación auricular que pudieran ser controlados u orientados en los niveles precedentes de los sistemas de salud.



2- LATINOAMERICA: UN CONTINENTE SIN INFORMACION DE LA EPIDEMIOLOGIA DE LA FIBRILACION AURICULAR

Con excepción de algunos pocos trabajos de seguimiento de poblaciones con fibrilación auricular crónica o permanente es poca la información de grandes grupos poblacionales, real incidencia y prevalencia, costos de la atención relacionados con esta patología, costos de la atención relacionada con secuelas o consecuencias de la enfermedad, tales como falla cardíaca y accidente cerebro-vascular. No hay cartillas educativas con impacto en la salud pública o entrenamiento específico dirigido a médicos generales para aplicar protocolos que permitan la identificación de estos pacientes, su enfoque diagnóstico y terapéutico con el fin de reducir la morbi-mortalidad asociada y guías aplicadas para optimizar recursos diagnósticos y el costo de los fármacos.

3- EL GRAVE PROBLEMA DE LA ANTICOAGULACION

La terapia de anticoagulación ha demostrado su efectividad en la prevención del accidente cerebrovascular cardio-embólico propiciado por la fibrilación auricular. Son múltiples los estudios que demuestran su beneficio. Sin embargo, estadísticas regionales en Latinoamérica sugieren que la población con FA que debería recibir el beneficio de esta terapéutica no alcanza el 25%, sin considerar que la forma como los pacientes la reciben frecuentemente simula un diagrama de "montaña rusa", con picos y valles por la inconsistencia en la toma o por los periodos de tiempo que los sistemas de salud privados o públicos entregan o dejan de administrar tal medicación a los pacientes. De esos mismos estudios (Labadet C, et al) se deriva la información que la mortalidad total y la mortalidad asociada a accidente cerebrovascular en pacientes latinoamericanos con FA permanente, es dos a tres veces más alta que la informada en países anglosajones.

Otros factores diferentes también agravan la situación en nuestra Latinoamérica, tales como las grandes distancias a las ciudades, la falta de laboratorios confiables en la medición del INR, el analfabetismo, la falta de cobertura en salud, la pobreza y la indigencia, las medicaciones genéricas no reguladas o con bajo e ineficaz control en su calidad, el costo de la medicación cuando debe ser adquirida por el paciente y la ausencia de programas ambulatorios para el control del INR.

Además de lo anterior, al nivel básico e incluso especializado, no se tiene familiaridad con las guías de manejo de la fibrilación auricular y en especial de los esquemas de anticoagulación o se tiene temor en relación a los riesgos de sangrado. Todo esto, parece que a futuro pudiera ser reducido con la introducción de los nuevos fármacos anti-coagulantes que no requieren control del INR, pero queda a considerar los costos relacionados con la adquisición de la medicación y la implementación de programas de cobertura de la población a riesgo lo cual depende de políticas estatales dirigidas a la salud.



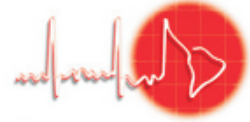
4- LA ABLACION DE FIBRILACION AURICULAR: UNA ESTRATEGIA EMERGENTE EN LATINOAMERICA

La ablación de fibrilación auricular es una estrategia novedosa introducida en la práctica clínica hace ya más de 10 años. Se considera una estrategia de tratamiento para aquellos que son refractarios al tratamiento farmacológico y es una indicación Clase IIA de las guías internacionales y latinoamericanas para el manejo de esta patología. La complejidad del procedimiento, la larga curva de aprendizaje, las potenciales complicaciones, algunas fatales, los pocos centros hospitalarios con gran número de casos que permitan adquirir la maestría para reducir esas complicaciones y la recurrencia de la arritmia son puntos que representan un “cuello de botella” para una expansión de este tratamiento, sin considerar los costos de las reintervenciones y el no reconocimiento del procedimiento como un procedimiento diferente a la ablación de una vía accesoria.

