

Impacto clínico del control de ritmo temprano y estilo de vida saludable en pacientes con fibrilación auricular

- [Dr. Humberto Rodríguez Reyes](#)

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más común, es una enfermedad progresiva y su prevalencia aumenta con la edad de la población. El control de ritmo temprano (CRT) ha demostrado que reduce los eventos adversos cardiovasculares, especialmente el evento vascular cerebral (EVC) en 35% comparado con el tratamiento convencional (1). Por su parte, las modificaciones en el estilo de vida temprano después del diagnóstico de FA se asocian con menor riesgo de EVC en pacientes con FA e insuficiencia cardíaca (IC) (2), y se asocian con mantenimiento en ritmo sinusal con mayor frecuencia en pacientes que se han llevado a ablación con catéter en comparación con los que solo se les ha realizado ablación (3).

Aunque las guías enfatizan el tratamiento integral de pacientes con FA, que consiste en anticoagulación, control de síntomas, manejo de comorbilidades y factores de riesgo cardiovascular para obtener mejores resultados clínicos (4), se desconoce el impacto sinérgico del control de ritmo temprano y una conducta de estilo de vida saludable en el riesgo de EVC.

So-Ryoung Lee y cols (5) realizaron un gran estudio clínico observacional, usando la base de datos de los servicios de seguros del sistema de salud nacional coreano. Se incluyeron 208,662 pacientes con diagnóstico nuevo de FA desde el 1 de enero de 2009 hasta 31 de diciembre del 2016, con una edad promedio de 63.7 años, 59.4 % hombres y CHA₂DS₂-VASc promedio de 3.4. La terapia de control de ritmo se definió como la prescripción de antiarrítmicos (clase I o clase III), cardioversión eléctrica o ablación con catéter, los pacientes que recibieron control de ritmo dentro de los primeros 2 años se incluyeron en el grupo de control de ritmo temprano. El grupo de estilo de vida saludable incluyó dejar de fumar, abstinencia de alcohol y realizar ejercicio regular, los

pacientes con > 2 conductas de estilo de vida saludable se consideraron el grupo de estilo de vida saludable (EVS)

Los pacientes se dividieron en cuatro grupos: **Grupo 1:** Sin CRT y sin EVS que incluyó 46,972 pacientes, **Grupo 2:** Sólo EVS con 110,479 pacientes, **Grupo 3:** Sólo CRT con 15,133 pacientes y el **Grupo 4** combinación de CRT y EVS con 36,078 pacientes. El objetivo primario del estudio fue la incidencia de EVC isquémico. El análisis incluyó realizar comparaciones entre el grupo 2 vs 4 para evaluar el impacto de agregar CRT al EVS y del grupo 3 vs 4 para evaluar el impacto de agregar EVS al CRT. Las estrategias de CRT fueron 99.4% antiarritmicos (63% clase IC y 48.5% clase III), 7.4% cardioversión eléctrica y 3.7% ablación con catéter. Los pacientes que mantuvieron un EVS (grupo 2 y 4) fueron en general más mujeres y de mayor edad comparados con los que no lo llevaron (grupos 1 y 3). El seguimiento medio fue de 4.2 años, en el cual 9905 pacientes presentaron un EVC.

Después del **análisis multivariado, comparados con el grupo 1** (sin CRT, sin EVS) (HR para EVC de 1.0), **el grupo 2 tuvo 23% menos EVC** (HR 0.769), **el grupo 3 un 23% menos EVC** (HR 0.774) **y el grupo 4 un 42% menor riesgo de EVC** (HR 0.575). El análisis de subgrupos de acuerdo a la terapia anticoagulante, los resultados fueron consistentes con el análisis principal en pacientes con y sin terapia anticoagulante. Se analizó el efecto acumulativo de cada uno de los componentes del EVS, asociados al CRT, cada uno de los componentes del EVS (dejar de fumar, abstinencia de alcohol y realizar actividad física regular) mostraron un efecto acumulativo en la reducción del riesgo de EVC. A la inversa en pacientes con el mismo score de EVS, aquellos con CRT mostraron menor riesgo de EVC isquémicos comparados con los que no tenía CRT

La implementación del CRT dentro del primer año del diagnóstico ha demostrado una reducción significativa de la incidencia de EVC del 35% en el estudio EAST-AFNET 4 en una población con edad promedio de 70 años, y CHA₂DS₂-VASc promedio de 3.3 a 3.4 (6)

