

ESC (European Society of Cardiology) CONGRESS 2021



Experiencia virtual 2021
DIARIO DÍA 4

Quiero aprender más acerca de los últimos resultados en investigación sobre imágenes multimodales

Dr. Ronny Buechel, University Hospital Zurich. Zúrich, Suiza.

Dra. Sarah Moharem-Elgamal, Liverpool Heart and Chest Hospital. Liverpool, Reino Unido.

Medición del *strain* longitudinal mediante un modelo 3D en cine-RNM: factibilidad y comparación con ecocardiograma

Debbie Zhao, The University of Auckland. Auckland, Nueva Zelanda.

El *strain* (deformación) longitudinal global (SLG) ha emergido como un predictor sensible de la función sistólica del ventrículo izquierdo (VI), y posee un mayor valor pronóstico comparado con la fracción de eyección (FEVI). Generalmente, se evalúa mediante un ecocardiograma 2D.

Se realizó un trabajo en el que se comparó el SLG a través de la RNM cardíaca con el obtenido por ecografía 2D. Se incluyeron 80 pacientes prospectivamente (48 controles sanos con FEVI entre 53%-74% y 32 pacientes con FEVI entre 25%-77%), y se les realizó una RNM cardíaca y un ecocardiograma. Se observó que el SLG del ventrículo izquierdo obtenido por análisis geométrico de las imágenes de la RNM cardíaca tenía buena concordancia con el obtenido por ecocardiograma 2D. La determinación del SLG podría resaltar el valor diagnóstico de la RNM cardíaca en la evaluación de la función sistólica del VI.

Adoptar un nuevo software automático en la tomografía de coherencia óptica (TCO) para obtener un gráfico de dispersión de la placa lipídica

Dr. Flavio Giuseppe Biccirè, Sapienza University of Rome. Roma, Italia.

La TCO tiene un gran potencial para identificar las características de vulnerabilidad de la placa aterosclerótica y los pacientes con mayor riesgo de eventos coronarios. La imagen obtenida por NIRS-IVUS demostró proveer una estimación automática completa del índice

de carga del centro lipídico (LCBI, por sus siglas en inglés), con un algoritmo que calcula la probabilidad de detectar el *pool* lipídico de las arterias en forma bidimensional.

Se presenta un trabajo cuyo objetivo es validar un novedoso método automatizado mediante TCO para proveer un LCBI en una trama extendida bidimensional. Para ello, se realizó una evaluación basal de la anatomía de la placa con una TCO con dominio de frecuencia (FD-TCO) y NIRS-IVUS en 63 pacientes consecutivos que se someterían a una coronariografía percutánea. Se observó que el LCBI por TCO se correlaciona adecuadamente con el obtenido por NIRS-IVUS. En línea con los resultados de NIRS-IVUS, en el grupo en el cual se identificó el vaso culpable del síndrome coronario agudo (*culprit* STEMI) se encontró mayor proporción de LCBI prolongados (mayor a 400) en comparación con los grupos en los que no se identificó el vaso culpable (*no-culprit* STEMI) y en grupos de pacientes con angina estable. Posiblemente, esta medición, junto con otras características de vulnerabilidad de la placa, pueda tener la capacidad de mejorar y facilitar la aplicación clínica de la TCO en la búsqueda de pacientes/lesiones con riesgo de eventos duros.

Prevalencia y resultados de la amiloidosis cardíaca en todos los pacientes derivados para centellograma óseo

Dr. Christian Nitsche, Medical University of Vienna. Viena, Austria.

La amiloidosis cardíaca se está reconociendo cada vez más como causa de insuficiencia cardíaca. Es posible que este mayor reconocimiento esté gatillado, principalmente, por el centellograma óseo (DPD y otros trazadores). La prevalencia y el pronóstico de la amiloidosis cardíaca en la población general se desconocen. El objetivo de este trabajo fue identificar la prevalencia de la amiloidosis cardíaca y los resultados en todas las derivaciones para gammagrafía ósea. A estos efectos, se analizaron consecutivamente todos los pacientes derivados para realizarse un centellograma óseo con DPD entre 2010 y 2020. Se definió como amiloidosis cardíaca una captación cardíaca positiva del trazador. El grado 1 se identificó como amiloidosis cardíaca subclínica, mientras que los grados 2 y 3 como amiloidosis cardíaca clínica.

