

Preevid

Incluida en el banco de preguntas el 14/09/2017. Categorías: [Cardiovascular](#), [Urgencias/Emergencias](#).

Objetivos terapéuticos de frecuencia ventricular en pacientes con fibrilación auricular. La pregunta original del usuario era *"En un paciente con fibrilación auricular con ritmo ventricular medio rápido, ¿a partir de que frecuencia cardiaca podemos hablar de tener la taquiarritmia controlada?"*

Tras la revisión de **sumarios de evidencia**⁽¹⁻³⁾ y **guías de práctica clínica (GPC)**⁽⁴⁻⁸⁾ se constata que no se conoce de forma clara el nivel óptimo de control de la frecuencia cardiaca (FC) ventricular en pacientes con fibrilación auricular (FA) pero en la mayoría de los documentos se aboga por una estrategia terapéutica menos estricta de lo recomendado hasta ahora, destinada a conseguir mantener una FC por debajo de los 100-110 latidos por minuto (lpm). En el caso de que con estos valores de FC el paciente tuviese síntomas (por la FA o por disfunción del ventrículo izquierdo [VI]) se sugiere un control más estricto de la FC.

El **sumario de evidencia** de Uptodate sobre el control de la frecuencia ventricular en pacientes con FA⁽¹⁾ señala que la frecuencia objetivo óptima no ha sido determinada. Indica que se han propuesto tasas similares a las recomendadas para los pacientes con ritmo sinusal con enfermedad cardíaca: **ritmo cardíaco en reposo ≤ 80 lpm y ≤ 110 lpm durante el ejercicio moderado**, como es el caso de caminata de seis minutos. Comenta que este problema fue abordado directamente en el **ensayo clínico RACE II**⁽⁹⁾, que asignó al azar a 614 pacientes físicamente activos con FA permanente a una estrategia "indulgente" de control de la frecuencia (FC en reposo < 110 lpm) o a una estricta estrategia de control de la FC (FC en reposo < 80 lpm y FC durante el ejercicio moderado < 110 lpm). El resultado primario fue una variable compuesta en la que se incluían muerte cardiovascular, hospitalización por insuficiencia cardíaca (IC), accidente cerebrovascular, embolia sistémica, sangrado y eventos arrítmicos que amenazan la vida. Se observaron las siguientes conclusiones:

- Con respecto a la incidencia acumulada estimada a los tres años del resultado primario, el control indulgente no fue inferior al control estricto de la FC (12,9% frente a 14,9%, respectivamente; hazard ratio [HR] 0,84; intervalo de confianza [IC] del 90%: 0,58-1,21).
- En los grupos de control de frecuencia indulgente y estricto, el 98% y el 75% de los pacientes, respectivamente, cumplieron su objetivo de FC en reposo. Este objetivo requirió el uso de más de un agente de ralentización de la frecuencia (bloqueante auriculoventricular) en el 30% y en el 69% de los pacientes, respectivamente. Cuando los datos se analizaron desde el final de la fase de ajuste de la dosis hasta el final del seguimiento (mediana 2,9 años), las FC promedio en los pacientes del grupo de control indulgente, en los pacientes del grupo de control estricto que cumplieron con el objetivo y en los pacientes del grupo de control estricto que no cumplieron con el objetivo fueron significativamente diferentes: 93, 72 y 86 lpm, respectivamente. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en el resultado primario (12,1% versus 14,2% versus 15%).
- Hubo casi nueve veces más visitas (684 versus 75) para lograr la FC objetivo en los pacientes asignados a un control estricto.
- El control de la FC fue "más estricto" de lo previsto en el grupo de control indulgente. Aunque la tasa objetivo fue inferior a 110 lpm en reposo, las frecuencias medias de reposo en este grupo al final del año, dos años y al final del seguimiento fueron 86 + 15, 84 + 14 y 85 + 14 lpm, respectivamente. En comparación, las FC en reposo promedio en el grupo de control estricto fueron 75 + 12, 75 + 12 y 76 + 14 lpm, respectivamente.

En base a los resultados de este ensayo, el autor del sumario sugiere que un control estricto de la FC puede no ser necesario en muchos pacientes físicamente activos con FA que están mínimamente sintomáticos. Considera que una estrategia de control de la frecuencia más indulgente ofrece las ventajas de necesitar menos fármacos (menos efectos secundarios de los medicamentos, y menor coste) y menos visitas ambulatorias para lograr el control de la FC, y en consecuencia, propone un objetivo de control de la frecuencia de < 85 lpm, para los pacientes en FA sintomáticos en los que se ha optado por una estrategia de control de la frecuencia (Grado de recomendación 2C); en los pacientes que continúan con síntomas inaceptables en esta meta, debería comprobarse si un objetivo de menor frecuencia disminuye los síntomas. Para los pacientes asintomáticos con FA permanente, un objetivo de control de la frecuencia menos estricto, de < 110 lpm puede ser razonable, siempre y cuando los pacientes no desarrollen disfunción del VI.