Esos hallazgos se reprodujeron en un estudio nacional Koreano sin seguimiento estructurado, con un HR para EVC del 0.74 (7), y en un gran estudio en la unión

americana con una HR para EVC de 0.66 (8). Por su parte, un estilo de vida saludable, como realizar las 7 reglas simples para promover la salud cardiovascular recomendadas por la AHA reducen el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular en 20% y el riesgo de EVC un 20% en la población general (9). Varios estudios observacionales recientes han mostrado que las modificaciones en el estilo de vida tales como dejar de fumar, abstinencia de alcohol e iniciar una actividad física regular después del diagnóstico de FA, se asocian con menor riesgo de EVC e Insuficiencia Cardíaca y todas las causas de mortalidad. El tabaquismo está ampliamente documentado que induce eventos tromboembólicos al incrementar los niveles de fibrinógeno, promoviendo hipercoagulabilidad y causando disfunción plaquetaria (10). El consumo de alcohol se asocia con remodelado eléctrico de la aurícula izquierda y la abstinencia de alcohol, reduce las recurrencias y el impacto de la FA (11). El ejercicio cardiorespiratorio muestra un efecto aditivo benéfico en la supervivencia libre de arritmias y reducción de peso, así como mejoría del perfil metabólico y de la disfunción autonómica (12,13).

Estos resultados enfatizan proporcionar un paquete de cuidados en pacientes con FA de reciente diagnóstico antes que la enfermedad progrese, los cuales deberán incluir terapia de CRT y dar suficiente educación y motivación a los pacientes para que participen en modificaciones en el estilo de vida, lo que es un claro argumento para un manejo holístico o integral de la FA (14). La aproximación holística o integral de la FA ha demostrado mejoría clínica en el estudio prospectivo mAFA-II (*Mobile Atrial Fibrillation Application*) (15) y en otros cortes desde diversas poblaciones globales (16)

Este gran estudio nacional demuestra que de forma independiente el CRT y el EVS reducen el riesgo de EVC isquémico y que la combinación de ambas estrategias se asocian con una reducción mayor, por lo que se recomienda ampliamente un abordaje integral en pacientes con FA de reciente diagnóstico que incluya CRT y EVS para lograr una reducción aún mayor del riesgo de EVC.

REFERENCIAS:

1- Kirchhof P, Camm AJ, Goette A, et al. Early rhythm-control therapy in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2020;383:1305–1316.

2- Rienstra M, Hobbelt AH, Alings M, et al. Targeted therapy of underlying conditions improves sinus rhythm maintenance in patients with persistent atrial fibrillation: results of the RACE 3 trial. *Eur Heart J*. 2018;39:2987–2996.

3- Pathak RK, Middeldorp ME, Lau DH, et al. Aggressive risk factor reduction study for atrial fibrillation and implications for the outcome of ablation: the ARREST-AF cohort study. *J Am Coll Cardiol*. 2014;64:2222–2231.

4- Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the Diagnosis and Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *Eur*

Heart J. 2021;42:373–498.

5- So-Ryoung Lee, Eue-Keun choi, Seung-Woo Lee, Kyung-Do Hand, Seil Oh, Gregory Lip. Clinical Impact of Early Rhythm Control and Healthy Lifestyles in Patients With Atrial Fibrillation. *J Am Coll Cardiol EP* 2024;10:1064-1074

6- Kirchhof P, Camm AJ, Goette A, et al. Early rhythm-control therapy in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2020;383:1305–1316.

7- Kim D, Yang PS, You SC, et al. Treatment timing and the effects of rhythm control strategy in patients with atrial fibrillation: nationwide cohort study. *BMJ*. 2021;373:n991.

- 8- Dickow J, Kirchhof P, Van Houten HK, et al. Generalizability of the EAST-AFNET 4 trial: assessing outcomes of early rhythm-control therapy in patients with atrial fibrillation. *J Am Heart Assoc.* 2022;11:e024214.
- 9- Lloyd-Jones DM, Hong Y, Labarthe D, et al. Denying and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's strategic impact goal through 2020 and beyond. *Circulation.* 2010;121:586–613.
- 10- Ambrose JA, Barua RS. The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol.* 2004;43:1731–1737.
- 11- Voskoboinik A, Kalman JM, De Silva A, et al. Alcohol abstinence in drinkers with atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2020;382:20–28.
- 12- Balkau B, Mhamdi L, Oppert JM, et al. Physical activity and insulin sensitivity: the RISC study. *Diabetes.* 2008;57:2613–2618.
- 13- Soares-Miranda L, Sattelmair J, Chaves P, et al. Physical activity and heart rate variability in older adults: the Cardiovascular Health Study. *Circulation.* 2014;129(21):2100–2110.
- 14- Lip GYH. The ABC pathway: an integrated approach to improve AF management. *Nat Rev Cardiol.* 2017;14:627–628.
- 15- Guo Y, Lane DA, Wang L, et al. Mobile health technology to improve care for patients with atrial fibrillation. *J Am Coll Cardiol.* 2020;75:1523–1534.
- 16- Romiti GF, Pastori D, Rivera-Caravaca JM, et al. Adherence to the atrial fibrillation better care pathway in patients with atrial fibrillation: impact on clinical outcomes a systematic review and meta-analysis of 285,000 patients. *Thromb Haemost.* 2022;122:406–414.