Se analizaron 17387 estudios realizados en 11527 pacientes. La edad media de la población estudiada fue de 61+/-16 años, y el 63% era de sexo femenino. El 73.6% de los estudios de estos pacientes se realizaron por cáncer. La prevalencia de la amiloidosis cardíaca fue del 3.3%, siendo casi 10 veces mayor en los pacientes con derivación cardiológica (18.2% vs. 1.7%). A 6 años, se evidenció un 29.4% de mortalidad, un 2.6% de muerte de causa cardiovascular y un 1.5% de hospitalizaciones por IC. Los peores resultados se observaron en pacientes con centellograma grados 2 y 3. Los autores del trabajo concluyeron que, en particular en pacientes con un centellograma con captación grado 1, se requiere biopsia miocárdica para establecer el diagnóstico y un tratamiento blanco en tiempo adecuado.

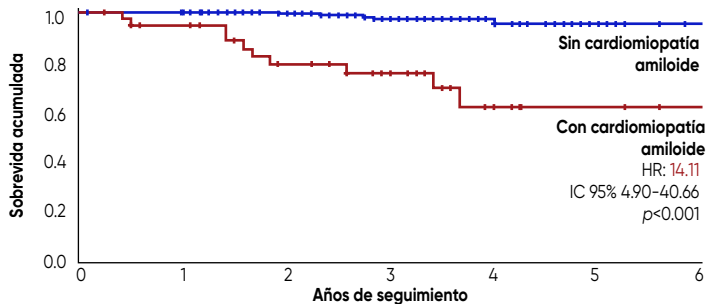
Contribución diagnóstica y pronóstica del centellograma con ^{99m}Tc-DPD en la amiloidosis cardíaca por transtiretina V30M

Prof. Maria Da Conceicao Azevedo Coutinho, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal.

El diagnóstico temprano del compromiso cardíaco en la amiloidosis por TTR es crítico. El centellograma con DPD pareciera tener una precisión menor para detectar la cardiomiopatía por ATTR causada por la mutación V30M (ATTR30M), en particular en pacientes con inicio de los síntomas antes de los 50 años. Se presentó un trabajo cuyo objetivo fue evaluar el valor diagnóstico del centellograma con DPD para detectar la cardiomiopatía por ATTR30M y explorar su valor pronóstico en relación a la mortalidad. Los participantes fueron seleccionados de un grupo de 300 pacientes con ATTR30M incluidos en un estudio prospectivo iniciado en 1998 y sometidos a centellograma. La cardiomiopatía amiloide fue identificada en 41 pacientes (14.2%), y se evidenció una captación anormal en el centellograma en 34 pacientes (11.8%). Los participantes con cardiopatía amiloide eran más añosos, predominantemente hombres, con compromiso neurológico más severo e inicio más tardío de la enfermedad. Se observó una alta correlación entre la captación elevada en el centellograma y la cardiopatía

Sobrevida en pacientes con cardiomiopatía amiloide versus sin cardiomiopatía amiloide

CUADRO 1



Número de pacientes

Sin cardiomiopatía amiloide	247	217	168	126	57	16	6
Con cardiomiopatía amiloide	41	34	24	18	7	4	1

Adaptado de la presentación de la Profesora Maria Da Conceicao Azevedo Coutinho.

amiloidótica (OR: 27.4; IC 95% 11.6-65; $p \leq 0.001$). Hubo 18 pacientes del grupo con cardiopatía amiloide que no presentaron captación en el centellograma, por lo cual no puede utilizarse en este grupo de pacientes para descartar la cardiopatía por amiloidosis debido a la limitación en la sensibilidad (56.1%). La especificidad fue del 95.6%. Con una media de seguimiento de 33.6 +/- 1.2 meses, la mortalidad fue del 5.6%. Fue mayor en pacientes con cardiopatía amiloide, con centellograma cardíaco anormal y con H/M MIBG <1.6.

Conclusiones:

El centellograma es un método útil para evaluar la amiloidosis por TTR30M, en particular para la estratificación pronóstica y para identificar pacientes con alto riesgo de muerte. La captación anormal en el centellograma en ausencia de otra evidencia de infiltración por amiloidosis pareciera señalar un subgrupo de pacientes que requieren atención especial y, posiblemente, intervenciones terapéuticas.



