Documento descargado de http://www.revespcardiol.org el 19/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

norteamericana incluyen recomendaciones casi idénticas respecto al uso de la dronedarona para la reducción de las hospitalizaciones (clase IIa, nivel de evidencia B), y ello deriva directamente de su autorización por las autoridades reguladoras. También se asignó a la dronedarona una recomendación como fármaco antiarrítmico en pacientes con FA con base en sus efectos antiarrítmicos uniformes, aunque moderados. El orden alfabético que ocupa la dronedarona en los diagramas de flujo de la guía de la ESC no implica que sea superior a otros fármacos antiarrítmicos situados en la misma categoría.

Anguita et al[1] discuten también que la guía de la ESC diferencie la hipertensión con hipertrofia ventricular izquierda como una entidad diferenciada que hay que tener en cuenta a la hora de elegir una medicación antiarrítmica. Esto está totalmente en línea con lo indicado en las guías previas y actuales, excepto por lo que respecta a la guía de Canadá, que opta por utilizar una gama de valores de la fracción de eyección ventricular izquierda para orientar la elección de la medicación antiarrítmica.

Los datos de farmacovigilancia poscomercialización indican que la dronedarona se puede asociar a hepatotoxicidad. Un ensayo observó un aumento de la mortalidad por cualquier causa, la tasa de ictus y las hospitalizaciones cardiovasculares, en especial por insuficiencia cardiaca, de manera asociada al tratamiento con dronedarona en la FA permanente. La ESC se ha mantenido en estrecho contacto con los avances que han ido produciéndose y reconsideraría su guía de la FA con una actualización de una cuestión específica en cuanto fuera factible.

El texto completo de este artículo sólo está disponible como material adicional.

CONFLICTO DE INTERESES

Ambos autores formaron parte del grupo de trabajo que elaboró la guía de fibrilación auricular 2010 de la ESC, y el profesor Camm fue el presidente de ese grupo de trabajo.

El profesor Lip ha sido consultor de Bayer, Astellas, Merck, AstraZeneca, Sanofi, BMS/Pfizer, Biotronik, Portola y Boehringer Ingelheim, ha formado parte del panel de conferenciantes de Bayer, BMS/Pfizer, Boehringer Ingelheim y Sanofi Aventis.

El profesor Camm ha sido consultor y ha formado parte del panel de conferenciantes de diversas compañías farmacéuticas, y ha sido miembro del comité directivo del ensayo PALLAS.

MATERIAL ADICIONAL

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en doi:10.1016/j.recesp.2011.12.007.

Gregory Y.H. Lip[a,*] y A. John Camm[b]

[a]*Centre for Cardiovascular Sciences, University of Birmingham, City Hospital, Birmingham, Reino Unido*
[b]*Centre for Cardiovascular Sciences, St. George's University of London, Londres, Reino Unido*

* Autor para correspondencia:
Correo electrónico: g.y.h.lip@bham.ac.uk (Gregory Y.H. Lip).

On-line el 18 de febrero de 2012

BIBLIOGRAFÍA

1. Anguita M, Worner F, Domenech P, Marín F, Ortigosa J, Pérez-Villacastín J, et al. Nuevas evidencias, nuevas controversias: análisis crítico de la guía de práctica clínica sobre fibrilación auricular 2010 de la Sociedad Europea de Cardiología. Rev Esp Cardiol. 2012;65:7–13.
2. Lip GY. Stroke in atrial fibrillation: epidemiology and thromboprophylaxis. J Thromb Haemost. 2011;9 Suppl 1:344–51.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
DOI: 10.1016/j.recesp.2012.01.002
DOI: 10.1016/j.recesp.2011.10.003

doi:10.1016/j.recesp.2011.12.007

Comentarios al análisis crítico de la Sociedad Española de Cardiología de la guía de práctica clínica de fibrilación auricular 2010 de la ESC. Respuesta

Comments on the Spanish Society of Cardiology Critical Review of the ESC 2010 Clinical Practice Guidelines on Atrial Fibrillation. Response

Sra. Editora:

Hemos leído con interés los comentarios de los profesores Lip y Camm sobre nuestra reciente revisión crítica de la guía de fibrilación auricular (FA) 2010 de la ESC[1], y agradecemos sus aportaciones sobre nuestro artículo, que pueden contribuir a aclarar algunos aspectos dudosos sobre este tema que no quedaban bien resueltos, en nuestra opinión, en la propia guía. Nos gustaría decir, en primer lugar, que no discutimos que el sexo femenino, la hipertensión arterial, la insuficiencia cardiaca y la enfermedad vascular pueden aumentar el riesgo embólico en pacientes con FA, pero no queda claro si es en todos los casos o sólo en algunas situaciones concretas. Como reconocen los propios autores y la guía de la ESC, la insuficiencia cardiaca sin disfunción sistólica ventricular izquierda, la hipertensión controlada sin hipertrofia ventricular, el diagnóstico de angina (sin otra evidencia de enfermedad vascular) y el sexo femenino sin otros factores de riesgo embólico y con edad < 65 años pueden no representar un riesgo significativo. De hecho, en su carta, Lip y Camm dicen textualmente que «el sexo femenino como único factor de riesgo, por tanto con una puntuación CHA_2DS_2-VASc de 1, puede no requerir anticoagulación». Sin embargo, en las recomendaciones de la guía de la ESC, aunque esta misma idea se transmite en el texto, en las tablas de recomendaciones (tablas 8 y 9) se establece sin matices que una puntuación de 1 es indicación preferiblemente de anticoagulación. Creemos que esto puede llevar a confusión al clínico que lee la guía, por lo que estos extremos deberían ser clarificados, como suponemos que ocurrirá en la actualización de la guía de la ESC sobre la FA prevista para el año 2012. Podemos coincidir en que «en líneas generales» la escala CHA_2DS_2-VASc puede identificar subgrupos de riesgo adicionales a los del $CHADS_2$ y discrimina mejor a los pacientes de bajo (puntuación 0) y alto (puntuación 2 o más) riesgo embólico. Pero, además de que no todos los estudios coinciden en que una puntuación de 1 del CHA_2DS_2-VASc confiere mayor riesgo embólico[2], la mayor cautela para su aplicación es la falta total de evidencia de que la anticoagulación en pacientes con $CHADS_2 \leq 2$ y CHA_2DS_2-VASc bajos (1-2) presente un beneficio clínico neto significativo al contraponer la hipotética pequeña reducción de eventos embólicos frente al posible aumento de eventos

Documento descargado de http://www.revespcardiol.org el 19/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

hemorrágicos. Y todo ello, sin entrar a valorar el balance coste-eficacia económico, sobre todo si la anticoagulación se realiza con los nuevos anticoagulantes orales.

Sobre las recomendaciones sobre dronedarona, si bien la guía no recomendaba explícitamente su uso en pacientes con FA permanente, sí lo consideraba razonable para el control de la frecuencia a largo plazo (IIA, nivel de evidencia B), lo que podía llevar a confusión. La publicación del estudio PALLAS[3] y las recientes recomendaciones de las agencias de medicamentos, recogidas en nuestro artículo[1], han resuelto estos interrogantes y han clarificado, al menos de momento, el papel de dronedarona en la FA, al confirmar que la preponderancia que la guía otorgó a este fármaco en su momento fue precipitada y sin precedentes en la historia de las guías de la ESC.

Manuel Anguita* y Fernando Worner

Coordinadores del Grupo de Trabajo sobre Guías de Fibrilación Auricular, Comité de Guías de Práctica Clínica, Sociedad Española de Cardiología, Madrid, España

*Autor para correspondencia:
Correo electrónico: manuelp.anguita.sspa@juntadeandalucia.es (M. Anguita).

On-line el 18 de febrero de 2012

BIBLIOGRAFÍA

1. Anguita M, Worner F, Domenech P, Marín F, Ortigosa J, Pérez-Villacastín J, et al. Nuevas evidencias, nuevas controversias: análisis crítico de la guía de práctica clínica sobre fibrilación auricular 2010 de la Sociedad Europea de Cardiología. Rev Esp Cardiol. 2012;65:7–13.
2. Ruiz-Ortiz M, Romo E, Mesa D, Delgado M, López-Ibáñez C, Suárez de Lezo J. Efectividad de la anticoagulación oral en la fibrilación auricular no valvular según el score CHA2DS2-VASc en pacientes con riesgo embólico bajo-intermedio. Rev Esp Cardiol. 2012;65:383–4.
3. Connolly SJ, Camm AJ, Halperin JL, Joyner C, Alings M, Amerena J, et al.; en representación de PALLAS Investigators. Dronedarone in high-risk permanente atrial fibrillation. N Engl J Med. 2011;365:2268–76.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
DOI: 10.1016/j.recesp.2011.12.007

doi:10.1016/j.recesp.2012.01.002

Test de ajmalina y guía de práctica clínica sobre fibrilación auricular 2010 de la ESC

