

## La importancia del ritmo sinusal

**JOSÉ LUIS  
MERINO LLORENS**

PRESIDENTE DE LA  
SECCIÓN DE  
ARRITMIAS DE LA  
SOCIEDAD ESPAÑOLA  
DE CARDIOLOGÍA.  
HOSPITAL  
UNIVERSITARIO LA  
PAZ. MADRID.

El manejo de la fibrilación auricular (FA) ha sufrido un curso oscilante a lo largo de las últimas décadas. Así, hace algunos años era frecuente que se abandonara a los pacientes en FA, considerándola una enfermedad progresiva e irreversible. De esta forma, no se trataba de recuperar el ritmo sinusal, dirigiendo el clínico sus esfuerzos a controlar la frecuencia cardíaca y, más recientemente, a prevenir los accidentes cardioembólicos. Sin embargo, el advenimiento rutinario de la cardioversión eléctrica y la comercialización de antiarrítmicos eficaces con pocos efectos secundarios, cambió el patrón de manejo y llevó a la recomendación de luchar por recuperar y mantener el ritmo sinusal mediante intentos repetidos de cardioversión eléctrica y/o farmacológica. Sin embargo, estudios multicéntricos recientes<sup>1,2</sup> dirigidos a validar esta práctica clínica y de entre los cuales el más significativo ha sido el estudio AFFIRM<sup>3</sup>, no han encontrado una mejor evolución de los pacientes a los que se les dirige a una estrategia de recuperar y mantener el ritmo cardíaco sinusal mediante cardioversiones eléctricas repetidas y fármacos antiarrítmicos tomados crónicamente frente a aquellos otros en los que únicamente se emplea una estrategia de control de su frecuencia cardíaca. Tanto ha sido así, que incluso en el estudio AFFIRM se apreció una tendencia no significativa a una mejor evolución en los pacientes que recibieron la estrategia de control de frecuencia cardíaca. Esto ha llevado a un nueva oscilación del péndulo del tratamiento de la FA y a cuestionar las recomendaciones de luchar por recuperar el ritmo sinusal. Esta evolución maniquea, de indicar un tratamiento a casi todos los pacientes para pasar a no indicárselo a casi ninguno, no es nueva y ya se dio tras la publicación del estudio CAST<sup>4</sup> sobre el tratamiento con flecainida de los extrasístoles ventriculares en pacientes postinfarto y que llevó a generalización de los resultados a todos los pacientes y prácticamente al desuso durante muchos años de este fármaco, tan útil y seguro en otro tipo de pacientes.

Las evidencias científicas actuales sobre el manejo de la FA requieren un análisis crítico y que, como en muchos otros escenarios en medicina, sitúa la estrategia final en un punto intermedio no extremista entre intentar cardiovertir a todos los pacientes o no intentarlo en ninguno. De esta forma, la primera consideración que se debe tener en cuenta es que el ritmo sinusal es beneficioso y que no es lo mismo en términos pronósticos permanecer en él o en FA, como el mismo estudio AFFIRM demostró al encontrar una mejor evolución de los pacientes que preservaban el ritmo sinusal frente a los que no, independien-

temente de la estrategia terapéutica seguida<sup>5</sup>. La segunda consideración emana de la primera, es decir, aceptándose que es mejor recuperar y permanecer en ritmo sinusal, lo que no parece tan bueno son los medios farmacológicos actualmente disponibles para lograrlo. Así, en el estudio AFFIRM, el fármaco antiarrítmico más utilizado en el grupo de control del ritmo fue la amiodarona, que diversos subanálisis de este estudio asociaron con un incremento en la incidencia a largo plazo de problemas pulmonares y neoplasias, lo que probablemente influyó negativamente en la evolución de estos pacientes y podría explicar en parte los resultados<sup>6</sup>. Otra consideración importante en estos estudios es que frecuentemente en aquellos pacientes que se recupera el ritmo sinusal se abandona el tratamiento anticoagulante, lo que, teniendo en cuenta que los pacientes incluidos en ellos presentaban un perfil de alto riesgo cardioembólico, probablemente llevó a un incremento de accidentes tromboembólicos en este grupo, que, si bien no significativo, también podría haber sido otro factor negativo para explicar los resultados evolutivos.

A la luz de las evidencias de los últimos ensayos multicéntricos y las consideraciones mencionadas, la pregunta obvia es si se debe tratar o no de recuperar el ritmo sinusal en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH). Esta cuestión no es baladí porque sabemos que la estrategia terapéutica que se tome en el SUH es la que muchas veces se va a continuar y va a marcar la evolución de estos pacientes. La pregunta no presenta una respuesta dicotómica de a todos sí o a todos no y, para tratar de resolverla lo más adecuadamente posible en nuestro medio, se reunió en 2003 un panel de expertos de la SEMES y de la Sociedad Española de Cardiología (SEC), como representantes de los profesionales que habitualmente tratan este proceso, y que llegó a un consenso sobre el manejo de urgencias de la FA ya publicado<sup>7</sup>. De todo lo comentado y recogiendo el espíritu del mencionado consenso, se pueden recomendar unas líneas de actuación básicas cuya importancia de seguimiento se ha visto en los registros GEFAUR<sup>8-10</sup>:

1. En el SUH se debe priorizar el control de la frecuencia cardíaca, fundamentalmente mediante betabloqueantes o calcioantagonistas, y la prevención tromboembólica, fundamentalmente mediante heparina de bajo peso molecular seguida de anticoagulación oral.

