

DE LA FISIOPATOLOGÍA AL TRATAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN LA MUJER

Maria Alayde Mendonça-Rivera,* Ana Berni-Betancourt,‡ Isabel Cristina
Cárdenas,§ Jennifer Escobar,¶ Carina Hardy||

* Universidad Federal de Alagoas; Santa Casa de Misericórdia de Maceió, Brazil. ‡ Hospital Ángeles Pedregal, México. § Universidad del Bosque, Colombia. ¶ Instituto Nacional de Cardiología «Ignacio Chávez», México. || Instituto do Coração, Hospital das Clínicas da Facultad de Medicina de São Paulo, Brazil.

Traducción fiel al español del Capítulo 17: From the pathophysiology to the treatment of atrial fibrillation in women. Vol. 33 Supplement 5: October-December 2022. Cardiovascular and Metabolic Science – doi: 10.35366/108054.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/cardiovascular/cms-2022/cmss225r.pdf>

Cómo citar: Mendonça-Rivera MA, Berni-Betancourt A, Cárdenas IC, Escobar J, Hardy C. From the pathophysiology to the treatment of atrial fibrillation in women. Cardiovasc Metab Sci. 2022; 33 (s5): s477-s479. <https://dx.doi.org/10.35366/108058>

EPIDEMIOLOGÍA Y PARTICULARIDADES

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida más común, con un impacto creciente en la salud pública mundial.¹ Se asocia con el desarrollo de miocardiopatía dilatada (con insuficiencia cardíaca), accidente cerebrovascular (ACV) y alta mortalidad.²

Aunque afecta a hombres y mujeres, varios estudios muestran diferencias entre ambos, en relación con las características biológicas (relativas al sexo) y el género (relativas al papel social de los individuos) observadas en la epidemiología, factores de riesgo (FR), presentación clínica, intervenciones y pronóstico.^{1,2}

El riesgo acumulado de desarrollar FA en la vida es similar para hombres y mujeres. En las mujeres la FA aparece más tarde (hombres a partir de los 40 años y mujeres a partir de los 50 años).¹ La incidencia y prevalencia son mayores en hombres en todos los grupos de edad. En ambos sexos, la prevalencia aumenta con la edad.¹ Los estudios epidemiológicos muestran que la mortalidad por FA es más elevada en las mujeres.^{1,2}

Además, las mujeres están subrepresentadas en los ensayos clínicos que evalúan intervenciones terapéuticas (fármacos, cardioversión eléctrica y ablación con catéter) para FA.² En la Figura 1 se enumeran las particularidades de la FA en mujeres.

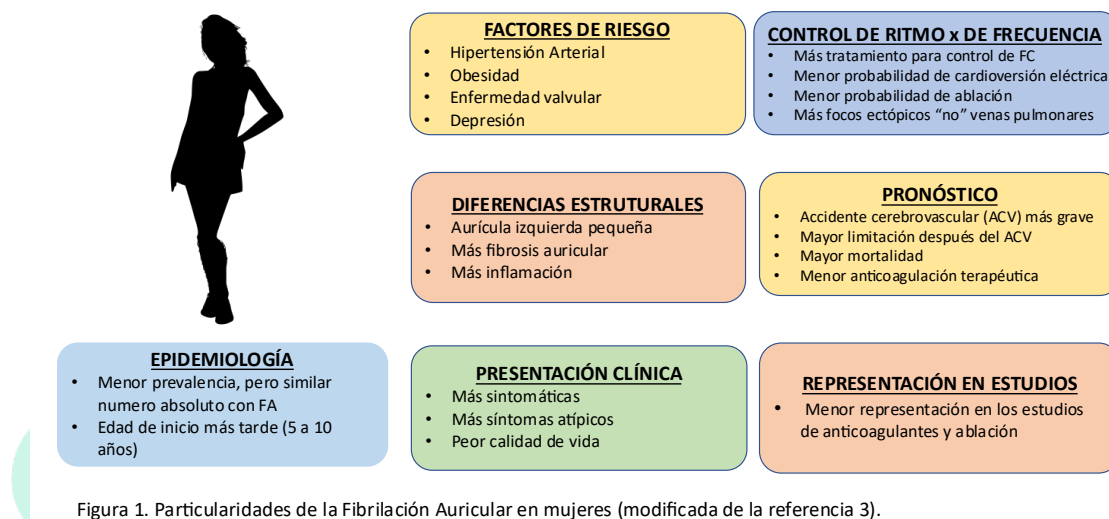


Figura 1. Particularidades de la Fibrilación Auricular en mujeres (modificada de la referencia 3).

