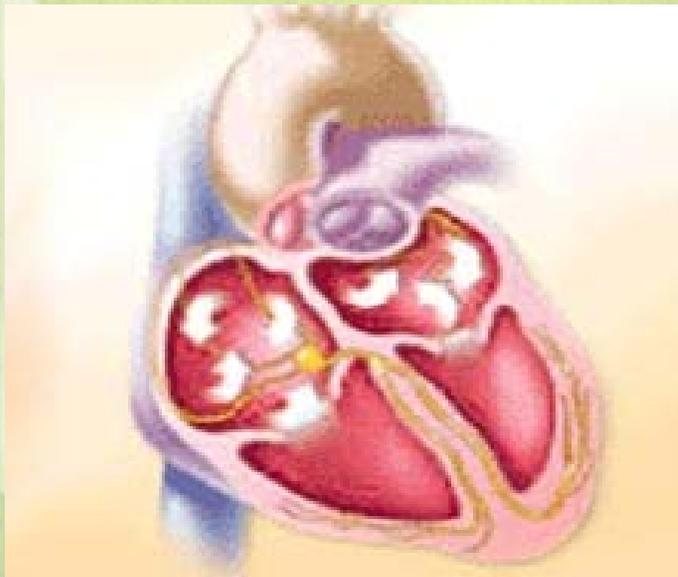




Control ritmo vs. control de la frecuencia



Francesc Formiga

Servicio de Medicina
Interna

Hospital Universitari de
Bellvitge



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



ORIGINAL

Análisis de 2 años de actividad de Medicina Interna en los hospitales del Sistema Nacional de Salud

R. Barba Martín^a, J. Marco Martínez^b, J. Emilio Losa^c, J. Canora Lebrato^d, S. Plaza Canteli^e y A. Zapatero Gaviria^{f,*}

^aHospital Infanta Cristina. Parla. Madrid. España.

^bHospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

^cHospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón. Madrid. España.

^dHospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada. Madrid. España.

^eHospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid. España.

^fHospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada. Madrid. España.

Aceptado para su publicación el 17 de marzo de 2009.

PALABRAS CLAVE

Medicina Interna;
Conjunto mínimo
básico de datos (CMBD)

Resumen

Introducción. Presentamos un resumen de los resultados de la actividad hospitalaria de los servicios de Medicina Interna (MI) del Sistema Nacional de Salud (SNS), durante el bienio 2005-2006.

Material y métodos. Se analizaron los pacientes ingresados en los servicios de MI de España en los años 2005 y 2006 según los datos obtenidos del conjunto mínimo básico de datos (CMBD), en el que se recogen datos administrativos (edad, sexo, filiación) y clínicos (un diagnóstico principal y hasta 12 diagnósticos secundarios y 19 procedimientos clínicos) de todos los pacientes ingresados en los hospitales públicos y privados de España.

Resultados. Durante este periodo se dieron en nuestro país 7.130.825 altas, ingresando a cargo de MI 1.099.652, (15,4%). Un 53,6% de los pacientes eran varones, la edad media



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



Tabla 5 Diagnósticos secundarios más frecuentes

CIE-9	Diagnósticos	N.º de pacientes (%)
401.9	Hipertensión arterial	286.495 (29,1%)
250.0	Diabetes mellitus	255.022 (25,9%)
427.3	Fibrilación auricular	199.000 (20,2%)
272.0, 272.4	Hipercolesterolemia	106.738 (10,9%)
305.1	Tabaquismo	93.477 (9,5%)
278.0	Obesidad	67.124 (6,8%)
290.xx	Demencia	56.156 (5,7%)
303; 305.0; V11.8	Alcohol	31.140 (3,2%)

CIE: clasificación internacional de enfermedades.



- Los pacientes deben ser evaluados de una forma más exhaustiva que la “toma de constantes” o un ECG basal:
 - Holter 24 h.
 - Prueba de esfuerzo
 - Test de los seis minutos.
- Una frecuencia media aceptable son 80 lpm como frecuencia media, no superar en la actividad normal 110 lpm en períodos horarios y nunca más de 140 lpm.
- Las pausas superiores a 2,5 s, especialmente nocturnas son una indicación discutible de marcapasos.



