

Mantenimiento del ritmo sinusal postcardioversión

Recientemente diferentes sociedades médicas euro-peas y americanas así como el consenso de la SEMES y la SEC han publicado las normas de actuación en el tratamiento de la Fibrilación Auricular (FA). En lo que respecta a esta sección sobre el mantenimiento del ritmo sinusal postcardioversión no hay datos relevantes nuevos en cuanto al algoritmo de decisión con fármacos antiarrítmicos (FFAA), por lo tanto el presentado en los documentos previos sigue siendo válido (figura 1). Sin embargo, a la luz de diferentes estudios publicados en los últimos tres años conviene hacer varias reflexiones sobre esos estudios y su incidencia en posibles cambios en la actitud terapéutica.

Un vez decidido que un paciente debe estar en ritmo sinusal no queda más remedio que tratarlo. Salvo los casos aislados de primer episodio de FA o secundaria a una causa reversible y transitoria la necesidad de tratar la FA es obvia. Entre un 10% y un 30% de los pacientes permanecen en ritmo sinusal al año sin tratamiento. Esta cifra puede elevarse hasta un 75% con FFAA. Dado que supuestamente estar en ritmo sinusal es mejor que estar en FA nos podemos hacer varias preguntas:

1. **¿Mejora estar en ritmo sinusal la supervivencia clínica? y ¿Aumentan los antiarrítmicos la mortalidad?** La primera pregunta que debiera tener una respuesta obvia, de hecho no la tiene. La respuesta sin duda sería sí en caso de que el tratamiento preciso para ello no tuviera efectos secundarios, pero como no es el caso la respuesta no está clara. La presencia de FA aumenta la mortalidad (una vez ajustadas otras variables) ente 1,5 y 1,9 veces (para hombres y mujeres respectivamente) según el estudio Framingham. Sin embargo, de momento no hay un sólo tratamiento que en un estudio de calidad haya demostrado que lo contrario sea verdad. En el AFFIRM, a pesar de mantener el ritmo sinusal de una forma más que adecuada (65% a los cinco años) los pacientes bajo tratamiento con FFAA tuvieron un exceso de mortalidad casi significativa ($p=0,07$). Recientemente se han publicado con detalle las causas de muerte: de forma sorprendente, el exceso de mortalidad tuvo una causa no cardíaca. Así como la mortalidad cardíaca (aritmica y no aritmica) fue similar (alrededor del 10% de la mortalidad total), la mortalidad no cardíaca

fue superior en el grupo con FFAA (47% vs 36%, $p=0,008$) fundamentalmente relacionada con eventos pulmonares (neumonías y cáncer de pulmón). No existe una explicación clara para este hallazgo pero se pueden hacer varias consideraciones: la amiodarona fue el antiarrítmico más usado (un 60%) y aunque la incidencia de fibrosis pulmonar fue mínima, esta droga ya ha sido relacionada en algunos estudios con aumento de la mortalidad no cardíaca (EMIAT y AVID, aunque en otros no se ha confirmado este hallazgo). Por otro lado, el grupo bajo tratamiento con FFAA tomaba menos anticoagulantes orales (ACO) y algunos estudios invocan un efecto antineoplásico en los mismos (sobre todo en la extensión de las metástasis), lo que podría haber disminuido su incidencia en el grupo de control de frecuencia.

Por lo tanto, el tratamiento con FFAA puede balancear el efecto beneficioso de estar en ritmo sinusal con los efectos perjudiciales secundarios a su uso. Estar en ritmo sinusal en sí mismo es beneficioso, varios estudios parecen indicarlo. En el AFFIRM tanto la existencia del ritmo sinusal como la toma de ACO disminuyeron la mortalidad en un 50%. Por otro lado, la toma de FFAA aumentaba la mortalidad casi en un 40% (así como la toma de digoxina lo hacía en un 50%) siempre que el paciente no recuperara el ritmo sinusal, otro de los grandes problemas de éstos pacientes, ya que muchos de ellos no están de forma continuada en ritmo sinusal; pueden estarlo en la revisión pero el número de crisis asintomáticas es grande y muchas de forma tardía. Los beneficios del ritmo sinusal también aparecen en el estudio danés con dofetilide (DIAMOND) y en el CHF-STAT con amiodarona, ambos en pacientes con insuficiencia cardíaca, en los que el grupo de ritmo sinusal tenía una menor mortalidad. Es importante señalar que en ambos estudios el dofetilide y la amiodarona no aumentaron la mortalidad. También en el AFFIRM, los pacientes con disfunción sistólica parecían beneficiarse más del tratamiento con FFAA que con el mero control de la frecuencia, supuestamente a través de una mayor tasa de ritmo

sinusal. La paradoja, es que los pacientes que más precisan el ritmo sinusal son en los que más difícil es conseguirlo.

