



Fibrilación auricular: Más allá de la anticoagulación y el control de frecuencia/ritmo

Jairo Alfonso Gándara Ricardo

Médico y cirujano Universidad de Antioquia, Médico internista Universidad Nacional de Colombia,
Cardiólogo clínico Universidad de Antioquia.

Cardiólogo clínico Hospital San Vicente Fundación Sede Medellín.

Profesor Facultad de Medicina Universidad de Antioquia y Universidad Cooperativa de Colombia

Guía para el aprendizaje

¿Qué debes repasar antes de leer este capítulo?

Es necesario revisar aspectos relacionados con la fisiopatología, factores de riesgo, estrategias diagnósticas y manifestaciones clínicas de la Fibrilación auricular (FA). De igual manera es necesario repasar aspectos relacionados con la prevención de eventos cardioembólicos y las estrategias para el alivio de síntomas relacionados con el control de ritmo y frecuencia.

Los objetivos del capítulo serán:

1. Destacar la importancia de la FA en el cuidado de la salud del adulto.
2. Revisión de los aspectos de cuidado del paciente con fibrilación mas alla de la prevención de eventos cardioembólicos o estategias de alivio de síntomas.
3. Resaltar el manejo integral como pieza clave en la excelencia para el manejo del paciente con FA y sus familias.

Viñeta clínica

Paciente masculino de 65 años, residente en área rural, casado, estudios primarios, hipertenso y obeso, consulta por palpitaciones irregulares y disnea de esfuerzo de dos semanas de evolución. Al examen físico, presenta un pulso arritmico con déficit de pulso y ruidos cardiacos con intensidad variable, sin soplos. El electrocardiograma muestra intervalo R-R ireegular en ausencia de onda P con lo que confirma FA de respuesta ventricular rápida. La ecocardiografía transtorácica revela una aurícula izquierda dilatada (45 mm) y fracción de eyección del 50 %, sin trombos visibles, y con hipertrofia ventricular leve.

Introducción

La FA es la arritmia cardiaca sostenida más común en la práctica clínica. Los pacientes que la padecen tienen un mayor riesgo de muerte, insuficiencia ventricular izquierda y falla cardíaca, hospitalización y eventos tromboembólicos. La insuficiencia cardiaca (IC) en la complicación no fatal mas frecuente de la FA, se estima que la mitad de los pacientes la presentará en cualquiera de sus fenotipos (fracción de eyección reducida, levemente reducida o preservada) en cualquier momento de la presentación clínica. Los pacientes con FA tienen un riesgo elevado de ataque cerebrovascular isquémico

y otros episodios tromboembólicos a cualquier topografía de la economía (vasos abdominales, extremidades o arterias coronarias), estos median una alta morbilidad, riesgo de incapacidad física permanente y disminución de la supervivencia, además de un mayor riesgo de deterioro cognitivo y demencia vascular, incluso este último independiente de la historia o nó de embolia a sistema nervioso central.

Las tasas de hospitalización por FA han mostrado un crecimiento acelerado, especialmente en poblaciones mayor, superando el aumento proporcional de hospitalizaciones por otras causas. La FA aumenta el riesgo de muerte por cualquier causa y de origen cardiovascular siendo la insuficiencia cardiaca la principal mediadora de este desenlace. A pesar del uso de anticoagulantes orales (ACO), persiste un riesgo elevado de muerte y complicaciones hemorrágicas, lo que resalta la necesidad crítica de tratar las enfermedades coexistentes de manera integral. Todo lo anterior posiciona a la FA como un problema de salud pública mundial, estimando además un notable aumento en su presentación en el futuro, de la mano del envejecimiento de la población, el incremento en la incidencia de la obesidad, la hipertensión arterial (HTA) y otros factores de riesgo reconocidos.

El impacto negativo en la salud de las personas con FA está mediado en gran parte por el riesgo de eventos tromboembólicos, especialmente a sistema nervioso central y la carga sintomática de la arritmia; es por ello que históricamente, la anticoagulación y el control de frecuencia versus control de ritmo, han protagonizado los grandes debates en relación a su abordaje y han impulsado un sinnúmero de modelos experimentales dirigidos a resolver estos interrogantes y consolidando recomendaciones actuales impartidas por las guías de práctica clínica.