2. No se debe suspender la anticoagulación en pacientes con factores de riesgo cardioembólico, aunque se recupere y mantenga el ritmo sinusal.

3. Sigue siendo válido tratar de recuperar y mantener el ritmo sinusal en los pacientes sin perfil

AFFIRM, es decir, aquellos que típicamente se presentan con fibrilación auricular paroxística, son más jóvenes o no tienen una cardiopatía estructural significativa, especialmente si el mantenimiento se realiza mediante fármacos antiarrítmicos del grupo IC (flecainida o propafenona).

4. Se debe considerar un intento de recuperación del ritmo sinusal en aquellos pacientes con perfil AFFIRM en su primer episodio de FA, aunque sea más cuestionable si se debe instaurar un tratamiento farmacológico antiarrítmico a largo plazo, especialmente si se hace mediante amiodarona.

Probablemente, el futuro nos irá presentado nuevas evidencias y estrategias de tratamiento más dirigidas y determinantes, especialmente cuando conozcamos la patogenia y el mecanismo electrofisiológico preciso de esta arritmia. Sin embargo, hasta entonces debemos continuar luchando por tratar de dar el mejor tratamiento posible a nuestros pacientes, tratamiento que muchas veces empieza en los SUH y continúa en unidades superespecializadas de arritmias. Por esto mismo, el mejor tratamiento posible pasa por la constante comunicación y trabajo en equipo entre los profesionales de estos servicios y unidades, práctica ya establecida entre la SEMES y la SEC desde hace unos años y que continúa progresando. Como mejor exponente de ello está la celebración del congreso "Arritmias 2006" ([www.rritmias.org](http://www.rritmias.org)) el próximo mes de marzo, que cuenta con la participación de la SEMES y la SEC en su organización y al que, como presidente actual de la Sección de Arritmias de la SEC, animo a asistir y participar a todos los miembros de ambas sociedades interesados en el manejo de las arritmias en los SUH.

1. Hohnloser SH, Kuck KH, Lilienthal J. Rhythm or rate control in atrial fibrillation--Pharmacological Intervention in Atrial Fibrillation (PIAF): a randomised trial. *Lancet* 2000;356:1789-1794.
2. Van Gelder IC, Hagens VE, Bosker HA, Kingma JH, Kamp O, Kingma T, et al. A comparison of rate control and rhythm control in patients with recurrent persistent atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2002;347:1834-1840.
3. Wyse DG, Waldo AL, DiMarco JP, Domanski MJ, Rosenberg Y, Schron EB, et al. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2002;347:1825-1833.
4. Preliminary report: effect of encainide and flecainide on mortality in a randomized trial of arrhythmia suppression after myocardial infarction. The Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST) Investigators. *N Engl J Med* 1989;321:406-412.
5. Corley SD, Epstein AE, DiMarco JP, Domanski MJ, Geller N, Greene HL, et al. Relationships between sinus rhythm, treatment, and survival in the Atrial Fibrillation Follow-Up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) Study. *Circulation* 2004;109:1509-1513.
6. Steinberg JS, Sadaniantz A, Kron J, Krahn A, Denny DM, Daubert J, et al. Analysis of Cause-Specific Mortality in the Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) Study. *Circulation* 2004.
7. Martin A, Merino JL, del Arco C, Martinez AJ, Laguna P, Arribas F, et al. Consensus document for the management of patients with atrial fibrillation in hospital emergency departments. *Rev Esp Cardiol* 2003;56:801-816.
8. Del Arco C, Martin A, Laguna P, Gargantilla P. Analysis of current management of atrial fibrillation in the acute setting: GEFAUR-1 study. *Ann Emerg Med* 2005;46:424-430.
9. Laguna P, Martin A, del Arco C, Millan I, Gargantilla P. Differences among clinical classification schemes for predicting stroke in atrial fibrillation: implications for therapy in daily practice. *Acad Emerg Med* 2005;12:828-834.
10. Laguna P, Martin A, del Arco C, Gargantilla P. Risk factors for stroke and thromboprophylaxis in atrial fibrillation: what happens in daily clinical practice? The GEFAUR-1 study. *Ann Emerg Med* 2004;44:3-11.

## Buzón de sugerencias

Quisiéramos contar con tu opinión para la elaboración de los siguientes números; por favor escríbenos con sugerencias y temas interesantes. Muchas gracias por tu colaboración. E-mail: [boletin.semes@semes.org](mailto:boletin.semes@semes.org)

