

COMENTARIO EDITORIAL

Control del ritmo en pacientes con fibrilación auricular

A la luz de las nuevas evidencias

Carmen
Encarnación RoaCarmen Encarnación Roa, MD, FACC, FSIAC^a, Máximo R. Cruz Monsanto, MD^b

Si bien durante las décadas de los 80s y 90s se asumió que mantener el ritmo sinusal en los pacientes con fibrilación auricular (FA) llevaba a mejores resultados, el estudio AFFIRM (2002)¹ demostró la no inferioridad de la estrategia “control de la frecuencia” comparada con el “control del ritmo” para la prevención de la muerte y la morbilidad por causas cardiovasculares en pacientes con FA persistente recurrente después de una cardioversión eléctrica. A partir de entonces, se reservó la estrategia del control del ritmo a aquellos pacientes que no se lograba un adecuado control de los síntomas con control de la frecuencia cardíaca. Igualmente, también ha sido objeto de debate si el objetivo de la estrategia “control del ritmo” debía ser la restauración completa del ritmo sinusal o bien podía ser suficiente con la disminución de la carga de FA.^{2,3}

Es por ello de enorme interés la completa revisión publicada en el *Journal of the American College of Cardiology* a cargo del profesor John Camm y colaboradores acerca de la reciente evidencia que apoya, de nuevo, el control del ritmo en los pacientes con FA.⁴ Los autores revisan con detalle 3 grandes apartados, apoyándose en unas tablas muy útiles y unas excelentes figuras.

El primero de ellos versa acerca del manejo actual de la FA. Camm y cols. nos recuerdan que la FA es una arritmia compleja y exige un abordaje integral y multidisciplinar. En los últimos años se han realizado progresos importantes tanto en la detección de la FA como en su tratamiento. Toda la evidencia generada se ha plasmado en las recomendaciones de las últimas guías europeas de manejo de la FA⁵, apoyándose en 3 esferas principales “ABC”. “A” para la valoración de la anticoagulación, “B” para un buen control de los síntomas independientemente de la estrategia escogida, y “C” haciendo mención al manejo adecuado de las comorbilidades. Optimizar en la práctica clínica los cuidados de los pacientes que sufren FA es por

tanto un requisito esencial para lograr un tratamiento efectivo.

Seguidamente, los autores analizan los posibles motivos por los cuales tanto las guías europeas⁵ como norteamericanas⁶ se decantan por recomendar una estrategia “control de la frecuencia” en la mayoría de los pacientes y reservar la estrategia “control del ritmo” a aquellos que persisten sintomáticos o en algunos subgrupos que podrían beneficiarse de una estrategia inicial más agresiva, como son los sujetos con poca cardiopatía estructural, jóvenes o con mala tolerancia clínica de la FA. En cualquier caso, es especialmente interesante la reflexión que los autores realizan acerca de la relativa poca importancia dada en la mayoría de ensayos clínicos al deterioro de la calidad de vida que supone la FA, ya que, como bien se señala, incluso una pequeña carga de FA puede suponer un menoscabo de la misma y, de la misma forma, una reducción en la carga de FA implica una mejoría en la calidad de vida y una reducción de eventos, especialmente insuficiencia cardíaca.⁴

El segundo gran apartado que Camm y cols revisan con detalle es el de la evolución en los métodos para el control del ritmo.⁴ Así, desde la farmacopea inicial para el mantenimiento del ritmo sinusal hasta los avances en el campo de la ablación con catéter, pasando por fármacos con un perfil de seguridad más favorable como la dronedarona, los autores concluyen que, frente a placebo, cualquier estrategia activa -sea farmacológica o ablación- tiene evidentemente más éxito para el mantenimiento del ritmo sinusal y que, a tenor de los últimos ensayos clínicos donde se comparan ambas estrategias- la ablación es tan segura como la farmacológica pero con una mayor tasa de éxito como primera línea de tratamiento en pacientes con FA sintomática.⁴

Tan necesario como la elección de la terapia adecuada es seleccionar cuál es el mejor momento para apli-

^a Cardióloga Electrofisióloga, Hospital HOMS/Centro médico moderno, Pasada presidenta de SODOCARDIO y ACEIDSS, Coordinadora Residencia de Cardiología Hospital Presidente Estrella Ureña de Santiago de los Caballeros, República Dominicana; ^b Cardiólogo Clínico, Fellow de Ecocardiografía Hospital Presidente Estrella Ureña de Santiago de los Caballeros República Dominicana.

carla, y los autores se adentran así en el tercer y último apartado de la revisión analizando las últimas evidencias que apoyan una estrategia “control del ritmo” más precoz.⁴ En general, tanto la terapia farmacológica como la ablación por catéter han demostrado que su aplicación precoz es más eficaz a la hora de mantener el ritmo sinusal y, secundariamente, mejorar el pronóstico de los pacientes con FA sintomática. Sin embargo, tal como reconocen Camm y cols, en un mundo cada vez más tecnológicamente desarrollado y con una creciente cantidad de dispositivos validados para la detección de la FA silente en la población general, estas estrategias deberán ser reevaluadas en cuanto a eficacia y seguridad.⁴

En conclusión, la recomendación actual de las guías de práctica clínica^{5,6} en el tratamiento de la FA es la estrate-

gia de control de frecuencia, excepto en aquellos pacientes que continúan sintomáticos. En cambio, los autores apuestan porque el “control del ritmo” sea una estrategia preferente en las primeras etapas de la FA a la luz de las nuevas evidencias, junto con un “control de la frecuencia” de manera concomitante. Como resultado, estamos ante un cambio de paradigma, con el fin de ofrecer un control precoz del ritmo a todos los pacientes con FA sintomática. El mayor conocimiento de la fisiopatología e historia natural de la FA, los avances en la farmacología, con fármacos más seguros y eficaces, y el desarrollo tecnológico en las terapias de ablación ayudarán, sin duda, a confirmar este enfoque como el tratamiento de elección en el futuro.

BIBLIOGRAFÍA

1. The Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) Investigators. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2002; 347:1825-1833
2. Vasamreddy CR, Dalal D, Dong J, Cheng A, Spragg D, Lami SZ, Meininger G, Henrikson CA, Marine JE, Berger R, Calkins H: Symptomatic and asymptomatic atrial fibrillation in patients undergoing radiofrequency catheter ablation. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2006; 17:134-139
3. Page RL, Wilkinson WE, Clair WK, McCarthy EA, Pritchett EL: Asymptomatic arrhythmias in patients with symptomatic paroxysmal atrial fibrillation and paroxysmal supraventricular tachycardia. *Circulation* 1994; 89:224-227.
4. Camm AJ, Naccarelli GV, Mittal S, Crijns HJGM, Hohnloser SH, Ma CS, Natale A, Turakhia MP, Kirchhof P. The Increasing Role of Rhythm Control in Patients With Atrial Fibrillation: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol* 2022; 79 (19): 1932-1948
5. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, Blomström-Lundqvist C, Boriani G, Castella M, Dan GA, Dilaveris PE, Fauchier L, Filippatos G, Kalman JM, La Meir M, Lane DA, Lebeau JP, Lettino M, Lip GYH, Pinto FJ, Thomas GN, Valgimigli M, Van Gelder IC, Van Putte BP, Watkins CL; ESC Scientific Document Group. 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 Feb 1;42(5):373-498
6. January CT, Wann LS, Calkins H, et al. 2019 AHA/ACC/HRS focused update of the 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on clinical practice guidelines and the Heart Rhythm Society in collaboration with the Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol*. 2019;74(1):104-132.