Si bien estos temas ocupan el mayor espacio en la agenda habitual del cuidado de los pacientes con FA y sus familias, no son los únicos problemas, en efecto los aspectos considerados “satélites” en el abordaje del paciente con esta arritmia, muchas veces son menospreciados, y resultan determinantes en la evolución y efecto de las otras medidas aplicadas con mayor frecuencia. Por ello, hoy, las sociedades hacen hincapié en la necesidad de un abordaje integral del paciente con FA, comandado por equipos de excelencia familiarizados con el cuidado sistemático y completo de este problema.

Vías clínicas de atención al paciente y manejo de la FA: mas allá de la anti-coagulación y el control de frecuencia o ritmo

El enfoque integral y centrado en el paciente para el manejo de la FA significa trabajar con un modelo de atención que respete la experiencia, los valores, las necesidades y las pre-

ferencias del paciente para la aplicación de las recomendaciones impartidas por guías de práctica clínica y grupos expertos. Un componente central de este modelo es la relación terapéutica entre el paciente y el equipo multidisciplinario de profesionales sanitarios. La Sociedad Europea de cardiología propone el esquema de tratamiento basado en la nemotecnía AF-CARE, que agrupa las estrategias de cuidado fundamentales en la ruta de atención del paciente, **Figura 1**.

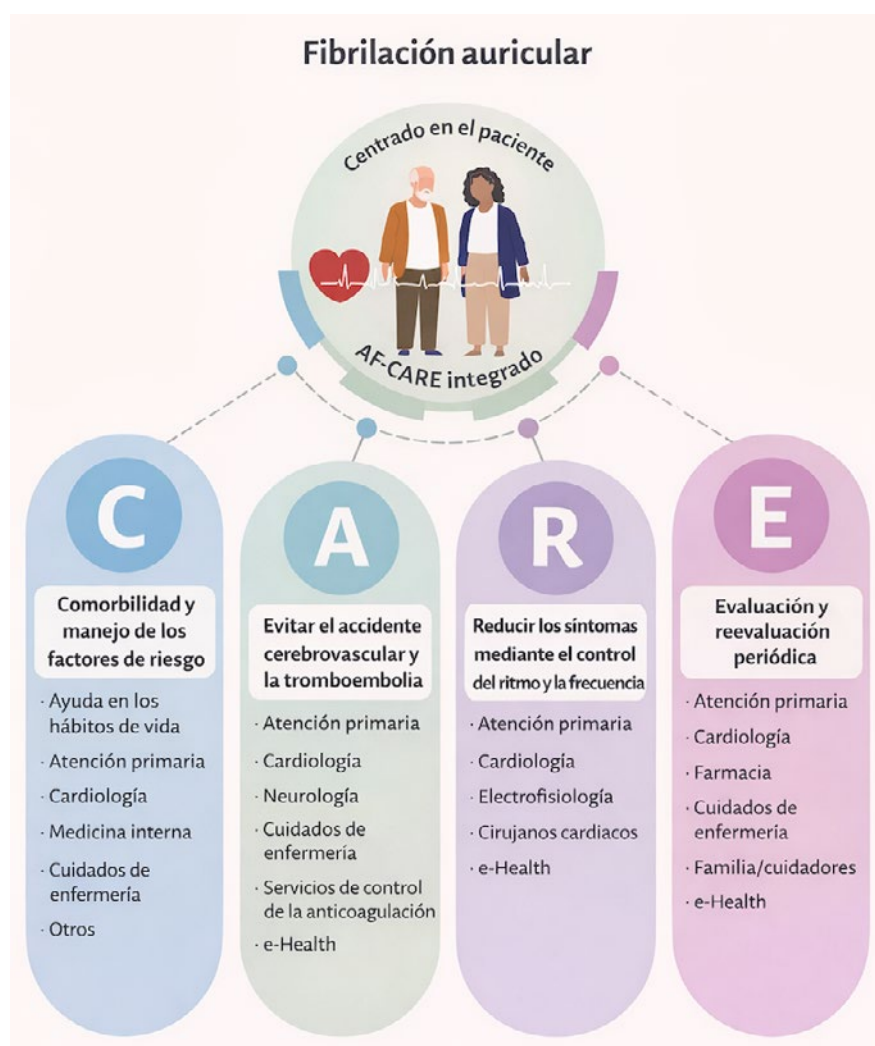


Figura 1. Enfoque multidisciplinario para el manejo de la FA.