Importantemente debemos considerar que las estadísticas latinoamericanas indican que la morbi-mortalidad asociada a la ablación de las venas pulmonares es más alta (posiblemente la real), que la publicada a nivel anglosajón en estudios controlados donde se ha cuantificado en 5-6% versus 14% de acuerdo a los registros brasileño y argentino. Lo anterior puede ser el reflejo o desviación que producirían las complicaciones más frecuentes de los grupos que tienen una menor cantidad de casos, lo que nos lleva de nuevo a la paradoja de la limitante relacionada con la experticia necesaria que solo se encuentra en pocos grupos a nivel latinoamericano, reduciendo la posibilidad de los pacientes a este tratamiento.

Todavía existen y existirán en Latinoamérica muchos factores sociales, políticos, culturales y de salud que limitan el traslado de la nueva tecnología a los enfermos, tecnología que intenta la modificación de la historia natural de las enfermedades como la fibrilación auricular. El fracaso parcial de los fármacos antiarrítmicos en el control de la arritmia, el incremento del riesgo de ACV a medida que la FA se perpetúa, colocan a la ablación de las venas pulmonares como una alternativa que debe elegirse tempranamente para aquellos pacientes con síntomas y recurrencias a pesar de los medicamentos. Lamentablemente, los atavismos que la práctica médica transmite de generación en generación en relación a la fibrilación auricular, hace que la comunidad médica retrase la toma de esa decisión con consecuencias muchas veces funestas para nuestros pacientes, sociedades y economías.

El número de procedimientos de ablación de fibrilación auricular ha crecido enormemente a nivel mundial en los últimos 5 años, calculándose en aproximadamente 50.000 para el año 2010 (Cam, J). Aunque la cifra parece muy gruesa, tan solo representa el 0,4% de los pacientes con FA de USA, Europa y Latinoamérica y mucho menos de 0,001% si consideráramos los pacientes de Asia. Si consideramos unos 5.000 casos de ablación de FA en Latinoamérica en el 2010 (cifra muy optimista!!) dicha cifra correspondería a 0,0001% de la población latinoamericana que padece FA (1%), de tal manera que, en contradicción con lo que



algunos piensan, el numero de pacientes con FA llevados a aislamiento de venas pulmonares es extremadamente bajo y muy probablemente lo seguirá siendo dado el “cuello de botella” mencionado.

CONCLUSIONES:

- 1- No se dispone de estudios poblacionales o datos epidemiológicos que indiquen certeramente cual es la situación de la fibrilación auricular en Latinoamérica.
- 2- Necesitamos crear conciencia en nuestras sociedades acerca de las implicaciones clínicas y sociales de la fibrilación auricular. La población general, la comunidad médica y los programas de salud publica y privada deberían estar involucrados en esta estrategia. Es urgente enfocar los esfuerzos en la prevención temprana actuando sobre los factores de riesgo conocidos y en la detección-tratamiento precoz y agresivo respectivamente de esta patología.
- 3- La anticoagulación oral debería ser mejorada y maximizada basados en la estratificación del riesgo embólico de cada paciente con FA. Es necesario programas de salud publica orientados hacia la educación y auto-monitoria de la anticoagulación.
- 4- Mantenimiento del ritmo sinusal mediante fármacos exclusivamente, en pacientes con FA paroxística y/o persistente es sub-optima, por lo que el aislamiento de las venas pulmonares emerge en Latinoamérica como una estrategia potencialmente costo-efectiva.
- 5- La población afecta de fibrilación auricular es muy grande y variada. Existe suficiente número de pacientes que pueden recibir el beneficio de otras terapias farmacológicas y no farmacológicas, como la estrategia de control de la frecuencia (control laxo de la frecuencia \leftarrow 110 lpm en reposo) y/o ablación del Nodo AV mas implante de marcapaso y/o terapia de resincronización cardíaca.

DR DIEGO I. VANEGAS CADAVID.