Tratamiento antitrombótico posterior a implante valvular aórtico transcatóter (TAVI)

Prof. George Dangas. Mount Sinai Medical Center. Nueva York, Estados Unidos.

Prof. Stephan Windecker. Bern University Hospital, Inselspital. Berna, Suiza.

Tratamiento antitrombótico y resultados relacionados con la válvula (GALILEO 4D, ATLANTIS 4D): ¿cuál es su importancia?

Prof. Jean-Philippe Collet. Pitié-Salpêtrière Hospital (AP-HP). París, Francia.

El implante valvular aórtico percutáneo (TAVI) puede conducir a la activación de la cascada de coagulación y al desarrollo de eventos trombóticos, en especial accidente cerebrovascular (ACV). Mediante tomografía 4D, puede evaluarse el deterioro de la válvula (grado de movilidad y engrosamiento de las valvas), cuya presencia está relacionada con un incremento del riesgo de presentar ACV (OR 2.58)².

En el estudio GALILEO 4D CT, se observó una disminución del desarrollo de disfunción valvular definida por reducción del movimiento de las valvas en el grupo que recibió anticoagulación respecto de quienes habían recibido tratamiento antiplaquetario. En forma similar, en el estudio ATLANTIS (apixabán vs. tratamiento habitual), se observó una disminución significativa del desarrollo de deterioro valvular en los pacientes que recibieron tratamiento anticoagulante¹.

Tratamiento antitrombótico luego de TAVI en pacientes sin indicación de anticoagulación: otra cosa que no sea aspirina

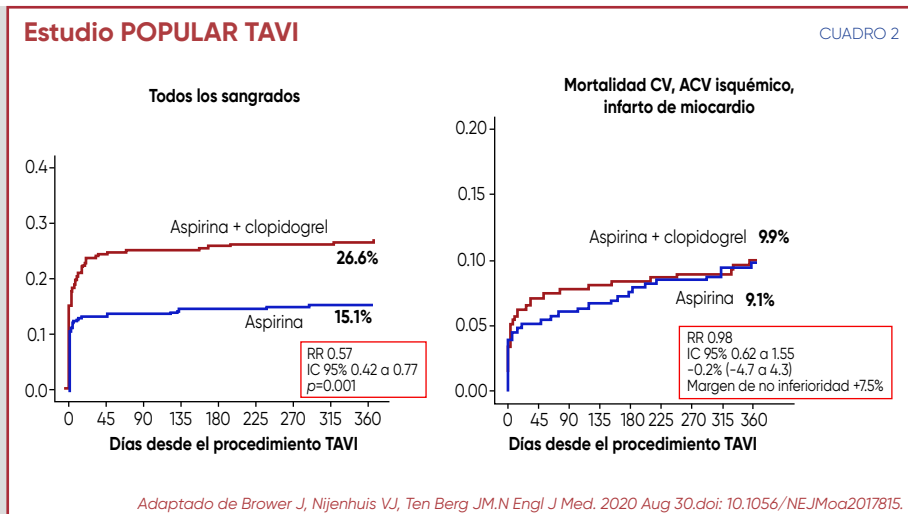
Prof. Jurrien ten Berg. St. Antonius Ziekenhuis. Nieuwegein, Países Bajos.

Los pacientes sometidos a TAVI presentan mayor riesgo de sangrado. Son pacientes de más edad, con una mayor cantidad de comorbilidades, y pueden tener enfermedad von Willebrand adquirida. Por otro lado, la utilización de grandes catéteres para el procedimiento también aumenta el riesgo.

Existen múltiples estudios que compararon doble antiagregación (DAPT, por sus siglas en inglés) con simple antiagregación plaquetaria, como el estudio POPular TAVI (AAS vs. AAS +

clopidogrel). En ellos, no se observó reducción de eventos tromboticos, pero sí un aumento muy significativo de los sangrados mayores en el grupo clopidogrel (**ver Cuadro 2**)².

Considerando estos resultados, las guías ESC 2021 para el manejo de enfermedad valvular recomiendan el uso de simple antiagregación de por vida en pacientes sin indicación de anticoagulación (Recomendación IA).