Figura 1. Particularidades de la Fibrilación Auricular en mujeres. ACV – Accidente cerebrovascular; CVE – cardioversión eléctrica; FA – Fibrilación Auricular; FC – frecuencia cardíaca; HTA – Hipertensión Arterial; IMC – Índice de masa corporal; VP – venas pulmonares.

FISIOPATOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

Varios mecanismos, entre ellos la fibrosis por estiramiento, la hipocontractilidad, la infiltración grasa, la inflamación, la remodelación vascular, la isquemia, la disfunción de los canales iónicos y la inestabilidad del calcio, contribuyen a cambios auriculares complejos que aumentan la propensión a desarrollar o mantener la FA y facilitan un estado de hipercoagulabilidad en ambos sexos.^{2,3}

El envejecimiento es un importante FR para el desarrollo de la FA; sin embargo, otras comorbilidades juegan un papel esencial en sus mecanismos: hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), insuficiencia cardíaca (IC), enfermedad arterial coronaria (EAC), enfermedad renal (ER), obesidad y apnea obstructiva del sueño (AOS).³ Además, otros factores modificables (consumo excesivo de alcohol, tabaquismo, inactividad física, ejercicio extremo) también han sido propuestos como contribuyentes potenciales al desarrollo y progresión de la FA.³

Así, las mujeres con FA son de mayor edad, tienen una mayor prevalencia de HTA, valvulopatía, IC con fracción de eyección preservada y una menor prevalencia de EAC que los hombres.³

CONTROL DE RITMO Y CONTROL DE FRECUENCIA

El tratamiento de la FA incluye anticoagulación (AC), control de los síntomas mediante estrategias para controlar la frecuencia y el ritmo cardíaco, y terapia de los FR y las comorbilidades.²

Los metanálisis sobre las terapias de control del ritmo versus la frecuencia no han mostrado una diferencia significativa en la reducción del riesgo del ACV y de la mortalidad por todas las causas. Por lo tanto, el control de la frecuencia sigue siendo una opción para mejorar los síntomas en pacientes con FA.²

La evidencia reciente del estudio EAST-AFNET4 respalda el uso del control temprano del ritmo (antiarrítmicos o ablación con catéter) para disminuir los eventos cardiovasculares.⁴

Existen diferencias de género en la presentación clínica de la FA: las mujeres presentan síntomas atípicos, más graves y un deterioro más significativo de la calidad de vida. A pesar de esto, tienden a recibir menos terapias de control del ritmo. En el registro ORBIT-AF (42% de mujeres), el uso de fármacos antiarrítmicos (AA) fue similar en hombres y mujeres; sin embargo, la cardioversión eléctrica y la ablación (ABL) con catéter fueron menos frecuentes en las mujeres; el uso de digoxina fue más frecuente y en los casos sintomáticos las mujeres solo recibieron fármacos para controlar la frecuencia cardíaca.⁵

Un subanálisis de los resultados por sexo del estudio CABANA (incluyó al 37% de mujeres; ABL vs AA) mostró que los beneficios de ABL son similares en hombres y mujeres; los eventos adversos medicamentosos fueron raros en ambos.⁶ La terapia de control del ritmo es efectiva en pacientes con FA, independientemente del sexo.

ANTICOAGULACIÓN

En pacientes con FA y alto riesgo de formación de trombos, identificados mediante el uso de puntajes específicos (el más utilizado es el CHA₂DS₂-VASc), la AC reduce el riesgo de ACV en un 60%. En la actualidad se recomiendan los

anticoagulantes orales directos (AOD) sobre la Warfarina en pacientes con FA 7,8.

La representación de mujeres en los diferentes estudios clínicos con AOD fue del 37%, y en el análisis de subgrupos no se encontraron diferencias significativas en los resultados clínicos entre hombres y mujeres. ⁹.