Los cuidadores principales participan en los entornos comunitarios y hospitalarios para brindar una atención óptima y centrada en el paciente a las personas que viven con FA. AF-CARE, Fibrilación auricular—[C] Comorbilidad y manejo de los factores de riesgo, [A] Evitar los accidentes cerebrovasculares y la tromboembolia arterial, [R] Reducir los síntomas mediante el control del ritmo y la frecuencia, [E] Evaluación y reevaluación periódica.

En la estrategia centrada en el paciente, los pacientes no son vistos como receptores pasivos de las decisiones en salud, sino como participantes activos que trabajan asociados a los profesionales sanitarios. El manejo de la FA centrado en el paciente requiere la integración de todos los aspectos del manejo de la FA. Esto incluye el control de los síntomas, las recomendaciones sobre el estilo de vida, el apoyo psicosocial y el manejo de las comorbilidades, junto con el tratamiento médico óptimo que consiste en farmacoterapia, cardioversión y ablación intervencionista o quirúrgica.

Es fundamental mantener una relación abierta y eficaz entre el paciente y el profesional sanitario, y se ha comprobado que la toma de decisiones compartida mejora los resultados en el tratamiento. Al utilizar un enfoque compartido, tanto el médico como el paciente participan en el proceso de toma de decisiones (en la medida en que lo prefiera el paciente). La información se comparte en ambas direcciones. Además, tanto el médico como el paciente expresan sus preferencias y analizan las opciones. De las posibles decisiones de tratamiento, también puede optarse por no realizar ningún tratamiento. Por otro lado, la comprensión de la enfermedad por el paciente y sus familias, los objetivos de cada intervención ayudan a la participación del paciente, fortalecen la adherencia y labran el camino a los mejores resultados.

Manejo de comorbilidades y control de factores de riesgo

Se conoce una gama amplia de comorbilidades asociada con la presentación, recurrencia y la progresión de la FA. El manejo de las comorbilidades también es fundamental para el éxito de otros aspectos de la atención que reciben los pacientes con FA, varios modelos de estudio reportan información a favor del control de la hipertensión, la insuficiencia cardíaca, la diabetes mellitus, la obesidad y la apnea del sueño, así como la implementación de cambios en el estilo de vida dirigidos a mejorar la actividad física y reducir el consumo de alcohol. La identificación y el tratamiento de estas comorbilidades y grupos de factores de riesgo forman una parte importante de un AF-CARE eficaz (**Figura 2**).

