

b. Terapia de mantenimiento

Pregunta 5: En pacientes con FA, ¿se debería optar por estrategias de control de ritmo o por estrategias de control de frecuencia?

[[A continuación se muestra la resolución de la pregunta realizada en la primera versión de la GPC (setiembre del 2018). Se realizó una actualización de la búsqueda para la actualización de la GPC (agosto del 2023) y se consultó al GEG. Como resultado de esta evaluación, no se encontraron razones que justificaran cambios en alguno de los enunciados. Los resultados de la nueva búsqueda se muestran en el **Anexo N° 2**].

Conceptos previos:

Dentro del manejo de los síntomas de la FA se encuentran las estrategias de control de ritmo y las estrategias de control de frecuencia. Las estrategias de control de ritmo tienen el objetivo de recuperar el ritmo sinusal. Entre estas estrategias se incluye el manejo farmacológico con amiodarona, la cardioversión o la ablación con catéter.

Mientras que las estrategias para el control de la frecuencia buscan reducir la frecuencia ventricular. Para ello se tienen como alternativas terapéuticas a los betabloqueadores, bloqueadores de canales de calcio, digoxina y se puede considerar también a la amiodarona (48).

Justificación de la pregunta:

Tanto las estrategias de control de ritmo como las de control de frecuencia han demostrado mejorar los síntomas de los pacientes con FA y mejorar también la calidad de vida (48). Sin embargo, la superioridad de una estrategia sobre la otra en términos de desenlaces a largo plazo como mortalidad, aún no ha sido dilucidada.

Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó las siguientes preguntas PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente / Problema	Intervención / Comparación	Desenlaces
5	Pacientes con FA presentación aguda o crónica (hemodinámicamente estables)	Control de ritmo/control de frecuencia	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad • Calidad de vida • Eventos adversos severos • DCV

Búsqueda de RS:

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de GPC que tengan RS (**Anexo N° 1**) y de RS publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**), como se detalla en la sección de métodos.

Se encontró la RS de Sethi (2017) (49) que comparó las estrategias de control de ritmo versus las estrategias de control de frecuencia en pacientes con FA o flutter auricular. Además, se encontró la RS de Al Khatib (2014) (50) que comparó diversas estrategias de control de ritmo versus estrategias de control de frecuencia en pacientes con FA.

A continuación, se resumen las características de las RS encontradas:

RS	Puntaje en AMSTAR 2	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Número de estudios que responden la pregunta de interés
Sethi (2017)	14	Noviembre 2016	25 ECA
Al Khatib (2014)	11	Noviembre 2013	17 ECA

Resumen de la evidencia:

- Mortalidad por todas las causas:
 - Para este desenlace se contó con dos RS: Sethi (2017) (49) y la RS de Al Khatib (2014) (50). Se decidió tomar como referencia la RS de Sethi (2017) (49), debido a que fue la que tuvo mayor calidad y es más reciente.
 - El GEG-Local no consideró necesario actualizar la RS debido a que su búsqueda fue reciente (noviembre 2016).
 - Resumen de la evidencia:
 - La RS de Sethi (2017) (49) realizó un MA de 18 ECA (n= 8 668), no halló diferencias en el riesgo de mortalidad por todas las causas entre aquellos que recibieron estrategias de control de ritmo versus estrategias de control de frecuencia a los 24 meses de seguimiento (RR: 1.05; IC 95%: 0.95 a 1.61).
- Calidad de vida:
 - Para este desenlace se contó con la RS de Sethi (2017) (49). El GEG-Local no consideró necesario actualizar la RS debido a que su búsqueda fue reciente (noviembre 2016).
 - Resumen de la evidencia:
 - La RS de Sethi (2017) (49) realizó un MA de 8 ECA (n= 1 796), halló que los pacientes que recibieron una estrategia de control de ritmo presentaron una calidad de vida similar en comparación a aquellos que recibieron una estrategia de control de frecuencia (MD: 3.33; IC 95%: -0.75 a 7.41).
 - Un estudio halló que la diferencia mínima importante para el componente físico de la escala SF-36 fue de 0.59 puntos (51). Debido a que Sethi halló que el MD se podía encontrar entre 2.25 y 11.61 para el componente físico de la escala SF-36, podemos concluir que los pacientes que recibieron la estrategia del ritmo tuvieron una mejora en la calidad de vida clínicamente importante.