Tratamiento antitrombótico luego de TAVI en pacientes con indicación de anticoagulación

Prof. Gilles Montalescot. Pitié-Salpêtrière Hospital (AP-HP). París, Francia.

Existe una proporción muy importante de pacientes sometidos a TAVI que requiere de anticoagulación debido a fibrilación auricular u otras patologías.

El rol de los antiplaquetarios en pacientes que tienen una indicación de anticoagulación fue evaluado en la cohorte B del estudio POPULAR-TAVI: no se evidenció reducción de la incidencia de eventos isquémicos, pero sí un aumento de sangrados, especialmente en los primeros días³.

El papel de los nuevos anticoagulantes (NOAC) fue evaluado en el estudio ATLANTIS (AVK vs. apixabán), y no se observaron diferencias respecto al objetivo primario ni al beneficio clínico neto. Tampoco se registró incremento de sangrados mayores.

Tratamiento antitrombótico luego de TAVI en pacientes con enfermedad coronaria (EC): ¿importa más la válvula o la aterosclerosis?

Prof. Marco Valgimigli. Bern University Hospital. Berna, Suiza.

La enfermedad coronaria es un hallazgo frecuente en pacientes que son sometidos a TAVI.

Considerando la relevancia clínica, tanto a corto como a largo plazo, el desarrollo de ACV posterior al implante de TAVI es 5 a 10 veces más frecuente que el infarto de miocardio en todo el espectro de riesgo cardiovascular.

En la cohorte A del estudio POPular-TAVI, el agregado de clopidogrel a la AAS no redujo la incidencia de infarto agudo de miocardio ni de ACV. Por otra parte, en la cohorte B, el agregado de clopidogrel a la anticoagulación tampoco disminuyó el riesgo de infarto de miocardio o ACV^{2,3}.

En el estudio GALILEO, que incluyó pacientes sin indicación de anticoagulación, el agregado de rivaroxabán no solo falló en demostrar una disminución de los eventos isquémicos, sino que fue prematuramente suspendido debido a mayor mortalidad por cualquier causa.

Conclusiones:

- **La trombosis valvular es frecuente y está asociada a un mayor riesgo de ACV isquémico. La anticoagulación es superior a la antiagregación plaquetaria para prevenir la trombosis valvular, y el apixabán parece ser tan efectivo como los antagonistas de vitamina K.**
- **El uso de DAPT en TAVI no disminuye los eventos tromboembólicos. Sin embargo, aumenta significativamente el riesgo de sangrado. Por ende, en pacientes sin indicación de anticoagulación, se prefiere AAS sola.**
- **En pacientes que requieren anticoagulación, los NOAC previenen eventos isquémicos tan bien como los AVK.**
- **Más allá de la prótesis o la aterosclerosis, lo más importante es la seguridad, y la mejor opción fue siempre el régimen de menor intensidad.**

Bibliografía:

1. Collet JP et al. ACC 2021.
2. Brouwer J et al. NEJM 2020.
3. Nijenhuis VJ et al. NEJM 2020.

Manejo de los factores de riesgo en pacientes añosos

Dr. Alejandro Hershon. Hospital Universitario René G. Favaloro. Buenos Aires, Argentina.

Dr. Hugo Katus. University Hospital of Heidelberg. Alemania.

Hipertensión arterial en pacientes añosos

Dra. Bibiana De La Vega. Hospital Centro de Salud Zenón J. Santillán. Tucumán, Argentina.

La hipertensión arterial (HTA) es el factor de riesgo más importante de muerte y discapacidad a nivel mundial. Disminuir la presión arterial (PA) reduce la morbimortalidad. A pesar de esto, las tasas de control de PA son bajas, y la prevalencia a nivel mundial es elevada. La PA se incrementa con la edad y, en pacientes añosos, frecuentemente coexiste con otros factores de riesgo cardiovascular.

Existe controversia sobre la definición de qué pacientes son añosos. Suele definirse como pacientes añosos a aquellos ≥ 65 años y muy añosos a aquellos ≥ 80 años. Sin embargo, es importante resaltar que la edad cronológica es un mal subrogante de la edad biológica. Los pacientes añosos tiene mayor variabilidad de la PA y más hipotensión ortostática. Por otro lado, son más sensibles a la sal, presentan mayor prevalencia de comorbilidades y, por lo general, están polimedicados.