Respecto a la información que aportan las GPC consultadas:

- Una **GPC** de la “American Academy of Family Physicians” publicada en abril de 2017⁽⁴⁾ recomienda un control indulgente de la FC (<110 lpm en reposo) frente a un control estricto (<80 lpm en reposo) en pacientes con FA (recomendación débil, baja calidad de la evidencia)*. Apuntan los autores de la guía que el grado de control de la FC (estricto versus indulgente) es un área de incertidumbre, con diferentes recomendaciones para un objetivo ideal de frecuencia pero que, a pesar de que no hay evidencia que demuestre superioridad del control estricto (<80 lpm en reposo), esta es la estrategia de control preferentemente recomendada hasta el momento. Sin embargo, en la revisión sistemática que incluye la guía se observa una disminución en la incidencia de ictus con un control de la frecuencia indulgente comparado con un control estricto (HR 0,35; IC del 90%: 0,13-0,92; número necesario para tratar [NNT] 43) y que no hubo diferencias significativas en la mortalidad, hospitalizaciones por causa cardiovascular, síntomas de IC, calidad de vida, eventos tromboembólicos o sangrado entre el control estricto y el control indulgente (aunque en la revisión sistemática realizada se determinó que esta evidencia era de limitada calidad e insuficiente debido a lo pocos estudios y la imprecisión en los hallazgos). También se indica que hay más daños potenciales con un control estricto de la frecuencia porque puede ser más difícil de lograr y puede requerir más medicamentos con una mayor probabilidad de efectos secundarios.

Por tanto, debido al beneficio potencial del control indulgente y el potencial daño asociado a un control estricto, se establece que *el control indulgente de la FC es una estrategia adecuada para la mayoría de los pacientes con FA*. No obstante, si los síntomas no mejoran, se debe considerar un control más estricto..

- En la actualización de 2016 de la **GPC** de la Sociedad Europea de Cardiología⁽⁵⁾, en cuanto a los objetivos de control de la FC en pacientes con FA, se indica que un control menos estricto de la frecuencia cardíaca puede ser una estrategia inicial aceptable, independientemente del grado de IC, excepto cuando los síntomas requieren un control más estricto. Como recomendación propone que *se debe considerar una FC en reposo < 110 lpm como objetivo inicial de control de la FC* (control menos estricto) (clase de recomendación IIa; nivel de evidencia B)*; con un control más estricto si persisten los síntomas de IC/FA.
- La **GPC** de la “Canadian Cardiovascular Society”⁽⁶⁾, también actualizada en 2016, se mantiene la recomendación de la versión de 2010: *se recomienda que el tratamiento para el control de la FC en la FA persistente o permanente o en el flutter auricular debería conseguir una frecuencia cardíaca en reposo <100 lpm* (recomendación fuerte; evidencia de elevada calidad)*.
- En otra **GPC** canadiense de 2015⁽⁷⁾ se establece que los objetivos del control de la FC en este grupo de pacientes son mejorar los síntomas del paciente, la tolerancia al ejercicio y la calidad de vida, prevenir hospitalizaciones y, cuando sea posible, mejorar la función ventricular izquierda. De forma similar a lo comentado considera que una estrategia de control de la frecuencia menos estricto (FC en reposo <110 lpm), es más fácil de seguir y es tan eficaz para prevenir la morbilidad y mortalidad cardiovascular como un control estricto de la frecuencia (FC en reposo <80 lpm y FC durante el ejercicio moderado <110 lpm). Sugiere una *FC en reposo de <100 lpm*, teniendo en cuenta que este objetivo de frecuencia puede necesitar modificación basada en los síntomas del paciente, sus preferencias y la tolerancia a los medicamentos que controlan la frecuencia.
- Por su parte, una **GPC** americana de 2014⁽⁸⁾ comenta que:
 - Una estrategia de control de la FC para conseguir un ritmo cardíaco en reposo <80 lpm es razonable para el manejo de la FA sintomática. (Nivel de evidencia B; clase de recomendación IIa)*
 - Una estrategia de control de la frecuencia menos estricto (FC en reposo <110 lpm) puede ser razonable siempre y cuando los pacientes permanezcan asintomáticos y se mantenga la función sistólica del VI. (Nivel de evidencia B; clase de recomendación IIb)*

Referencias (9):

1. Ganz LI. Control of ventricular rate in atrial fibrillation: Pharmacologic therapy. This topic last updated: Apr 13, 2016. In: Uptodate, Charles J Lockwood (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2017.
2. DynaMed Plus [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - . Record No. 115529, Rate control in atrial fibrillation; [updated 2016 Nov 15, cited 2017 Sep 14]; [about 23 screens]. Available from <http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=115529>. Registration and login required.
3. Chronic atrial fibrillation. BMJ Best Practice. Last updated: Oct 14, 2016. (Consultado en <http://bestpractice.bmj.com>)
4. Updated clinical practice guideline: Pharmacologic Management of Newly Detected Atrial Fibrillation. American Academy of Family Physicians. April 2017. [Texto Completo] (http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/a-fib-guideline.pdf) [Consulta: 14/09/2017]
5. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D, Casadei B, Castellá M, Diener HC, Heidbuchel H, Hendriks J, Hindricks G, Manolis AS, Oldgren J, Alexandru Popescu B, Schotten U, Van Putte B, Vardas P. 2016 ESC Guidelines for the Management of Atrial Fibrillation Developed in Collaboration With EACTS. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2017 Jan;70(1):50. [Resumen] (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28038729>) [Texto Completo]