Estudio	Pacientes	Duración FA	Seguimiento	Edad	RS
AFFIRM 2002	4060		3.5	70±9	35 vs 63
RACE 2002	522	1 a 399	2.3	68±9	10 vs 39
PIAF 2000	252	7 a 360	1	61±10	10 vs 56
STAF 2003	200	6±3 meses	1.6	66±8	11 vs 26
HOT CAFE 2004	205	7 a 730	1.7	61±11	? vs 64

Ninguno de estos estudios establece diferencias significativas entre el control de frecuencia y el control del ritmo, Incluso en los pacientes con disfunción VI

Control del ritmo vs Control de frecuencia

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

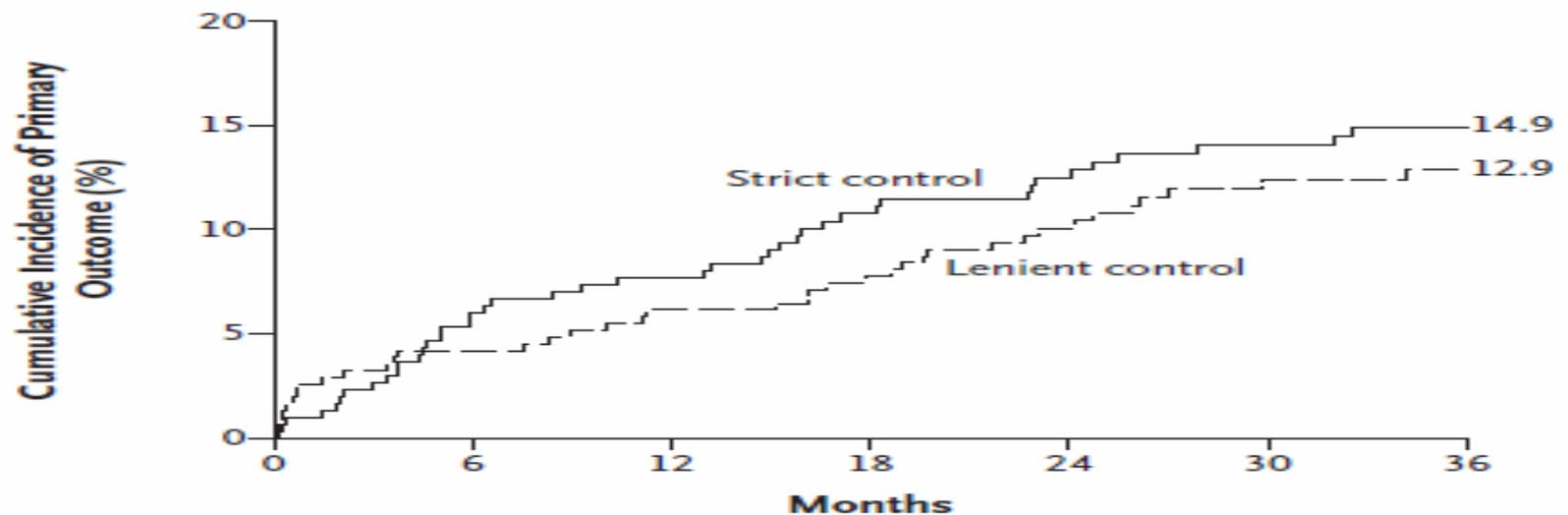
ESTABLISHED IN 1812

APRIL 15, 2010

VOL. 362 NO. 15

Lenient versus Strict Rate Control in Patients with Atrial Fibrillation

Isabelle C. Van Gelder, M.D., Hessel F. Groenveld, M.D., Harry J.G.M. Crijns, M.D., Ype S. Tuininga, M.D.,



No. at Risk

Strict control	303	282	273	262	246	212	131
Lenient control	311	298	290	285	255	218	138

Figure 2. Kaplan–Meier Estimates of the Cumulative Incidence of the Primary Outcome, According to Treatment Group.

The numbers at the end of the Kaplan–Meier curves are the estimated cumulative incidence of the primary outcome at 3 years.