2. **¿Cuál es el mejor antiarrítmico para mantener el ritmo sinusal?**

Muchos han sido los estudios que han tratado de responder la pre-

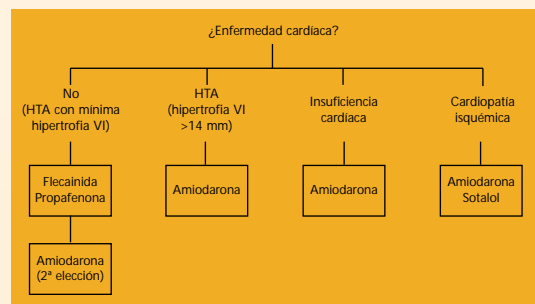


Fig. 1

JESÚS MARTÍNEZ
ALDAY.

UNIDAD DE
ARRITMIAS. HOSPITAL
DE BASURTO, BILBAO.
SECCIÓN DE
ELECTROFISIOLOGÍA
Y ARRITMIAS,
SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE CARDIOLOGÍA.

gunta, pero los resultados siguen siendo no concluyentes. En un meta-análisis reciente se han revisado 91 estudios controlados de FA y FFAA siendo la conclusión más relevante que los FFAA son más eficaces que el placebo en el mantenimiento del ritmo sinusal (55% vs 32%) pero con una dispersión entre estudios de 0-100% (!), lo que muestra la gran variabilidad de los mismos, y sin encontrar un fármaco superior a otro. Este tipo de estudios tiene limitaciones inherentes a su diseño y no deben sustituir a estudios controlados y randomizados. A este respecto el estudio más importante comparativo es el CTAF. En este se comparó la amiodarona contra la propafenona y el sotalol (que se analizan juntos). La amiodarona fue superior en el mantenimiento del ritmo sinusal a ambos (65% vs 37% al año) aunque con más efectos secundarios (18 vs 11%). Recientemente, una vez más, el AFFIRM ha mostrado en un subestudio datos comparables al CTAF, es decir superioridad de la amiodarona contra los FFAA de clase I y sotalol. Sin embargo, este subestudio del AFFIRM tiene importantes limitaciones que hacen que sus resultados deban ser tomados con cautela; por ejemplo, el seguimiento es corto con lo que los efectos secundarios de la amiodarona están infravalorados; el objetivo de estudio final se componía no sólo de la permanencia en ritmo sinusal al año, sino también la supervivencia, continuación con el tratamiento al año y ausencia de cardioversión, por lo que se puede decir que la amiodarona era "más eficaz" que el resto y no que mantenía más el ritmo sinusal. Por otro lado, la amiodarona se comparó con todos los FFAA de la clase I unidos, donde además la flecainida estaba infra-representada. Un dato curioso del CTAF y del subestudio del AFFIRM, es que la dosis de carga inicial de amiodarona pudo jugar un papel importante en las diferencias. De hecho, la propafenona y el sotalol pueden beneficiarse de un dosis incremental inicial hasta encontrar una dosis máxima tolerable sin efectos secundarios que podría haber mejorado su efectividad. En resumen, aunque la amiodarona parece el fármaco más eficaz, al menos comparándola con sotalol y propafenona, no existen datos concluyentes con respecto a la flecainida; y aunque hay que valorar su mejor perfil para pacientes cardíopatas, también sus efectos secundarios, sobre todo a largo plazo, la hacen una droga compleja.

3. ¿Existen alternativas terapéuticas?

Dadas las limitaciones de los antiarrítmicos clásicos se están buscando nuevas alternativas. Algunas se basan en el diseño de antiarrítmicos específicos que bloqueen corrientes iónicas exclusivas de la aurícula, aunque han dado pobres resultados debido a la complejidad de los mismos.

Más interesante es la optimización de nuestros pacientes de acuerdo a su enfermedad de base. Así los betabloqueantes son uno de los pocos factores asociados a una reducción del riesgo de FA (39% de reducción en ancianos). Para algunos autores deberían ir siempre asociados a todo tratamiento de la FA, salvo quizás en la FA de origen vagal. De forma similar, los IECAs (el enalapril en el estudio SOLVD redujo de forma absoluta el riesgo de FA en un 19%, es decir se necesita tratar 5 pacientes para evitar una FA), los ARA II como el ibersartan y las estatinas con su potente efecto anti-inflamatorio también parecen disminuir la incidencia de FA. Por supuesto, se podría pensar que estos fármacos no diseñados específicamente contra la FA podrían reducir el riesgo como mecanismo indirecto tras mejoría de la enfermedad de base, y seguro que en parte es así, pero también han demostrado efectos antifibrilatorios directos a nivel experimental.

Por último, la ablación de FA gana terreno cada día. Aunque no existe un estudio controlado, randomizado contra otras alternativas terapéuticas, su extensión parece imparable. Sin embargo, hay que ser cautos con este nuevo tratamiento: no está exento de complicaciones y seguramente su eficacia está sobrealorada por las recurrencias indetectables.

Como resumen, el tratamiento de las recurrencias de FA sigue siendo complejo. Existen pocas dudas sobre la necesidad del ritmo sinusal sobre todo en pacientes con insuficiencia cardíaca; sin embargo, existen más dudas sobre el uso de los FFAA tanto sobre su eficacia como sobre el posible incremento de mortalidad. Nuevos tratamientos, pero clásicos, de la enfermedad de base del paciente con FA pueden ayudar a su control. Por último, la ablación de FA, si demuestra en estudios controlados su seguridad y eficacia, puede ser una alternativa a los FFAA.

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