- Efectos adversos severos:
 - Para este desenlace se contó con la RS de Sethi (2017) (49). El GEG-Local no consideró necesario actualizar la RS debido a que su búsqueda fue reciente (noviembre 2016). La definición de efectos adversos severos se hizo de acuerdo a la guía del *International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use* (ICH) e incluye reacciones que causen muerte, discapacidad u hospitalización prolongada.
 - Resumen de la evidencia:
 - La RS de Sethi (2017) (49) realizó un MA de 10 ECA (n= 8 114), encontró que aquellos que recibieron estrategias de control de ritmo tuvieron mayor riesgo de efectos adversos en comparación con aquellos que recibieron estrategias de control de frecuencia con un seguimiento de 24 meses (RR: 1.10; IC 95%: 1.02 a 1.18).
- DCV:
 - Para este desenlace se contó con dos RS: Sethi (2017) (49) y la RS de Al Khatib (2014) (50). Se decidió tomar como referencia la RS de Sethi (2017) (49), debido a que fue la que tuvo mayor calidad y es más reciente.
 - El GEG-Local no consideró necesario actualizar la RS debido a que su búsqueda fue reciente (noviembre 2016).
 - Resumen de la evidencia:
 - La RS de Sethi (2017) (49) realizó un MA de 18 ECA (n= 8 668), no halló diferencias el riesgo de mortalidad por todas las causas entre aquellos que recibieron estrategias de control de ritmo versus estrategias de control de frecuencia con un seguimiento de 24 meses (RR: 1.04; IC 95%: 0.78 a 1.38).

Balance beneficios/riesgos y Certeza de la evidencia:

- En comparación con las estrategias de control de ritmo, las estrategias de control de **frecuencia** presentaron:
 - Similar mortalidad, DCV y calidad de vida; pero menos eventos adversos severos (Certeza de evidencia: **muy baja**, excepto para efectos adversos severos (**baja**)). **Ver Anexo N° 4.**

Valoración de los desenlaces por los pacientes: El GEG-Local consideró que los desenlaces priorizados para esta pregunta serían relevantes para los pacientes.

Preferencias de los pacientes/familiares: El GEG-Local consideró que:

- Las estrategias de control de frecuencia involucran el uso de fármacos de fácil control y seguimiento. Por otro lado, los fármacos utilizados para control de ritmo pueden tener efectos adversos y requerir mayor control.

- **Conclusión:** los pacientes/familiares preferirían el uso de la estrategia de control de frecuencia.

Aceptabilidad de los profesionales de la salud: El GEG-Local consideró que:

- Los profesionales de salud aceptarían el uso de estrategias de control de ritmo o frecuencia de acuerdo a la presentación clínica del paciente.
- **Conclusión:** Los médicos especialistas aceptarían el uso de estrategias de control de ritmo o estrategias de control de frecuencia.

Factibilidad: El GEG-Local consideró que:

- Las estrategias farmacológicas de control de ritmo y frecuencia son factibles. Sin embargo, se debe tener en cuenta que el control de los pacientes debe ser estricto.
- **Conclusión:** Tanto las estrategias de control de ritmo como las estrategias de control de frecuencia son factibles.

Uso de recursos: El GEG-Local consideró que:

- El uso de estrategias de control de ritmo y frecuencia farmacológicas requieren similar uso de recursos y están disponibles en los establecimientos de salud.
- **Conclusión:** El uso de recursos para las estrategias de control de ritmo y para las estrategias de control de frecuencia serían similares.

Dirección y fuerza de la recomendación:

- **Dirección de la recomendación:** Considerando que las estrategias de control de frecuencia tienen menor frecuencia de efectos adversos que las estrategias de ritmo (en tanto que no se encontraron diferencias en otros desenlaces), se decidió formular una recomendación **a favor del uso de estrategias de control de frecuencia**, exceptuando ciertos escenarios en los que los pacientes se podrían ver beneficiados de las estrategias de control de ritmo.
- **Fuerza de la recomendación:** Considerando que la Certeza de la evidencia fue muy baja, y que el balance riesgo beneficios no es del todo concluyente, se decidió emitir una recomendación **condicional**.

Planteamiento de puntos de buena práctica clínica:

1. El GEG-Local consideró importante mencionar que en ocasiones el médico va a preferir optar por una estrategia de control de ritmo. Para ello, decidió mencionar cuatro escenarios importantes: 1) FA de reciente inicio (menor de 48 horas). 2) Cuando presenta síntomas (para lo cual se decidió referirse a la clasificación de síntomas de la “European Heart Rhythm Association”) a pesar de que la frecuencia cardíaca está controlada o en quienes la estrategia de control de frecuencia no ha sido exitosa. 3) Cuando presenta insuficiencia cardíaca que se sospecha es causada principalmente por la FA. 4) Cuando así sea decidido en función del juicio clínico, considerando: tiempo de aparición menor de un año, crecimiento auricular no severo y ausencia de fragilidad.

Recomendaciones y puntos de buena práctica clínica:**Recomendación:**

1. Para la terapia de mantenimiento en pacientes con FA, sugerimos brindar control de la frecuencia como la estrategia de primera línea.

Recomendación condicional a favor

Certeza de la evidencia: muy baja

Punto de buena práctica clínica:

2. En pacientes con FA, considere brindar estrategias de control de ritmo cuando cumpla con alguna de las siguientes características:
 - a. FA de reciente inicio (menor de 48 horas).
 - b. Presencia de síntomas (escala EHRA) a pesar de que la frecuencia cardíaca está controlada o en quienes la estrategia de control de frecuencia no ha sido exitosa.
 - c. Presenta insuficiencia cardíaca que se sospecha es causada principalmente por la FA.
 - d. Es decidido en función del juicio clínico, considerando: tiempo de aparición menor de un año, crecimiento auricular no severo y ausencia de fragilidad.