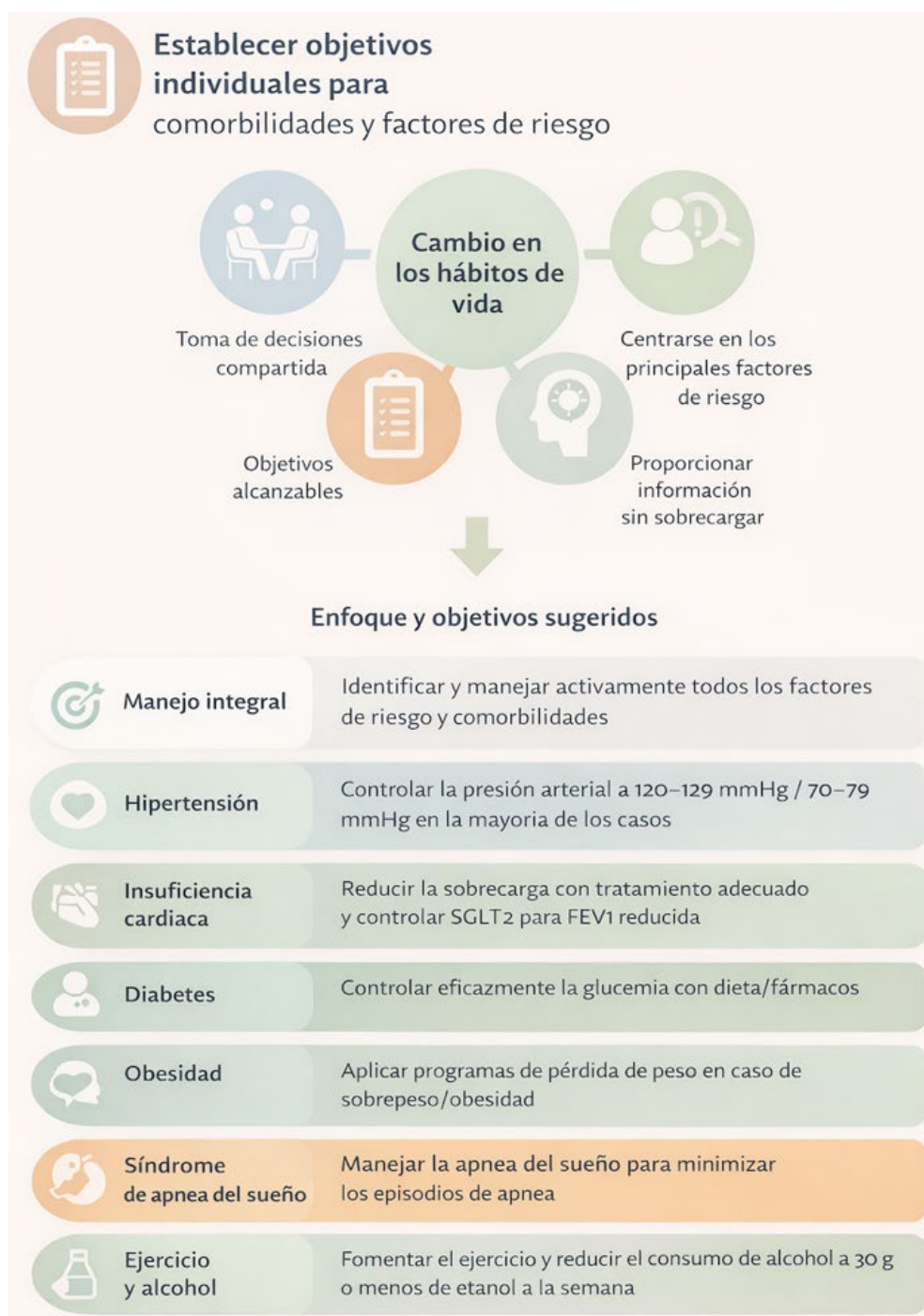


Figura 2. Manejo de comorbilidades en fibrilación auricular.

FEV1: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; SGLT2: cotransportador de sodio-glucosa tipo 2.

Fibrilación auricular: Más allá de la anticoagulación y el control de frecuencia/ritmo

La hipertensión en pacientes con FA se asocia de forma consistente con un incremento del riesgo de accidente cerebrovascular (ACV), insuficiencia cardíaca, e incrementa los sangrados y la mortalidad cardiovascular. El objetivo terapéutico recomendado para la presión arterial sistólica (PAS) tratada en la mayoría de los adultos es 120–129 mmHg, con una presión arterial diastólica (PAD) ideal de 70–79 mmHg. En pacientes con fragilidad significativa, mala tolerancia al tratamiento o edad ≥ 85 años, es razonable adoptar objetivos más flexibles (<140 mmHg) o “tan bajos como sea razonablemente alcanzable”, como se ha señalado por la sociedad europea de Cardiología. En el contexto de FA, la HTA suele coexistir con otros factores de riesgo que favorecen recurrencia, aumentan el riesgo de internación hospitalizaciones y el mal control de los síntomas. Aunque la evidencia comparativa es limitada, algunos datos sugieren que los inhibidores de enzima convertidora de angiotensina (iECA) y antagonistas del receptor de angiotensina II (ARA II), podrían ofrecer ventaja en la prevención de recurrencia de FA frente a otras clases antihipertensivas, no obstante, de manera global, el objetivo fundamental es alcanzar los objetivos propuestos por las guías.

Insuficiencia cardíaca y FA, relación bidireccional: IC es un determinante pronóstico clave en pacientes con FA y un factor mayor en la progresión y recurrencia de la arritmia. No obstante, este relacionamiento es bidireccional, la cohorte de Framingham (30 años de seguimiento) mostró un 57 % de los pacientes con IC incidente presentaban FA concomitante y un 37 % de los pacientes con FA incidente desarrollaron IC. Ambas entidades comparten múltiples sustratos fisiopatológicos (incluyendo el remodelado electroanatómico auricular), y la FA suele presentarse como desencadenante frecuente de IC aguda (tanto de nuevo diagnóstico como la IC crónica agudamente descompensada). Además, la coexistencia de estas entidades incrementa el riesgo de ACV y la embolia (incluso bajo anticoagulación), con un aumento del 25 % en la mortalidad por cualquier causa. La estrategia terapéutica debe integrarse dentro de un modelo estructurado de atención integral, abordando comorbilidades, control del ritmo/frecuencia y prevención tromboembólica. En general el manejo médico no se modifica, al señalar una pérdida del efecto sobre la supervivencia con los betabloqueadores en este grupo de pacientes. Las incorporaciones más recientes al manejo de la falla cardíaca con fracción de eyección reducida, como la eplerenona, el sacubitrilo-valsartán y los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2), han tenido una representación importante de pacientes con FA en los ensa-