Todo lo mencionado aumenta la predisposición a más interacciones y representa un perfil de mayor fragilidad. La fragilidad es un concepto importante. Consiste en una disminución en la reserva fisiológica, que puede traducirse en el individuo en un incremento del riesgo de discapacidad, pérdida de la resistencia física y aumento de la vulnerabilidad, que se refleja en la mayor morbimortalidad que presentan los pacientes de este grupo etario.

Los objetivos de la PA son diferentes en los pacientes añosos. Las guías de la Sociedad Europea de Cardiología recomiendan en pacientes ≥ 65 años un objetivo de PA entre 130-139 mmHg, con monitoreo estricto de los efectos adversos, independientemente del riesgo CV y la presencia o no de enfermedad CV establecida¹.

Las guías estadounidenses recomiendan el tratamiento de la HTA con un objetivo menor de 130 mmHg para pacientes ≥ 65 años ambulatorios, no institucionalizados. En los pacientes ≥ 65 años con múltiples comorbilidades y una expectativa de vida limitada, se debe priorizar el juicio clínico, evaluar el riesgo/beneficio y la preferencia del paciente.

El estudio HYVET en pacientes mayores de 80 años evidenció que el tratamiento de la HTA en pacientes muy añosos con un objetivo de TA de 150/80 es beneficioso y se asocia con una

reducción del riesgo de muerte por ACV, muerte por cualquier causa e insuficiencia cardíaca. En el estudio SPRINT, en el subgrupo de pacientes mayores de 75 años, la PA menor de 120 mmHg versus 140 mmHg resultó en una reducción significativa de las tasas de eventos mayores cardiovasculares fatales y no fatales, y muerte por todas las causas². Sin embargo, ambos estudios excluyeron pacientes con comorbilidades importantes y con fragilidad.

Los objetivos de PA no pueden determinarse solo con la edad cronológica. Es necesario considerar la fragilidad. Se recomienda un objetivo de TA de 130-139 mmHg en pacientes FIT y un objetivo menor de 150 mmHg en pacientes prefrágiles. En los pacientes frágiles y con comorbilidades severas no hay evidencia, y debe priorizarse el criterio médico. Las guías europeas recomiendan en pacientes añosos FIT iniciar tratamiento para la HTA y cambios en el estilo de vida si la TAS es ≥ 160 mmHg, incluso en pacientes >80 años, con evaluación estricta de los eventos adversos.

Dislipidemia en los pacientes añosos

Dr. Gustavo Giunta, Hospital Universitario René G. Favaloro. Buenos Aires, Argentina.

La primera línea para el tratamiento del colesterol son las estatinas. Sin embargo, son menos usadas en pacientes frágiles y, además, los pacientes añosos están menos representados en los ensayos clínicos de estos fármacos. Es importante destacar que su beneficio es independiente de la edad.

El impacto de las estatinas es menos evidente en pacientes en prevención primaria, mientras que, en los estudios que incluyeron pacientes en prevención secundaria, se observó beneficio en todos los subgrupos etarios.

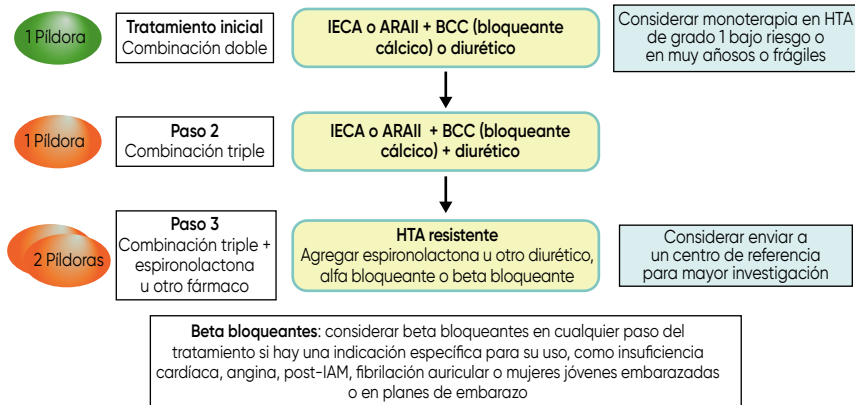
En pacientes de muy alto riesgo, el uso de ezetimiba también evidenció beneficio en la reducción del riesgo y también demostró seguridad. En lo que respecta particularmente a la reducción del riesgo CV en pacientes mayores de 75 años, su uso se asoció a un 74% de reducción del riesgo relativo de muerte de causa cardíaca, IAM, revascularización y ACV sin evidenciar aumento de los efectos adversos.