- (<http://www.revespcardiol.org/en/linkresolver/2016-esc-guidelines-for-the/90460458/>) [Consulta: 14/09/2017]
6. Macle L, Cairns J, Leblanc K, Tsang T, Skanes A, Cox JL, Healey JS, Bell A, Pilote L, Andrade JG, Mitchell LB, Atzema C, Gladstone D, Sharma M, Verma S, Connolly S, Dorian P, Parkash R, Talajic M, Nattel S, Verma A; CCS Atrial Fibrillation Guidelines Committee. 2016 Focused Update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Atrial Fibrillation. *Can J Cardiol*. 2016 Oct;32(10):1170-1185. [Resumen] (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27609430>) [Texto Completo] ([http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X\(16\)30829-7/pdf](http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X(16)30829-7/pdf)) [Consulta: 14/09/2017]
7. BCGuidelines.ca: Atrial Fibrillation – Diagnosis and Management (2015). [Texto Completo] (http://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/afib_2015_full.pdf) [Consulta: 14/09/2017]
8. January CT, Wann LS, Alpert JS, Calkins H, Cigarroa JE, Cleveland JC Jr, Conti JB, Ellinor PT, Ezekowitz MD, Field ME, Murray KT, Sacco RL, Stevenson WG, Tchou PJ, Tracy CM, Yancy CW; American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. 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 Dec 2;64(21):e1-76. [Texto Completo] (<http://www.onlinejacc.org/content/64/21/e1>) [Consulta: 14/09/2017]
9. Van Gelder IC, Groenveld HF, Crijns HJ, Tuininga YS, Tijssen JG, Alings AM, Hillege HL, Bergsma-Kadijk JA, Cornel JH, Kamp O, Tukkie R, Bosker HA, Van Veldhuisen DJ, Van den Berg MP; RACE II Investigators. Lenient versus strict rate control in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2010 Apr 15;362(15):1363-73. [Resumen] (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20231232>) [Consulta: 14/09/2017]

Estas referencias son del tipo:

1. Metaanálisis y/o revisiones sistemáticas: 0 referencia
2. Ensayos clínicos: 1 referencia
3. Cohortes, casos controles, serie de casos clínicos: 0 referencia
4. Consenso de profesionales: 0 referencia
5. Guías de práctica clínica: 5 referencias
6. Sumario de evidencia: 3 referencias
7. Información para pacientes: 0 referencia

Preguntas relacionadas

- Tratamiento en un paciente diagnosticado de Wolff Parkinson White y de hipertrofia ventricular izquierda congénita que presenta fibrilación auricular rápida. (http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=19907&idsec=453) [11/04/2014]
- ¿Flecainida o amiodarona para cardioversión en paciente con diagnóstico reciente de fibrilación auricular en el que no se cuenta con resultados de ecocardiografía? (http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=19591&idsec=453) [13/08/2013]
- Flecainida versus propafenona en el tratamiento de la fibrilación auricular sin cardiopatía estructural. (http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=18254&idsec=453) [02/06/2010]
- ¿Está contraindicada la práctica de ejercicio físico ante el diagnóstico de una fibrilación auricular aislada? (http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=4086&idsec=453) [31/08/2006]

Cita recomendada

Banco de Preguntas Preevid. Objetivos terapéuticos de frecuencia ventricular en pacientes con fibrilación auricular. Murciasalud, 2017. Disponible en http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=21955&idsec=453

Advertencia sobre la utilización de las respuestas

Las contestaciones a las preguntas formuladas, se elaboran con una finalidad exclusivamente formativa. Lo que se pretende, es contribuir con información al enriquecimiento y actualización del proceso deliberativo de los profesionales de la Medicina y de la Enfermería. Nunca deberán ser usadas como criterio único o fundamental para el establecimiento de un determinado diagnóstico o la adopción de una pauta terapéutica concreta.

De ningún modo se pretende sustituir, avalar o tutelar la responsabilidad del médico. Esta deriva de sus propias decisiones y sólo por él debe ser asumida, no pudiendo ser compartida por quienes sólo le han informado. La Consejería de Salud y el Servicio Murciano de Salud, rechazan a priori toda responsabilidad respecto de cualquier daño o perjuicio que se pueda imputar a la utilización total o parcial de la información aportada y que fue solicitada previamente por el profesional médico o de enfermería.



(c) Consejería de Salud de la Región de Murcia

Contacto: Ronda de Levante, 11, 30008, Murcia 5ª Planta

Teléfono: 968 36 89 57