

## **Fibrilacion auricular reciente (subaguda o cronica): LEs mej or convivir con la fibrilacion auricular que intentar revertirla a toda costa? Resultado de los estudios AFFIRM y RACE**

### **THE ATRIAL FIBRILLATION FOLLOW-UP INVESTIGATION OF RHYTHM MANAGEMENT (AFFIRM)**

**Analisis de la sobrevida de los pacientes que se presentan con fibrilacion auricular.**

El estudio AFFIRM (1) tuvo como objetivos evaluar en pacientes con fibrilacion auricular reciente, no mayor de seis meses de duracion, y que tuvieran algun otro factor de riesgo para accidente cerebrovascular o muerte (edad > 65 anos, hipertension, diabetes, insuficiencia cardiaca congestiva, accidente cerebrovascular previo o isquemico transitorio, auricula izquierda mayor de 50 mm, fraccion de acortamiento por eco < 25% y/o fraccion de eyeccion por cualquier tecnica < 40%) cual de dos estrategias obtenia mejores resultados:

1. Control de la frecuencia cardiaca y anticoagulacion: digital, betabloqueantes y bloqueantes calcicos.
2. Control del ritmo y anticoagulacion: amiodarona, sotalol, propafenona, procainamida.

Se establecio como punto final principal la mortalidad global y como punto final secundario una combinacion de muerte, accidente cerebrovascular invalidante, sangrado mayor o necesidad de reanimacion.

Se incluyeron 4.060 pacientes y se informaron datos sobre 3.957. La edad promedio fue de  $70 \pm 9$  anos, el 71% eran hipertensos y el 39% eran mujeres. El 69% de los pacientes llevaban mas de dos dias de fibrilacion auricular y en el 36% era el primer episodio.

#### *Resultados*

A cinco anos estaban en ritmo sinusal cerca del 40% del grupo de control de la frecuencia y el 60% del grupo de control del ritmo. La tasa de cruzamiento al tratamiento alternativo fue del 12% en el grupo de control de la frecuencia contra el 37% en el grupo de control del ritmo.

El resultado principal del estudio fue la disminucion de la mortalidad en el grupo de control de la frecuencia (306 muertes, 15,3%) en comparacion con el grupo de control del ritmo (356 muertes, 17,8%), con significacion limftrofe,  $p = 0,058$ .

El punto final secundario fue similar en ambos grupos, con una tasa mayor de *torsades de pointes* 0,8% *versus* 0,2% ( $p = 0,004$ ), paros cardfacos 0,8% *versus* 0,1% ( $p = 0,004$ ) y ACV isquemico 7,3% *versus* 5,7%, NS, en el grupo de control del ritmo. Una observacion interesante fue que la mayorfa de los episodios de accidentes cerebrovasculares ocurrieron en pacientes con una RIN < 2. Los indices de calidad de vida fueron similares, pero los pacientes con estrategia de control del ritmo tuvieron un n zmero mayor de internaciones.

La conclusion principal de los autores es que el control de la frecuencia en pacientes con fibrilacion auricular es una alternativa terapeutica aceptable al enfoque clasico de intento de reversion a ritmo sinusal.

### **THE RACE STUDY. RATE CONTROL VS ELECTRICAL CARADIOVERSION**

**Control de la frecuencia versus cardioversion electrica para el tratamiento de la fibrilacion auricular persistente. Una comparacion aleatorizada de dos estrategias en terminos de mortalidad y morbilidad.**

El objetivo de este estudio (2) fue el de evaluar si el control de la frecuencia obtenia resultados similares al intento de reversion a ritmo sinusal en terminos de morbimortalidad. Se definio un punto final combinado de muerte cardiovascular, hospitalizacion por insuficiencia cardiaca, complicaciones tromboembolicas, sangrado grave, implante de marcapasos o efectos adversos graves del tratamiento.

Se incluyeron pacientes que tuvieran fibrilacion o aleteo auricular por mas de 24 horas pero menos de un ano de duracion, que hubieran requerido una o

dos cardioversiones en los últimos dos años y bajo tratamiento con anticoagulante. Se excluyeron los pacientes con FA o aleteo transitorio, insuficiencia cardiaca en clase funcional IV, enfermedad del nódulo sinusal, marcapasos definitivo, tratamiento previo con amiodarona o enfermedad sistémica severa.

El grupo de control de la frecuencia fue tratado con digital, bloqueantes calcícos o betabloqueantes con el objetivo de mantener una frecuencia cardiaca menor de 100 por minuto y en caso de que fuera refractario, se indicó cardioversión eléctrica o ablación del nódulo AV.

El grupo de control del ritmo fue tratado con cardioversión eléctrica y al recuperar el ritmo sinusal, con sotalol. En caso de FA recurrente se reiteró la cardioversión y se trató con propafenona o flecaínida. Si recurría nuevamente se trató con amiodarona. Si recurría se efectuaba ablación del nódulo AV.

La población en estudio fue de 522 pacientes, con una edad promedio de  $68 \pm 9$  años, el 63% de ellos hombres, con una duración promedio de la FA de 32 días.