Debe tenerse en cuenta que los pacientes añosos presentan un riesgo mayor de experimentar efectos adversos y una incidencia más elevada de miopatía (generalmente, con dosis elevadas) con el uso de estatinas.

Las guías hacen las mismas recomendaciones en prevención primaria y secundaria independientemente de la edad, pero, en particular, las guías europeas solo recomiendan iniciar tratamiento en pacientes mayores de 75 años en prevención primaria solo si se encuentran en el grupo de alto o muy alto riesgo.

Tratamiento farmacológico en pacientes añosos

CUADRO 3



Adaptado de *European Heart Journal* (2018) 39, 3021–3104.

Conclusiones:

- Los pacientes añosos constituyen una población con riesgo elevado de eventos cardiovasculares, por lo que deben realizarse intervenciones para su prevención.
- En este grupo, la evidencia muestra que el tratamiento antihipertensivo es generalmente bien tolerado y reduce la morbimortalidad CV. La decisión de tratar no es fácil, y deben considerarse las condiciones clínicas, los tratamientos concomitantes y la fragilidad.
- Las estatinas demostraron ser útiles en esta población y deben usarse con control clínico y de laboratorio estricto para detectar la aparición de efectos adversos.
- Los pacientes muy frágiles y dependientes no son incluidos en los ensayos clínicos.
- Hay que diferenciar la edad cronológica de la edad biológica. El tratamiento debe ser personalizado. La edad por sí sola no debe ser una barrera para tratar la hipertensión.

Bibliografía:

1. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *EHJ* 2018.
2. *JAMA* June 28, 2016 vol 315.

Reducción en las hospitalizaciones por falla cardiaca recurrente y en la mortalidad cardiovascular y no cardiovascular: blancos terapéuticos en la insuficiencia cardiaca

Dr. Ovidiu Chioncel, Bucarest. Rumania.

Los pacientes con insuficiencia cardiaca presentan una alta tasa de mortalidad al año. Más aun la sobrevivida a 10 años alcanza solamente el 30%. Las rehospitalizaciones tienen un impacto clínicamente relevante, ya que las mismas incrementan reiteradas la mortalidad en esta población de pacientes, siendo el número de hospitalizaciones un predictor robusto de mortalidad. Este simple predictor debe ayudar a seleccionar el manejo y los recursos de los pacientes con insuficiencia cardiaca como también a planificar el pronostico de ellos¹.

A pesar de las numerosas variables clínicas y biológicas que han demostrado en estudios clínicos aleatorizados y en registros observacionales un valor predictivo independiente para mortalidad, muy pocas de ellas representan un blanco verdadero para las terapias tales como la congestión residual, la activación neurohumoral, la valoración comprensiva del sustrato cardiovascular anormal, la duración del QRS, la enfermedad valvular y las comorbilidades no cardiacas.

La congestión debe ser identificada y tratada consecuentemente. La congestión persistente se asociada con un peor pronóstico especialmente si coexiste hipoperfusión tisular.

Cuando se observan los estudios clínicos realizados en pacientes con insuficiencia cardiaca existen terapias que disminuyen directamente la mortalidad y otras que tienen impacto sobre otros puntos finales como la tasa de hospitalización o la función

La terapia fundacional para la insuficiencia cardiaca debe estar dirigida a reducir la mortalidad cardiovascular y/o la mortalidad por todas las causas además de tener un efecto mayor en la reducción de las hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca. Los blancos terapéuticos de esta terapia son la disminución de la activación neurohormonal y la disminución del remodelado cardiaco y vascular. Los fármacos considerados como terapia fundacional en la falla cardiaca son: los betabloqueantes, los inhibidores del sistema renina-angiotensina, los inhibidores duales de la neprilisina y del receptor de angiotensina II (ARNI), los antagonistas del receptor de mineralocorticoides y los inhibidores SGLT-2.