yos clínicos, sin evidencia de que la FA modifique su capacidad para reducir la mortalidad cardiovascular/hospitalización por insuficiencia cardíaca.

La diabetes mellitus está presente en aproximadamente una cuarta parte de los pacientes con fibrilación auricular y se asocia con un perfil pronóstico adverso caracterizado por mayor mortalidad, incremento de eventos cardiovasculares y mayor costo en la atención en salud. La coexistencia de diabetes tipo 2 y FA, cuya prevalencia e incidencia continúan en ascenso, representa un desafío creciente para los sistemas de salud. Desde el punto de vista fisiopatológico, la diabetes no solo favorece el remodelado electroanatómico auricular, sino que además incrementa el riesgo tromboembólico. Datos procedentes de estudios de cohortes sugieren que el abordaje intensivo de la diabetes como parte de una estrategia integral de manejo de factores de riesgo puede reducir la carga y los síntomas de FA, favorecer la reversión a formas menos sostenidas y mejorar el mantenimiento del ritmo sinusal. Sin embargo, la evidencia proveniente de estudios clínicos controlados es limitada y los fármacos hipoglucemiantes han mostrado efectos heterogéneos sobre la FA. La emergencia de datos con los iSGLT2 y agonistas del receptor péptido similar al glucagón tipo 1 (iGLP-1) podría modificar en el futuro las decisiones terapéuticas en este subgrupo de alto riesgo, en el que suele coexistir una constelación de factores cardiometabólicos que exige un enfoque integral.

La obesidad constituye otro determinante mayor en la fisiopatología y evolución clínica de la FA. Tanto el sobrepeso como la obesidad se asocian con un aumento significativo del riesgo de recurrencia arrítmica tras la ablación, con una relación dosis-respuesta estimada en un incremento del 13 % por cada 5 kg/m² adicionales de índice de masa corporal (IMC). La evidencia sugiere que intervenciones estructuradas de reducción ponderal, integradas en programas de manejo global de factores de riesgo, pueden inducir reducciones clínicamente relevantes en la carga arrítmica y los síntomas cuando se alcanza una pérdida de peso ≥ 10 % y un IMC objetivo <27 kg/m². Estudios observacionales han demostrado una mejoría proporcional al grado de pérdida de peso en términos de mantenimiento del ritmo sinusal, reversión del tipo de FA y resultados postablación. No obstante, intervenciones de menor magnitud (≤ 3 –4 % de reducción ponderal) no han mostrado impacto significativo en la recurrencia, lo que sugiere un umbral mínimo de eficacia clínica. Asimismo, se ha planteado la existencia de un posible “punto de no retorno”

en fases avanzadas de remodelado auricular, y algunos datos observacionales sugieren que la cirugía bariátrica podría asociarse con mejoría sintomática y menor recurrencia de FA en pacientes seleccionados.

El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) es altamente prevalente en pacientes con FA y desempeña un papel relevante en la perpetuación del sustrato arrítmico. Aunque las estrategias óptimas de cribado en esta población aún se están definiendo, en pacientes candidatos a control del ritmo puede ser razonable realizar evaluación mediante polisomnografía o pruebas domiciliarias, dado que los cuestionarios basados en somnolencia diurna presentan baja sensibilidad para SAOS moderada-grave. Estudios observacionales han mostrado que el SAOS no tratado se asocia con peor respuesta a cardioversión y ablación, así como con mayor riesgo de recurrencia. Por el contrario, el tratamiento con presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) parece atenuar la propensión a la FA y podría inducir reversión parcial del remodelado auricular, aunque los ensayos clínicos aleatorizados disponibles son pequeños y han arrojado resultados inconsistentes respecto a la reducción de recurrencia postablación o postcardioversión. Tampoco existe evidencia concluyente sobre su impacto en la mortalidad cardiovascular, lo que subraya la necesidad de estudios de mayor tamaño y potencia estadística.