Ajmaline Test and ESC 2010 Clinical Practice Guidelines on Atrial Fibrillation

Sra. Editora:

Leemos con gran interés el editorial de su Revista «Nuevas evidencias, nuevas controversias: análisis crítico de la guía de práctica clínica sobre fibrilación auricular 2010 de la Sociedad Europea de Cardiología»[1]. En el citado editorial se debaten aspectos controvertidos sobre la presente guía, entre los que obviamente destacan los nuevos criterios y escalas de riesgo embólico y hemorrágico, con sus correspondientes recomendaciones terapéuticas, así como reflexiones sobre las estrategias de control de ritmo o frecuencia[2,3]. Sin embargo, tanto en dicho documento como en su consiguiente análisis crítico, se echa en falta mención alguna al test de ajmalina o flecainida para desenmascarar síndrome de Brugada (SB).

Esta asociación entre SB y fibrilación auricular (FA) es conocida y representa un problema añadido en el manejo de pacientes con FA[4]. En nuestro centro, de 613 pacientes con SB, 35 presentaron FA como primera manifestación clínica (en prensa). De ellos, en 11 se desenmascaró tras iniciar tratamiento con antiarrítmicos del grupo IC, y 2 de ellos acudieron con un evento arrítmico agudo. El primero presentó una muerte súbita reanimada 1 mes después de comenzar la toma de propafenona. El segundo caso es una mujer de 22 años que acudió al servicio de urgencias por crisis de fibrilación y *flutter* auricular. De acuerdo con las guías, se inició tratamiento con flecainida. Minutos después de administrarla, la paciente sufrió un patrón de Brugada tipo 1 y posterior degeneración en fibrilación ventricular[5].

Estos no son casos anecdóticos, sino que han sido comunicados en numerosas ocasiones en la literatura. Pappone et al[6] analizaron la presencia de SB latente tras la administración de fármacos tipo IC en individuos que acudieron al servicio de urgencias con FA de nueva aparición, 11 de un total de 356; 3 de ellos presentaron taquicardia ventricular/fibrilación ventricular en el seguimiento. Junttila et al[7], revisaron a los individuos en que apareció patrón electrocardiográfico típico de Brugada ante diversos inductores (fiebre, propofol, etc.). De los 9 pacientes en que se desenmascaró con bloqueadores de los canales de sodio, 1 sufrió muerte súbita cardiaca y otro, taquicardia ventricular.

Por lo tanto, creemos que dicho test es una herramienta primordial que se debe tener en cuenta para pacientes jóvenes con FA «solitaria» y, por ende, síncopes previos y/o historia familiar de muerte súbita, a pesar de la presencia de un electrocardiograma basal normal pues, como es sabido, este puede sufrir cambios dinámicos en el tiempo. Si bien es cierto que el SB se presenta en un pequeño porcentaje del total de pacientes con FA, debido al manejo particular de esta población (con la obligada prohibición de determinados fármacos[8], entre los que se encuentran los bloqueadores de los canales de sodio, tan extendidos en pacientes con FA), su identificación es imperativa.

Por ello abogamos por una mención especial en las recomendaciones actuales para lograr su consiguiente aplicación en la práctica clínica diaria y evitar situaciones potencialmente letales.

Moisés Rodríguez-Mañero*, Andrea Sarkozy, Gian-Battista Chierchia y Pedro Brugada

Heart Rhythm Management Centre, VUB, Bruselas, Bélgica

*Autor para correspondencia:
Correo electrónico: mrodrig3@hotmail.com (M. Rodríguez-Mañero).

On-line el xxx

BIBLIOGRAFÍA

1. Anguita M, Worner F, Domenech P, Marín F, Ortigosa J, Pérez-Villacastín J, et al. Nuevas evidencias, nuevas controversias: análisis crítico de la guía de práctica clínica sobre fibrilación auricular 2010 de la Sociedad Europea de Cardiología. Rev Esp Cardiol. 2012;65:7–13.
2. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, Schotten U, Savelieva I, Ernst S, et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2010;19:2369–429.
3. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, Schotten U, Savelieva I, Ernst S, et al. Guías de práctica clínica para el manejo de la fibrilación auricular - 2.ª edición corregida 8 de abril de 2011. Esta 2.ª edición incorpora las correcciones que la ESC publicó ahead of print el 5 de abril de 2011. Rev Esp Cardiol. 2010;63:1483.e1–83.