Estas terapias deben ser comenzadas en forma temprana, esto es durante la hospitalización en aquellos pacientes estables o bien precozmente después de la externación y no debe ser discontinuada.

Es importante el perfilamiento del paciente con insuficiencia cardiaca para ajustar la terapia médica. El documento de consenso de la Sociedad Europea de Cardiología establece 9 categorías de perfiles para pacientes con insuficiencia cardiaca.

Un punto importante a considerar es que se debe comenzar el tratamiento con los 4 terapias fundacionales mencionadas anteriormente dentro de las 2-4 semanas. Una dosis baja de las 4 clases de drogas debe tener precedencia sobre la titulación ascendente de cualquier clase de droga individual hasta alcanzar la dosis objetivo².

Se ha observado un incremento en el beneficio cuando estas drogas son utilizadas en combinación y maximizándose además el efecto precoz del tratamiento. Se recomienda un enfoque acelerado de 3 pasos el cual consiste en el inicio simultáneo de beta-bloqueantes y un inhibidor SGLT-2 seguido luego de una o 2 semanas por el inicio de sacubitril/valsartán y una o 2 semanas mas tarde se iniciará un antagonista del receptor de mineralocorticoides.

La titulación ascendente hasta las dosis objetivo de cada droga se realiza en forma posterior. En pacientes seleccionados la terapia de resincronización cardiaca (TRC) y/o la implantación de un cardioversor-desfibrilador (CDI) están indicadas para el manejo de las alteraciones eléctricas. Recientemente se ha demostrado que el beneficio de CDI es menor en pacientes con insuficiencia cardiaca sistólica de etiología no isquémica³.

La terapia de resincronización cardiaca no ha demostrado beneficios en pacientes con una duración del QRS <150 mseg independientemente de la morfología del QRS. En casos de isquemia cardiaca el abordaje medico es la revascularización que ha demostrado ser beneficiosa cuando es realizada en forma precoz⁴.

En pacientes con enfermedad valvular la indicación es la cirugía. En casos de estenosis aórtica, en algunos pacientes se puede considerar el implante transcater de la válvula aórtica. En casos de insuficiencia mitral la cirugía está indicada si la fracción de eyección del ventrículo izquierdo es mayor a 30%. En aquellos pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada no hay disponible un tratamiento que impacte positivamente sobre la mortalidad cardiovascular, pero se ha observado una disminución de la tasa de hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca con la descongestión, y la indicación de un antagonista del receptor de mineralocorticoides.

Conclusión:

Sea un científico, sea un cardiólogo, pero en cualquiera de ambos casos, permanezca con la mente abierta ante los cambios

Bibliografía:

1. Setoguchi S, et al. *Am Heart J.* 2007 Aug;154(2):260-6.
2. Packer M, McMurray JJV. *Eur J Heart Fail.* 2021 Jun;23(6):882-894.
3. Køber L, et al.; DANISH Investigators. *N Engl J Med.* 2016 Sep 29;375(13):1221-30.
4. Velazquez EJ, et al.; STICH Investigators. *N Engl J Med.* 2011 Apr 28;364(17):1607-16.

Meet de Experts: cómo manejar la combinación entre hipertensión arterial y fibrilación auricular

Tratamiento de la hipertensión en la fibrilación auricular

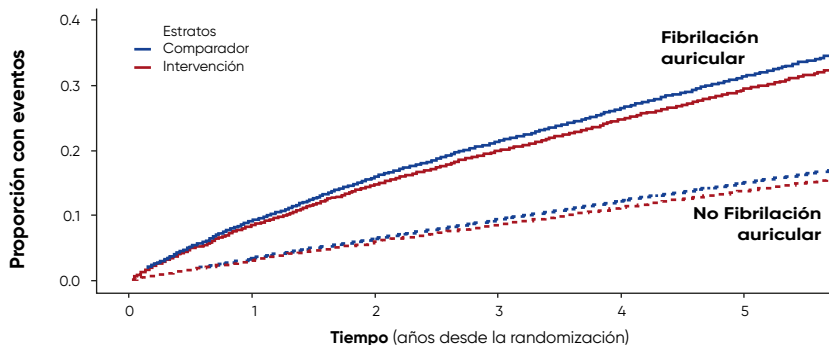
Dra. Tatjana S. Potpara. School of Medicine, University of Belgrade. University Clinical Centre of Serbia. Belgrado, Serbia.