La inactividad física y la baja capacidad de ejercicio también se asocian con mayor carga y recurrencia de FA, particularmente tras ablación con catéter. Existe una relación inversa consistente entre capacidad funcional y carga arrítmica, tanto en adultos de mediana edad como en población mayor. Ensayos clínicos de pequeña escala, metanálisis y estudios observacionales han mostrado que el ejercicio aeróbico regular mejora los síntomas relacionados con la FA, la calidad de vida y la capacidad funcional. Además, una mejora sostenida en la capacidad cardiorrespiratoria se asocia con mayor probabilidad de mantenimiento del ritmo sinusal, lo que respalda la inclusión de programas estructurados de ejercicio como parte del manejo integral del paciente con FA.

Finalmente, el consumo excesivo de alcohol constituye un factor modificable con impacto clínico relevante en pacientes con FA. Se asocia con mayor riesgo de tromboembolia, hospitalización y mortalidad relacionada con FA, así como con un incremento del riesgo de ACV en FA de reciente diagnóstico. En pacientes anticoagulados, el consumo elevado de alcohol aumenta el riesgo de sangrado, en parte por interacciones far-

macológicas, hepatopatía relacionada y problemas de adherencia terapéutica. La relación entre alcohol y recurrencia de FA es dosis dependiente, especialmente tras ablación. Un ensayo clínico en personas que consumen habitualmente alcohol demostró que la reducción significativa del consumo, con un alto porcentaje de abstinencia, se asoció con disminución de la recurrencia y la carga arrítmica. Datos observacionales adicionales sugieren que limitar el consumo a ≤ 7 unidades estándar por semana podrían mejorar el mantenimiento del ritmo sinusal. En conjunto, la evidencia respalda la recomendación de minimizar o evitar el consumo de alcohol como parte del manejo estructurado de factores de riesgo en FA.

Evaluación y reevaluación periódica

El desarrollo y la progresión de la fibrilación auricular responden a una interacción dinámica entre mecanismos eléctricos, celulares, neurohormonales y hemodinámicos, modulados por una amplia carga de comorbilidades y factores clínicos asociados. La contribución relativa de cada uno de estos elementos varía a lo largo del tiempo, y configura un perfil de riesgo no estático que exige un modelo asistencial adaptable. En este contexto, la reevaluación periódica del paciente con FA es un componente estructural del manejo contemporáneo, orientado a optimizar el tratamiento según la evolución del riesgo tromboembólico, hemorrágico, arrítmico y de insuficiencia cardíaca. La vigilancia activa de factores modificables y comorbilidades no solo permite prevenir eventos mayores —como insuficiencia cardíaca, tromboembolia o hemorragia— sino que puede desacelerar o incluso revertir la progresión del sustrato arrítmico, con impacto favorable en calidad de vida y pronóstico.

El componente “*Evaluate and Reassess*” (E) de la estrategia AF-CARE implica una valoración exhaustiva inicial de comorbilidades y factores de riesgo, seguida de revisiones estructuradas que garanticen la adecuación continua del plan terapéutico. Este enfoque debe ser proactivo, no limitado a la respuesta ante cambios clínicos manifiestos, sino orientado a identificar precozmente modificaciones en el estado del paciente que puedan requerir ajustes terapéuticos, como la reoptimización de la anticoagulación ante mejoría de la función renal. La periodicidad de la reevaluación debe individualizarse según la evolución clínica, recomendándose en términos generales una revisión a los seis meses del diagnóstico inicial y, posteriormente, al menos anual. Este modelo incorpora la toma de decisiones compartida y el empodera-

Fibrilación auricular: Más allá de la anticoagulación y el control de frecuencia/ritmo

miento del paciente como elementos centrales para mejorar eficiencia asistencial y adecuación terapéutica.

La implementación efectiva de un sistema dinámico AF-CARE requiere un enfoque multidisciplinario coordinado. Cardiólogos, médicos de atención primaria, enfermería especializada y farmacéuticos desempeñan un papel esencial en la continuidad asistencial, con posible participación de otras especialidades según necesidades clínicas. Aunque diversos modelos organizativos de atención integrada —incluidos esquemas dirigidos por enfermería, cardiología o apoyados en herramientas digitales— han mostrado resultados heterogéneos en ensayos clínicos, varios estudios han documentado mejoras en adherencia a anticoagulación, reducción de hospitalizaciones y mortalidad cardiovascular frente a la atención convencional. No obstante, la evidencia no es uniforme, lo que subraya la necesidad de definir con mayor precisión los componentes estructurales que determinan la efectividad de la atención integrada en distintos entornos sanitarios.