### Resultados

A los 3 años de seguimiento, el 10% de los pacientes en el grupo de control de la frecuencia y más del 40% del grupo de control del ritmo estaban en ritmo sinusal.

No se observaron diferencias en términos de mortalidad (7% *versus* 6,7% grupo control de la frecuencia *versus* control del ritmo, respectivamente), insuficiencia cardiaca (3,5% *versus* 4,5%), sangrado (4,7% *versus* 3,4%).

La conclusión de los autores es que el control de la frecuencia es una alternativa atractiva para pacientes con alto riesgo de recurrencia.

### Comentarios a ambos trabajos de investigación

La fibrilación auricular es una patología muy frecuente cuya incidencia se incrementa con la edad, y en forma clásica su tratamiento se ha orientado en lo posible a intentar la recuperación del ritmo sinusal (mantener la patada auricular tiene fundamentos fisiológicos claros en mejorar el volumen minuto y disminuir la presión media de la aurícula izquierda en la mayoría de las cardiopatías y permite evitar el riesgo de embolias).

Sin embargo, diversas series y la experiencia clínica han demostrado que este paradigma de tratamiento puede ser cuestionado:

a) Superada una etapa inicial, en los pacientes en que puede alcanzarse una frecuencia cardiaca baja la evolución clínica desde el punto de vista de su capacidad funcional es buena.

b) Lo que es más importante, aun los pacientes que recuperan el ritmo sinusal tienen una posibilidad elevada de recurrencia y de embolias periféricas.

c) El intento de mantener el ritmo sinusal requiere intervenciones recurrentes con una cantidad mayor de internaciones y el uso de fármacos con posibles efectos tóxicos.

Ante las limitaciones de las series observacionales, la evaluación comparativa de estas dos estrategias es relevante y los dos trabajos comentados aportan elementos de gran importancia. Su conclusión conjunta es que por lo menos en los pacientes con los criterios de inclusión para ambos estudios no existió ventaja de intentar mantener el ritmo sinusal respecto de dedicar la estrategia a controlar la frecuencia cardiaca, en términos de morbimortalidad, embolias, etc. En el estudio más grande, incluso la mortalidad tendió a ser menor en el grupo en el cual se toleró la fibrilación auricular y en el grupo con intento de mantener el ritmo sinusal se observó mayor toxicidad farmacológica grave y necesidad de reinternaciones.

Los trabajos no son estrictamente comparables, dado que los pacientes incluidos fueron muy diferentes. El estudio AFFIRM ingresó un 31% de pacientes con menos de 48 horas de evolución de la FA (que requerían haber tenido solo 6 horas documentadas de fibrilación auricular reciente) y algo más de un tercio cursaban su primer episodio, lo cual se vio reflejado en la tasa elevada de ritmo sinusal a cinco años tanto en el grupo control de la frecuencia como en el de intención de reversión. El estudio RACE tuvo como criterio que el paciente hubiera padecido algún episodio previo que requiriera cardioversión, con lo cual la tasa de ritmo sinusal a cinco años fue mucho más baja en ambas ramas.

Es llamativo que ambos estudios hayan incluido la anticoagulación de rutina cualquiera que haya sido la estrategia adoptada, lo que de hecho no coincide con la conducta habitual actual en los pacientes que han recuperado el ritmo sinusal con cardioversión o tratamiento farmacológico, en los que en la práctica se suspende la anticoagulación en ausencia de recurrencia a los 30 a 90 días.

### Implicaciones para la práctica clínica

Quizá sea prematuro, hasta tanto se disponga de las publicaciones completas, poder transferir estos resultados a conductas concretas. Sin embargo, pueden ensayarse algunas observaciones preliminares.

1. Estos resultados no se aplican en forma extensiva a un primer episodio de fibrilación auricular ni tampoco a pacientes jóvenes o con escasos factores de riesgo para recurrencia.

2. En pacientes aflosos con factores de riesgo incrementados para recurrencia, o en quienes se ha presentado mas de un episodio de fibrilación auricular, debe plantearse como una alternativa valida a la estrategia clasica de cardioversión e intento a ultranza de mantener el ritmo sinusal el control de la frecuencia cardiaca con farmacos menos tóxicos (digital, betabloqueantes) siempre acompañado de anticoagulación.

Dr. Carlos Tajer

#### BIBLIOGRAFIA

1. Wyse DG, for the AFFIRM investigators. Survival in patients presenting with atrial fibrillation: The Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) study. Program and abstracts of the American College of Cardiology 51st Annual Meeting; March 17-20, 2002; Atlanta, Georgia. Abstract 405-1.
2. Crijns HJ, Van Gelder IC, Tijssen JG y col. Rate control versus electrical cardioversion for persistent atrial fibrillation. A randomized comparison of two treatment strategies concerning mortality and morbidity: The RACE study. Program and abstracts of the American College of Cardiology 51st Annual Meeting; March 17-20, 2002; Atlanta, Georgia. Abstract 405-2.