La hipertensión arterial (HTA) es el factor de riesgo cardiovascular más frecuente en pacientes con fibrilación auricular (FA). Su presencia aumenta el riesgo de *stroke*, de embolia sistémica y sangrado, y de mortalidad. Es por esta razón que se la incluye en los scores de riesgo de pacientes con FA.

Un metanálisis reciente analizó el impacto de la reducción de PA para la prevención de eventos cardiovasculares en 188.570 pacientes con y sin FA, y demostró una reducción del riesgo de eventos clínicos mayores al controlar la PA independientemente de la presencia de FA basal. Esta reducción del riesgo relativo fue proporcional a la intensidad con que se redujo la PA en ambos grupos (**ver Cuadro 4**).

Frecuencia acumulada de eventos para el evento primario (eventos cardiovasculares mayores) para cada brazo de tratamiento, estratificado por la presencia de fibrilación auricular basal

CUADRO 4



Referencias:

1. Pinho-Gomes AC, et al. Blood pressure-lowering treatment for the prevention of cardiovascular events in patients with atrial fibrillation: An individual participant data meta-analysis. Published: June 1, 2021. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003599>

Fibrilación auricular en hipertensión

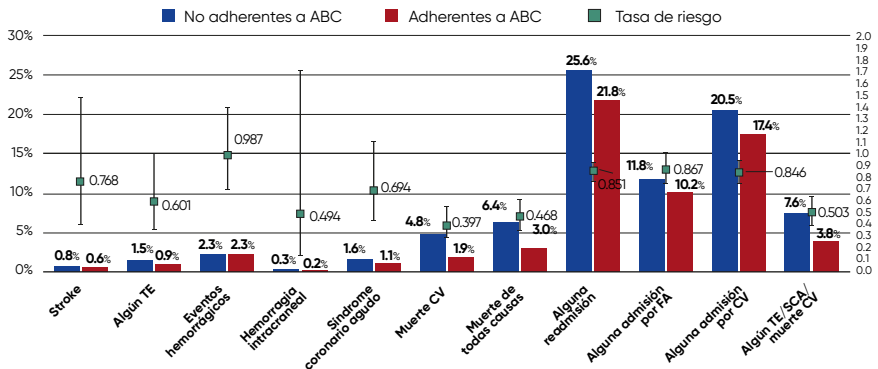
Dr. Johan-Emil Bager. University of Gothenburg. Suecia.

Existe un creciente interés en un enfoque holístico, integrado y multidisciplinario del cuidado y tratamiento de pacientes con fibrilación auricular (FA). El *Atrial fibrillation Better Care (ABC pathway)* propuesto por Lip GYH en 2017 comprende 3 aspectos: el tratamiento anticoagulante, la reducción de síntomas y la identificación de factores de riesgo adicionales y comorbilidades.

Recientemente, Proietti y coautores publicaron un estudio que pretendía evaluar si los pacientes que seguían las recomendaciones ABC presentaban alguna diferencia en su evolución. Se analizaron 6646 pacientes del registro europeo de FA, de los cuales un 33% fue manejado siguiendo las recomendaciones ABC. Cuando se comparó este grupo con el grupo que no adhirió a las recomendaciones ABC, el grupo adherente mostró un menor riesgo de eventos tromboembólicos, síndromes coronarios agudos, muerte cardiovascular y muerte por todas causas (**ver Cuadro 5**).

Evolución adversa en pacientes acorde al estatus de las recomendaciones ABC

CUADRO 5



Adaptado de Proietti M, et al. *Europace* 2021.

Referencias:

1. Proietti M, et al. Relation of outcomes to ABC (Atrial Fibrillation Better Care) pathway adherent care in European patients with atrial fibrillation: an analysis from the ESC-EHRA EORP Atrial Fibrillation General Long-Term (AFGen LT) Registry. *Europace*, Volume 23, Issue 2, February 2021, Pages 174–183.