La adherencia terapéutica constituye un determinante crítico de resultados en FA y depende de factores interrelacionados vinculados al paciente (cognición, contexto sociocultural, estado psicológico), al régimen terapéutico (complejidad, efectos adversos, polifarmacia, coste), al sistema sanitario (accesibilidad y coordinación) y al profesional (conocimiento de guías y habilidades comunicativas). Un modelo colaborativo basado en decisiones compartidas y educación estructurada favorece la apropiación del tratamiento por parte del paciente. El uso de herramientas digitales, programas educativos y estrategias prácticas de apoyo cotidiano puede mejorar la persistencia terapéutica, mientras que la revisión periódica por el equipo multidisciplinario permite adaptar el plan terapéutico a las circunstancias cambiantes.

En el ámbito diagnóstico, la imagen cardíaca desempeña un papel transversal dentro de AF-CARE, particularmente ante cambios clínicos. La ecocardiografía transtorácica es fundamental para identificar cardiopatía estructural, evaluar función ventricular sistólica y diastólica, clasificar el fenotipo de insuficiencia cardíaca, valorar tamaño auricular izquierdo y analizar función ventricular derecha. En el contexto de FA, la irregularidad del ritmo exige técnicas específicas de adquisición —como la selección de ciclos con intervalos RR similares— para optimizar la precisión de las mediciones. Cuando la calidad ecocardiográfica es limitada o se requiere caracterización adicional del sustrato estructural o planificación

intervencionista, modalidades como la resonancia magnética cardíaca, tomografía computarizada, ecocardiografía transesofágica o técnicas nucleares pueden aportar información complementaria. La adquisición de imágenes en presencia de irregularidad rítmica o frecuencia elevada supone retos técnicos que requieren ajustes específicos en la sincronización electrocardiográfica, **Figura 3**.

Vía clínica de AF-CARE	Objetivo para pruebas de imagen	Evaluación	Ejemplo de patología
C Manejo de la comorbilidad y los factores de riesgo	Identificar comorbilidades asociadas con la recurrencia y progresión de la FA	Fracción de eyección del ventrículo izquierdo, anomalías de la motilidad de la pared, índices diastólicos, función del ventrículo derecho e hipertrofia ventricular izquierda para determinar el subtipo y la etiología de la insuficiencia cardíaca Detección de líquido pericárdico o enfermedad pericárdica Detección de valvulopatía	Amiloide cardíaco 
E Evaluación y reevaluación periódica	Para detectar cambios en la estructura y función del corazón del paciente que podrían afectar su plan de tratamiento	Reevaluar la valvulopatía conocida para detectar un aumento de la gravedad Reevaluar el tamaño y la función del ventrículo izquierdo si hay un cambio en el estado clínico o los síntomas del paciente	Enfermedad mixta de la válvula mitral 

Figura 3. Relevancia de la ecocardiografía en la ruta del AF-CARE.

AF-CARE, Fibrilación auricular—[C] Comorbilidad y manejo de los factores de riesgo, [E] Evaluación y reevaluación periódica; FA, fibrilación auricular.

Los pacientes con fibrilación auricular presentan, de manera consistente, una calidad de vida inferior a la de la población general, con impacto significativo en el estado funcional, la percepción de síntomas y la carga terapéutica. En este contexto, la mejora de la calidad de vida debe constituir un objetivo central tanto en la evaluación inicial como en la reevaluación periódica de las estrategias terapéuticas. La toma de decisiones clínicas no debe limitarse a métricas duras como eventos tromboembólicos o mortalidad, sino incorporar de forma estructurada resultados centrados en el paciente, particularmente en una enfermedad caracterizada por elevada carga sintomática y variabilidad clínica.