Rhythm Control versus Rate Control for Atrial Fibrillation and Heart Failure

N ENGL J MED 358;25 WWW.NEJM.ORG JUNE 19, 2008

RESULTS

A total of 1376 patients were enrolled (682 in the rhythm-control group and 694 in the rate-control group) and were followed for a mean of 37 months. Of these patients, 182 (27%) in the rhythm-control group died from cardiovascular causes, as compared with 175 (25%) in the rate-control group (hazard ratio in the rhythm-control group, 1.06; 95% confidence interval, 0.86 to 1.30; $P=0.59$ by the log-rank test). Secondary outcomes were similar in the two groups, including death from any cause (32% in the rhythm-control group and 33% in the rate-control group), stroke (3% and 4%, respectively), worsening heart failure (28% and 31%), and the composite of death from cardiovascular causes, stroke, or worsening heart failure (43% and 46%). There were also no significant differences favoring either strategy in any predefined subgroup.

CONCLUSIONS

In patients with atrial fibrillation and congestive heart failure, a routine strategy of rhythm control does not reduce the rate of death from cardiovascular causes, as compared with a rate-control strategy. (ClinicalTrials.gov number, NCT00597077.)

Rhythm Control versus Rate Control for Atrial Fibrillation and Heart Failure

N ENGL J MED 358;25 WWW.NEJM.ORG JUNE 19, 2008

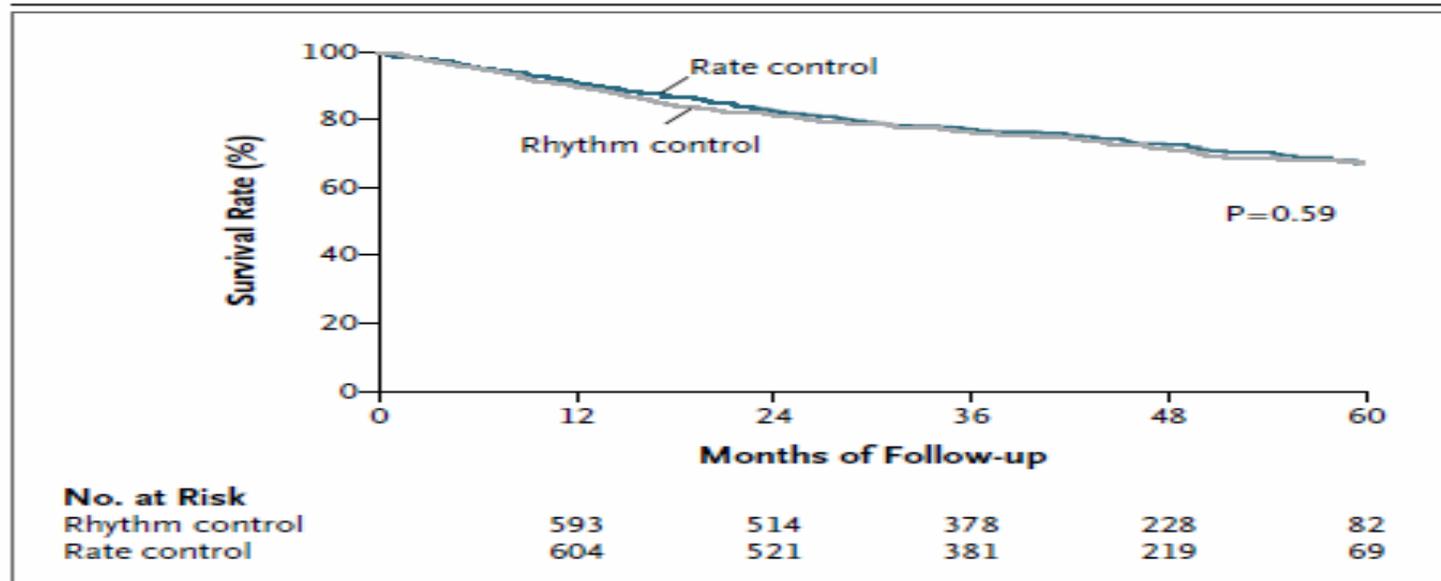


Figure 2. Kaplan–Meier Estimates of Death from Cardiovascular Causes (Primary Outcome).

