



SOCIEDAD  
COLOMBIANA  
DE CARDIOLOGÍA Y  
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

# Revista Colombiana de Cardiología

[www.elsevier.es/revcolcar](http://www.elsevier.es/revcolcar)



## CARTA AL EDITOR

### Comentario al artículo “Introducción” del suplemento sobre tratamiento de la fibrilación auricular



### Commentary to the article “Introduction” of the supplement on treatment of atrial fibrillation

*Sr. Editor:*

Leímos con gran interés el reciente suplemento sobre fibrilación auricular publicado en la Revista, donde se hace una revisión amplia por capítulos de diferentes aspectos de esta importante arritmia dada su alta prevalencia. Justamente, al revisar el capítulo de introducción a cargo del Dr. Duque-Ramírez<sup>1</sup>, llama la atención que este asegura respecto al manejo de la fibrilación auricular, que “el enfoque terapéutico ha evolucionado vertiginosamente en las últimas dos décadas, hecho que implica que de un manejo conservador de control de la frecuencia cardíaca, se haya pasado a un enfoque agresivo para tratar de retornar al ritmo sinusal, y con esto se hayan disminuido de manera significativa la mortalidad y los costos para los sistemas de salud”; y más adelante en el mismo artículo, recalca dicho concepto cuando se refiere a que “se hace hincapié en el manejo del control del ritmo, manteniendo el ritmo sinusal hasta donde sea posible, bien sea con antiarrítmicos o por métodos invasivos como ablación de la fibrilación auricular, en cuyos casos se observa una clara diferencia entre los pacientes que se mantienen en ritmo sinusal vs. los que se mantienen en fibrilación auricular”. Dichas aseveraciones están en contra de la evidencia disponible de grandes estudios como el AFFIRM<sup>2</sup> y el RACE<sup>3</sup>, los cuales compararon la estrategia de control de ritmo contra el control de respuesta ventricular, y ambos concluyeron que la estrategia de control de ritmo no reducía la mortalidad ni la morbilidad en los pacientes con fibrilación auricular; incluso en los pacientes con fracción de expulsión del ventrículo izquierdo (FEVI) menor de 35%, el estudio AF-CHF<sup>4</sup> llegó a la misma conclusión que los dos estudios previamente mencionados.

Es con base en dicha evidencia que el control de la frecuencia continúa como una estrategia de tratamiento adecuada en pacientes con fibrilación auricular, y por ello

diferentes guías de práctica clínica como la de la Asociación Americana del Corazón, Colegio Americano de Cardiología y la Sociedad del Ritmo Cardíaco (AHA/ACC/HRS por sus siglas en inglés) de 2014<sup>5</sup>, recomiendan el control de la frecuencia ventricular mediante el uso de betabloqueadores o calcioantagonistas no dihidropiridínicos para pacientes con fibrilación auricular paroxística, persistente o permanente, siendo una recomendación clase I con nivel de evidencia B. De igual manera, la guía de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC, su sigla en inglés) publicada en 2016<sup>6</sup>, hace una indicación similar, al expresar que los betabloqueadores, digoxina, diltiazem o verapamilo se recomiendan para el control de la frecuencia cardíaca en pacientes con fibrilación auricular con FEVI  $\geq 40\%$ , y menciona también que los betabloqueadores y/o digoxina se recomiendan para el control de la frecuencia cardíaca en pacientes con fibrilación auricular con FEVI  $< 40\%$ , siendo ambas recomendaciones clase I con nivel de evidencia B. De hecho, Velasco VM et al.<sup>7</sup> en el capítulo del mismo suplemento titulado ¿Cuándo seleccionar control del ritmo o control de la frecuencia en fibrilación auricular? argumentan con base en la misma evidencia previamente señalada, que “los tres trabajos más extensos que analizan la estrategia de control de frecuencia versus el control del ritmo en fibrilación auricular, son los estudios AFFIRM, RACE y AF-CHF y todos llegan a la misma conclusión: el control del ritmo no es superior al control de la frecuencia en términos de morbilidad y mortalidad. La estrategia de control de la frecuencia es una opción legítima primaria de tratamiento”.

Se debe dar claridad al lector de dicho suplemento respecto a un tema tan importante en el manejo de la fibrilación auricular como es definir las ventajas y desventajas del control de ritmo o de frecuencia, y buscar que los diferentes autores del documento entreguen recomendaciones concordantes, que se ciñan completamente a la evidencia disponible.

### Bibliografía

1. Duque-Ramírez M. Introducción. Rev Colomb Cardiol. 2016;23 Supl 5:3-4.
2. Investigators TAFII of RM (AFFIRM). A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med. 2002;347:1825-33.
3. Van Gelder IC, Hagens VE, Bosker HA, Kingma JH, Kamp O, Kingma T, et al. A Comparison of rate control and rhythm control in

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2017.02.002>

0120-5633/© 2017 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

- patients with recurrent persistent atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2002;347:1834–40.
4. Roy D, Talajic M, Nattel S, Wyse DG, Dorian P, Lee KL, et al. Rhythm control versus rate control for atrial fibrillation and heart failure. *N Engl J Med.* 2008;358:2667–77.
  5. January CT, Wann LS, Alpert JS, Calkins H, Cigarroa JE, Cleveland JC, et al. 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 practice guidelines and the heart rhythm society. *J Am Coll Cardiol.* 2014;64:e1–76.
  6. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D, Casadei B, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Europace.* 2016;18:1609–78.
  7. Velasco VM, Rosas F, Betancourt JF, Camargo JM, Santacruz D. ¿Cuándo seleccionar control del ritmo o control de la frecuencia en fibrilación auricular? *Rev Colomb Cardiol.* 2016;23:104–7.
- Edison Muñoz-Ortiz<sup>a,b,\*</sup>, Jairo Gándara-Ricardo<sup>a</sup>  
y Edwin F. Arévalo<sup>a,b</sup>
- <sup>a</sup> *Unidad Cardiovascular, Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín, Colombia*  
<sup>b</sup> *Sección Cardiología, Departamento de Medicina Interna, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia*
- \* Autor para correspondencia.  
*Correo electrónico: edisonhoy@yahoo.es (E. Muñoz-Ortiz).*  
Disponible en Internet el 11 de marzo de 2017