Las medidas de resultados comunicados por los pacientes (PROM, por sus siglas en inglés) representan herramientas fundamentales para cuantificar longitudinalmente calidad de vida, estado funcional, severidad sintomática e impacto del tratamiento en pacientes con FA. Su uso ha adquirido creciente relevancia en ensayos clínicos como indicador de éxito terapéutico, aunque en la práctica clínica continúan infrautili-

zadas. Estas herramientas pueden clasificarse en instrumentos genéricos y específicos de enfermedad; estos últimos permiten capturar con mayor precisión el impacto particular de la FA. Sin embargo, la frecuente comorbilidad de esta población puede limitar la sensibilidad y especificidad de los PROM, interfiriendo en su correlación con métricas convencionales de evaluación clínica como la clasificación sintomática *European Heart Rhythm Association* modificada (mEHRA) o los niveles de péptidos natriuréticos.

Diversos estudios de intervención han demostrado que la mejora en las puntuaciones de PROM se asocia con reducción de la carga arrítmica y mejor control sintomático, lo que respalda su valor como indicadores clínicamente significativos. Entre los cuestionarios específicos para FA se incluyen el AF6, AFEQT (*Atrial Fibrillation Effect on Quality-of-Life*), AFQLQ, AF-QoL y QLAF, aunque muchos de ellos carecen aún de validación robusta de sus propiedades psicométricas. El *International Consortium for Health Outcomes Measurement* (ICHOM) recomienda el uso del AFEQT o de la *Atrial Fibrillation Severity*

Fibrilación auricular: Más allá de la anticoagulación y el control de frecuencia/ritmo

Scale (AFSS) como instrumentos preferentes para evaluar tolerancia al ejercicio e impacto sintomático.

La incorporación sistemática de PROM en la práctica clínica no solo permite una evaluación más integral del paciente con FA, sino que también ofrece una oportunidad para optimizar la calidad asistencial a nivel institucional, facilitando modelos de atención centrados en el paciente, monitorización longitudinal de resultados y ajuste terapéutico basado en parámetros clínicos y experienciales. En una patología donde el objetivo no es únicamente la supervivencia sino también la calidad de vida, la integración estructurada de estas herramientas constituye un componente esencial del manejo contemporáneo.

En conjunto, el manejo contemporáneo de la FA exige un modelo asistencial dinámico, estructurado y multidisciplinario, sustentado en reevaluación periódica, optimización terapéutica individualizada, promoción de adherencia y uso estratégico de la imagen cardíaca, con el objetivo de modificar el curso clínico de la enfermedad y mejorar resultados a largo plazo.

Viñeta clínica (desenlace)

Para el paciente descrito de 65 años, el componente C (*Comorbidity and risk factor management*) de la estrategia AF-CARE es la piedra angular para frenar el remodelado estructural, dado que la dilatación auricular (45 mm) y la hipertrofia ventricular indican un sustrato avanzado. Es imperativo un control estricto (objetivo <130/80 mmHg) de la presión arterial y una intervención multidisciplinaria sobre la obesidad, pues la reducción de peso y la optimización metabólica son determinantes para disminuir la carga de la FA y mejorar la respuesta a la terapia de control de frecuencia o ritmo. Asimismo, se debe realizar un cribado de apnea obstructiva del sueño y promover la abstinencia de alcohol, factores que, de no controlarse, perpetuarán la respuesta ventricular rápida y la progresión hacia formas persistentes de la arritmia.

Simultáneamente, el componente E (*Evaluation and periodic reassessment*) obliga a establecer un cronograma de seguimiento estructurado para monitorizar la evolución clínica y la seguridad del tratamiento. Debido a la residencia rural y el nivel educativo, se debe simplificar la vigilancia de la función renal y hepática (esencial para el ajuste de DOACs) y realizar una reevaluación periódica clínica y con biomarcadores y dependiendo de ello considerar la realización de ecocardiograma para determinar progresión del remodelado o la disfun-

ción. Esta evaluación dinámica permite ajustar la estrategia terapéutica ante cambios en el perfil de riesgo del paciente o ante la aparición de nuevas comorbilidades, asegurando que los objetivos de control de síntomas y prevención de eventos tromboembólicos se mantengan vigentes a largo plazo.

Bibliografía

1. Van Gelder IC, Rienstra M, Bunting KV, Casado-Arroyo R, Caso V, Crijns HJGM, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J*. 2024;45(36):3481-3617.
2. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan M, Cappuccio FP, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *Eur Heart J*. 2024;45(37):3805-3936.
3. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2023;44(37):3627-3639.
4. Marx N, Federici M, Schütt K, Müller-Wieland D, Ajjan RA, Antunes MJ, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. *Eur Heart J*. 2023;44(39):4043-4140.