

Carta al Editor

La fibrilación auricular no permanente en la nueva guía de la Sociedad Europea de Cardiología**Nonpermanent atrial fibrillation in the new European Society of Cardiology guidelines****Sr. Editor:**

En un reciente número de *Revista Española de Cardiología*, se han publicado los comentarios del Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Cardiología¹ sobre la nueva guía de fibrilación auricular (FA) de la Sociedad Europea de Cardiología².

En dicha guía, en la que se introducen pocas novedades respecto al tratamiento anticoagulante, se destaca, como bien señala el Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Cardiología, que los biomarcadores podrían ayudar a la toma de decisiones en casos dudosos con un solo factor de riesgo.

En esta guía aparece como novedad que el patrón clínico de la arritmia no debe condicionar la indicación de trombopprofilaxis, y se incluye como recomendación III, en contraste con la recomendación IIa de la guía publicada en 2010³. El respaldo a esta recomendación es una sola referencia, publicada en 2000 y basada en los estudios SPAF⁴, y en la que los autores señalan textualmente en el apartado de limitaciones que el riesgo de accidente cerebrovascular (ACV) asociado con FA intermitente probablemente esté relacionado con la frecuencia y la duración de los paroxismos, que no se han establecido en este estudio.

En los últimos años han aparecido varios trabajos que analizan la influencia del patrón de la FA en el riesgo tromboembólico. En la mayoría se concluye que la FA no permanente (fundamentalmente la paroxística) muestra menos riesgo. Los estudios de subgrupos de los pacientes incluidos en los principales estudios de los anticoagulantes de acción directa apuntan en esta dirección.

En el análisis del estudio ARISTOTLE⁵, la tasa anual de ACV o embolia sistémica de los pacientes con FA paroxística, en comparación con persistente o permanente, fue 0,98 frente a 1,52 (*hazard ratio* [HR]=0,65; intervalo de confianza del 95% [IC95%], 0,48-0,87; *p* = 0,003).

En el estudio ROCKET⁶, los pacientes con FA paroxística tenían una tasa de ACV significativamente más baja: 1,73 frente a 2,18 (HR = 0,78; IC95%, 0,61-0,99; *p* = 0,045).

En el estudio ENGAGE⁷, el objetivo primario ocurrió con menos frecuencia en la FA paroxística (1,49%/año) que en la persistente (1,83%/año) y la permanente (1,95%/año), diferencias que son estadísticamente significativas.

Puede aducirse que, aunque en estos ensayos la tasa de eventos sea inferior en la FA paroxística, sigue siendo lo bastante alta para justificar la anticoagulación, pero hay que tener en cuenta que estos estudios incluyen a pacientes con riesgo elevado.

Por último, un aspecto relevante en este tema es el diseño de los estudios NAVIGATE⁸ y RESPECT⁹; ambos incluyen a pacientes con un ACV previo en los que se compara el tratamiento con rivaroxabán o dabigatrán con el tratamiento anticoagulante. En ambos casos se realiza una monitorización previa de al menos 20 h para descartar episodios de FA de más de 6 min; es decir, los autores consideraron que los pacientes con ACV previo y FA de duración < 6 min podían ser tratados con antiagregantes plaquetarios.

Nada más lejos de nuestra intención que cuestionar que debe ser el perfil de riesgo tromboembólico y no el patrón clínico de la arritmia lo que debe determinar la profilaxis tromboembólica, pero creemos que la información disponible permite considerar que el tipo de FA puede ayudar a la toma de decisiones en pacientes dudosos, sin riesgo elevado, con un nivel de evidencia no inferior al que se atribuye a los biomarcadores.

FINANCIACIÓN

Este trabajo no ha recibido ninguna financiación.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

E. Vázquez Ruiz de Castroviejo: idea, diseño y redacción del manuscrito. A. Linde Estrella, J.C. Fernández Guerrero y F.M. García García: colaboración en la redacción del manuscrito.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

Eduardo Vázquez Ruiz de Castroviejo*, Antonio Linde Estrella, Francisco Manuel García García y Juan Carlos Fernández Guerrero

Unidad de gestión clínica de Cardiología, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España

* Autor para correspondencia:
Correo electrónico: evrcastro@gmail.com
(E. Vázquez Ruiz de Castroviejo).

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.001>
0300-8932/ © 2021 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
<http://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.09.003>
<http://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.11.017>

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de Trabajo de la SEC para la guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, Revisores expertos para la guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular y Comité de Guías de la SEC. Comentarios a la guía ESC/EACTS 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular. *Rev Esp Cardiol.* 2021;74:378-383.
2. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J.* 2021;42:373-498.
3. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GYH, 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;31:2369-2429.

