

PRÓLOGO

La fibrilación atrial es la epidemia de fines del siglo pasado y de principios de éste.

Su prevalencia se ha incrementado de manera exponencial y es la arritmia más común en la práctica clínica. Su incidencia varía entre 0,1% por año en jóvenes menores de 40 años, hasta 2% por año en mayores de 80 años. En pacientes con falla cardíaca la incidencia es al menos del 10% por año. Los pacientes con fibrilación atrial tienen el doble de mortalidad que la población general y su incidencia de ataques cerebrales isquémicos es seis veces mayor.

Como se sabe, la fibrilación atrial cada vez cobra más importancia en nuestra práctica clínica, de hecho el primer consenso que realizó la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular fue acerca de este tema en 1996, y para éste se reunieron todos los electrofisiólogos del país. En ese entonces se conocía que la incidencia de la fibrilación atrial estaba en crecimiento y de hecho se realizaron cambios sustanciales en su manejo, pues se sabía que mantener el ritmo sinusal era superior a la fibrilación atrial y por tanto se trató de convertir a todos los pacientes a ritmo sinusal.

El manejo se enfocó a controlar más el ritmo cardíaco que el control de la frecuencia y por ello la digital pasó a un segundo plano. Además, en aquella época se recomendó el uso de warfarina como anticoagulante con el fin de disminuir la incidencia de eventos cerebrales embólicos, cambio que disminuyó de manera significativa esta complicación.

Luego de seis años, en 2002, me di a la tarea de coordinar una revisión de las guías de manejo, puntualizando sobre la anticoagulación y el control del ritmo con antiarrítmicos, lo que implicaba que se debía tratar de convertir todos los pacientes a ritmo sinusal. Ya desde ese momento el grupo de cirugía cardiovascular demostró que era posible curar la fibrilación atrial mediante la técnica de Maze y en paralelo, se publicaron muchos estudios clínicos bien diseñados y se dieron guías de manejo en Estados Unidos y Europa, que nos obligaron de nuevo a actualizar las nuestras. De igual forma, los adelantos en la fisiopatología, la clasificación, el diagnóstico y el manejo de la fibrilación atrial, habían evolucionado enormemente. De nuevo, debí liderar por segunda vez el consenso de todos los electrofisiólogos del país para revisar las guías que se habían publicado seis años antes, por lo tanto de nuevo se efectuó su actualización para su posterior difusión ante toda la comunidad médica. Esas guías se publicaron en la Revista Colombiana de Cardiología y se presentaron ante el congreso de la Asociación Colombiana de Medicina Interna.

Hoy, 11 años después del primer consenso y cinco de su revisión, de nuevo los avances han sido vertiginosos, pues por primera vez se pudo demostrar que el pronóstico y la mortalidad de la enfermedad pueden mejorarse puesto que hasta ahora lo único que se había logrado en realidad era mejorar significativamente la calidad de vida desde el punto de vista estadístico. Ya, hoy en día, los trabajos de investigación han demostrado una disminución en la mortalidad, todo esto gracias a muchos progresos en la investigación básica, donde se sabe que las mangas de endocardio que se extienden de la aurícula izquierda a las venas pulmonares, desem-

peñan un papel importante en el desencadenamiento de la fibrilación atrial y que los cambios moleculares, anatómicos y funcionales de las aurículas ayudan a perpetuarla. También, se han definido los factores de riesgo precipitantes de la fibrilación atrial y se ha establecido que el adecuado tratamiento de la hipertensión arterial, de las valvulopatías o de la falla cardíaca con algunos fármacos específicos, puede disminuir la incidencia de fibrilación atrial.

De otra parte, se demostró que no existe diferencia estadística en el tratamiento del control del ritmo con los antiarrítmicos que se usan en la actualidad, en comparación con el control de la respuesta ventricular, lo que invita a pensar que deben desarrollarse nuevos fármacos antiarrítmicos para mantener el ritmo sinusal y que los actuales están muy limitados en la práctica clínica. De todas formas, trabajos publicados demuestran la curación de la fibrilación atrial paroxística y persistente por el método de cirugía de Maze y por ablación por radiofrecuencia, utilizando tecnología tridimensional, eco intracardiaco y catéter irrigado, con resultados hasta del 95% de curación, con un seguimiento a más de cinco años; incluso, en las guías del Colegio Americano de Cardiología y de la Asociación Americana del Corazón ya aparecen en el algoritmo de manejo. Con los avances tecnológicos este procedimiento se hará mucho más fácil y posiblemente menos costoso, aunque en la actualidad ya existen trabajos en los que se demuestra que este tipo de tratamiento es realmente costo-efectivo.

Por lo tanto, por tercera vez me di a la tarea de convocar a todos los electrofisiólogos del país, pertenecientes a la Sociedad Colombiana de Cardiología y al Colegio Colombiano de Electrofisiología Cardiovascular, y a la Doctora Alexis Llamas para que nos ilustrara acerca de los avances en la ecocardiografía con respecto a la fibrilación atrial, así como al Dr. Sergio Franco Sierra para conocer los avances en las técnicas quirúrgicas para el manejo de esta patología. Así, en abril del año en curso, nos reunimos durante tres días en Cartagena para discutir y actualizar las guías de manejo de la fibrilación atrial adecuadas a las necesidades de nuestro país.

Espero que esta publicación llegue a todo el gremio médico, tanto al médico general como al especialista, para ayudar de esta forma a la educación médica continuada.

Como coordinador de las guías quiero agradecer a la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular y al Colegio Colombiano de Electrofisiología Cardiovascular, por encomendarme esta tarea. Así mismo, deseo agradecer al comité de publicaciones de la Revista Colombiana de Cardiología por su ayuda para hacer posible esta publicación y de manera muy especial a St. Jude Medical y a su director el Dr. Oscar Restrepo por brindarnos todo el apoyo financiero y logístico para la realización de este consenso.

Finalmente, gracias a la ayuda de hoy podemos tener estas guías totalmente actualizadas y adecuadas a las necesidades de nuestro país.

Mauricio Duque R, MD.