Among 1376 patients with atrial fibrillation and congestive heart failure who were followed for a mean of 37 months, 182 patients (27%) in the rhythm-control group died from cardiovascular causes, as compared with 175 patients (25%) in the rate-control group (hazard ratio, 1.06; 95% confidence interval, 0.86 to 1.30).

Maintenance of Sinus Rhythm and Survival in Patients With Heart Failure and Atrial Fibrillation

Mario Talajic, MD,* Paul Khairy, MD, PhD,* Sylvie Levesque, MSc,* Stuart J. Connolly, MD,†

Objectives The goal of this study was to evaluate the relationship between the presence of sinus rhythm and outcomes in patients with a history of congestive heart failure (CHF) and atrial fibrillation (AF).

Background The value of sinus rhythm maintenance in patients with AF and heart failure (HF) is uncertain.

Methods A total of 1,376 patients with AF, ejection fraction $\leq 35\%$, and heart failure symptoms were randomized to a rhythm- or rate-control strategy. Detailed efficacy analyses were used to evaluate the independent effects of treatment strategy and the presence of sinus rhythm on cardiovascular outcomes.

Results Overall, 445 (32%) patients died and 402 (29%) experienced worsening HF. The rhythm-control strategy was not predictive of cardiovascular mortality (hazard ratio [HR]: 0.90, 95% confidence interval [CI]: 0.70 to 1.16; $p = 0.41$), all-cause death (HR: 0.86, 95% CI: 0.69 to 1.08; $p = 0.19$), or worsening HF (HR: 0.86, 95% CI: 0.68 to 1.10; $p = 0.23$). In analyses devised to isolate the effect of underlying rhythm, sinus rhythm was not associated with cardiovascular mortality [HR: 1.22, 95% CI: 0.80 to 1.87; $p = 0.35$], total mortality [HR: 1.11, 95% CI: 0.78 to 1.58; $p = 0.57$], or worsening HF [HR: 0.62, 95% CI: 0.37 to 1.02; $p = 0.059$].

Conclusions A rhythm-control strategy or the presence of sinus rhythm are not associated with better outcomes in patients with AF and CHF. (J Am Coll Cardiol 2010;55:1796–802) © 2010 by the American College of Cardiology Foundation



- **No diferencias de mortalidad C-V entre estrategia de control de ritmo y control de frecuencia cardiaca.**
- **No diferencias en calidad de vida.**
- **Más hospitalizaciones en control de ritmo (recaídas?)**
- **En pacientes jóvenes o con cardiopatía, probablemente más beneficioso mantener RS.**
- **Deficiencia de tratamientos farmacológicos en control de ritmo.**



- Estos estudios incluyeron pacientes mayores (70 años)
- La mayoría con cardiopatía.
- El seguimiento se limitó a escasos años

Reflexiones

- No necesariamente válidos para pacientes más jóvenes, sin cardiopatía o cuya dependencia del RS puede variar en el tiempo
- Los pacientes con IC pueden ser especialmente sensibles a la FA. (no reflejado en estudios).
- Valorar que al diagnóstico de FA dar una oportunidad a mantener el RS (más fisiológico).

Control del ritmo vs. control de



■ A favor del control de frecuencia: ■ A favor del control de ritmo:

- **>75 años**
- **Alto riesgo de recurrencia de la FA**
- **Buena tolerancia (ausencia de IC...)**
- **No candidato a CV**
- **Indicación de tto ACO independiente del ritmo**
- **Control deficiente de la FV durante la FA**
- **Taquicardiomiopatía reversible (hipertiroidismo, hemodinámica)**
- **Edad joven**
- **Primer episodio de FA**
- **Sintomático mal tolerado**
- **Insuficiencia cardíaca ??**

Control de frecuencia o control de ritmo. Conclusiones: **INDIVIDUALIZAR**



- **Prevención tromboembólica. Sea cual sea la estrategia o el resultado, en todos los pacientes debe considerarse la prevención tromboembólica.**
- **Cuidado cardiovascular “global”:**
HTA, DM, DL.

NUNCA OLVIDAR!!!!!!



FELICIDADES