Los datos sobre las diferencias de género en AC en pacientes con FA no son consistentes. *Euro Heart Survey*, una cohorte de 5.000 pacientes (42% mujeres) no mostró diferencias en las tasas de AC. Otro estudio de cohorte (6.000 pacientes) mostró una diferencia significativa en la AC de mujeres y hombres, 76,8% y 82,5%, respectivamente; una de las posibles explicaciones de esta diferencia en la AC entre mujeres y hombres mayores de 75 años fue quizás la percepción de un sangrado más significativo en las mujeres de mayor edad. El registro CODE-AF no mostró diferencias significativas en la prescripción de AC entre mujeres y hombres, aunque las mujeres tenían más probabilidades de recibir dosis su terapéuticas de AOD. El Registro PINNACLE (2008-2014) mostró que las mujeres tenían menos probabilidades de recibir AC oral en todas las puntuaciones CHA₂DS₂-VASc. ⁹

ABLACIÓN CON CATÉTER

La ABL con catéter ofrece una opción eficaz para mantener el ritmo sinusal y mejorar los síntomas, la capacidad de ejercicio y la calidad de vida cuando los AA han sido ineficaces, contraindicados o no tolerados. ^{2,7}

En comparación con los hombres, las mujeres reciben más tratamiento con AA para controlar el ritmo y son menos referidas para ABL. También tienen mayor edad, mayor duración de la FA, menor proporción de FA paroxística, más comorbilidades, aurícula izquierda más dilatada y más gatillos extra venosos pulmonares. ⁹

La tasa de éxito en la ablación es comparable a la de hombres, sin embargo, el estudio FIRE AND ICE ¹⁰, que evaluó la crio ablación vs ablación por radiofrecuencia para FA paroxística, mostró que las mujeres tenían un 36% mayor tasa de recurrencia y un 37% mayor tasa de re-hospitalización cardiovascular después de la ablación.

El reconocimiento de las diferencias basadas en el sexo / genero ofrece una gran oportunidad para mejorar los resultados de los tratamientos (incluso ablación) en mujeres con FA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zhang J, Johnsen SP, Guo Y, Lip GYH. Epidemiology of atrial fibrillation. *Card Electrophysiol Clin.* 2021; 13: 1-23.
2. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, Blomstrom-Lundqvist C et al. ESC 2020 Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation. *Eur Heart J.* 2020; 42: 373-498
3. Gopinathannair R, Chen LY, Chung MK, Cornwell WK, Furie KL, Lakkireddy DR et al. Atrial fibrillation and heart failure: epidemiology, pathophysiology, prognosis, and management. *Card Electrophysiol Clin.* 2021; 13(1): 47-62.
4. Kirchhof P, Camm AJ, Goette A, Brandes A, Eckardt L, Elvan A et al. EAST-AFNET 4 Trial Investigators. Early rhythm-control therapy in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2020; 383: 1305–1316.
5. Piccini J, Simon DaJuanicia, Steinberg B, Thomas L, Allen L, Fonarow G, et al. Differences in clinical and functional outcomes of atrial fibrillation in women and men. Two-Year results from the ORBIT-AF Registry. *JAMA Cardiol.* 2016; 1(3): 282-291.
6. Russo A, Zeitler E, Giczewska A, Silverstein A, Al-Khalidi H, Cha Yong-Mei, et al. Association between sex and treatment outcomes of atrial fibrillation ablation versus drug therapy. Results from the CABANA trial. *Circ.* 2021;143: 661-672.
7. Linde C, Bongiorni MG, Birgersdotter-Green U, Curtis AB, Deisenhofer I, Furokawa T et al. ESC/EHRA/HRS. Sex differences in cardiac arrhythmias. *Europace.* 2018; 20: 1565a-1565ao
8. Nielsen PB, Skjøth F, Overvad TF et al. Female sex is a risk modifier rather than a risk factor for stroke in atrial fibrillation. Should we use a CHA2DS2-VA Score rather than CHA2DS2-VASc? *Circulation* 2018 Feb 20;137(8):832-840.

9. Westerman S, Wenger N. Gender differences in atrial fibrillation: a review of epidemiology, management and outcomes. Curr Cardiol Rev. 2019; 15(2) :136-144.

10. Kuck KH, Brugada J, Fürnkranz A, et al. Impact of female sex on clinical outcomes in the FIRE AND ICE trial of catheter ablation for atrial fibrillation. Circ Arrhythm Electrophysiol. 2018; 11(5): e006204.

Correspondencia:

Maria Alayde Mendonça-Rivera

E-mail: malayde1@uol.com.br

SIAC
SOCIEDAD INTERAMERICANA
DE CARDIOLOGÍA