4. Hart RG, Pearce LA, Rothbart RM, et al. Stroke with intermittent atrial fibrillation: incidence and predictors during aspirin therapy. *Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Investigators. J Am Coll Cardiol.* 2000;35:183–187.
5. Al-Khatib SM, Thomas L, Wallentin L, et al. Outcomes of apixaban vs. warfarin by type and duration of atrial fibrillation: results from the ARISTOTLE trial. *Eur Heart J.* 2013;34:2464–2471.
6. Steinberg BA, Hellkamp AS, Lokhnygina Y, et al. Higher risk of death and stroke in patients with persistent vs. paroxysmal atrial fibrillation: results from the ROCKET-AF Trial. *Eur Heart J.* 2015;36:288–296.

7. Link MS, Giugliano RP, Ruff CT, et al. Stroke and mortality risk in patients with various patterns of atrial fibrillation: results from the ENGAGE AF-TIMI 48 trial. *Circ Arrhythm Electrophysiol.* 2016;10:e004267.
8. Hart RG, Sharma M, Mundl H, et al. Rivaroxaban for stroke prevention after embolic stroke of undetermined source. *N Engl J Med.* 2018;378:2191–2201.
9. Diener HC, Sacco RL, Easton JD, et al. Dabigatran for prevention of stroke after embolic stroke of undetermined source. *N Engl J Med.* 2019;380:1906–1917.

La fibrilación auricular no permanente en la nueva guía de la Sociedad Europea de Cardiología. Respuesta



Nonpermanent atrial fibrillation in the new European Society of Cardiology guidelines. Response

Sr. Editor:

Agradecemos el análisis crítico realizado por Vázquez Ruiz de Castroviejo et al., que pone sobre la mesa una cuestión relevante en la estratificación del riesgo tromboembólico del paciente con fibrilación auricular (FA). Probablemente, el análisis de la carga arrítmica es uno de los factores más importantes de entre los que, en los últimos años, han entrado en la práctica clínica. Y la nueva guía de FA da cobijo a este concepto enfatizando su relevancia^{1,2}.

Pero hemos de considerar también las limitaciones inherentes a esta aproximación. Para empezar, la incidencia de eventos tromboembólicos en las formas paroxísticas es significativa, lo cual es un argumento para el inicio de la terapia anticoagulante con independencia de que en otras formas pudiera demostrarse un beneficio mayor. Por un lado, ningún estudio hasta la fecha ha permitido demostrar que una estrategia de prevención de riesgo tromboembólico guiada por el patrón de clasificación de la FA permita mejorar el perfil de riesgo, beneficio terapéutico o seguridad del tratamiento anticoagulante. Tímidos intentos en el pasado reciente observaron una ausencia de beneficio del tratamiento anticoagulante guiado por la carga arrítmica que cada paciente presentaba en cada momento³. Por otro lado, la carga arrítmica de cada paciente mantiene una relación directa con su perfil de riesgo cardiovascular y tromboembólico. Por lo tanto, cualquier intento de discriminar los beneficios terapéuticos del tratamiento anticoagulante debería proceder con un análisis combinado de la carga arrítmica y del perfil de los factores de riesgo cardiovascular. Su carácter independiente no se ha demostrado en estudios prospectivos, y es cada vez mayor el peso que la FA adquiere como marcador del riesgo, en oposición o conjunción con su carácter como factor etiológico primario¹.

Discrepamos sobre la supuesta escasez de novedades en el tratamiento anticoagulante, muy relevantes en cuanto a la consolidación de los anticoagulantes de acción directa como tratamiento preferente¹, pero compartimos con Vázquez Ruiz de Castroviejo et al. que la carga arrítmica será en un futuro próximo una importante clave en la estratificación del riesgo embólico. Aunque la evidencia disponible en este momento no permite su traslación a la terapéutica, mantiene viva sin duda una importante área de investigación clínica.

FINANCIACIÓN

No se ha recibido financiación.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

D. Calvo y E. Arbelo han contribuido por igual en la redacción y revisión de este manuscrito. Ambos han aprobado su versión final y se declaran responsables del contenido.

CONFLICTO DE INTERESES

Sin conflicto de intereses.

David Calvo^{a,b,*} y Elena Arbelo^{a,b}

^aGrupo de Trabajo de la SEC para la guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular

^bComité de Guías de la Sociedad Española de Cardiología

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: dcalvo307@secardiologia.es (D. Calvo).

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.09.003>

0300-8932/ © 2021 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.001>

BIBLIOGRAFÍA

1. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J.* 2021;42:373–498.
2. Grupo de Trabajo de la SEC para la guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, Revisores expertos para la guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular y Comité de Guías de la SEC. Comentarios a la guía ESC/EACTS 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular. *Rev Esp Cardiol.* 2021;74:378–8310.
3. Martin DT, Bersohn MM, Waldo AL, et al. Randomized trial of atrial arrhythmia monitoring to guide anticoagulation in patients with implanted defibrillator and cardiac resynchronization devices. *Eur Heart J.* 2015;36:1660–1668.