

hospitalarios prolongados. Para su tratamiento el tolvaptán es una herramienta eficiente y efectiva, ya que permite el manejo ambulatorio de los pacientes tras su estabilización hospitalaria.

## Bibliografía

1. Javier MM. Hiponatremia: Clasificación y diagnóstico diferencial. *Endocrinología y nutrición*. 2010;57 Suppl. 2:S2-9.
2. Hannon MJ, Thompson CJ. The syndrome of inappropriate anti-diuretic hormone: prevalence, causes and consequences. *Eur J Endocrinol*. 2010;162 Suppl 1:S5-12.
3. Schrier RW, Gross P, Gheorghade M, Berl T, Verbalis JG, Czerwiec FS, et al. Tolvaptan, a selective oral vasopressin V2-receptor antagonist, for hyponatremia. *N Engl J Med*. 2006;355:2099-112.
4. Flores G, Pérez-Patrigéon S, Cobos-Ayala C, Vergara J. Severe symptomatic hyponatremia during citalopram therapy-a case report. *BMC Nephrol*. 2004;5:2.
5. Hiponatremia por inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. *Bulletí de Farmacovigilància de Catalunya*.
6. Ficha técnica de Tolvaptán. Disponible en: [http://www.ema.europa.eu/docs/es\\_ES/document\\_library/EPAR\\_-\\_Product\\_Information/human/000980/WC500048716.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000980/WC500048716.pdf).

I. Pinal-Fernández\* y A. Segura-García

*Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona, España*

\* Autor para correspondencia.

*Correo electrónico:* [iagopf@yahoo.es](mailto:iagopf@yahoo.es)

(I. Pinal-Fernández).

doi:10.1016/j.rce.2011.02.012

## Indicaciones de la digoxina para el tratamiento de la fibrilación auricular

### Indications of digoxin for the treatment of atrial fibrillation

*Sr. Director:*

Recientemente se ha publicado por parte de la *European Society of Cardiology* (ESC) la nueva guía acerca del manejo de la fibrilación auricular<sup>1</sup>, en la cual se establece un protocolo de uso de la digoxina cuando menos discutible y que a nuestro entender merece un comentario. En la estrategia de control de frecuencia cardiaca se identifican dos categorías. En la primera se incluyen pacientes con «inactive lifestyle» en referencia a pacientes con situación basal limitada, en los que únicamente se indica digoxina. En este grupo cabe esperar la inclusión de pacientes con edad avanzada, múltiples comorbilidades, toma de diferentes tratamientos y presencia habitual de cierto grado de insuficiencia renal (siempre infraestimada por las cifras de creatinina frente al verdadero valor de filtrado glomerular). Precisamente en esta población son más esperables los efectos indeseables del uso de la digoxina, tales como la intoxicación digital, bradicardia o alteraciones hidroelectrolíticas. Además de ser obligatoria la indicación de monitorizar de forma estrecha los niveles de digital y del filtrado glomerular, creemos correcto ampliar el abanico de opciones terapéuticas en este grupo de pacientes ya que precisamente la presencia de múltiples comorbilidades hará todavía más necesaria e imprescindible la individualización del tratamiento que elegir.

En segundo lugar en la guía se indica digital y  $\beta$ -bloqueantes por igual en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) (recomendación IIa, nivel C de evidencia). Esta actitud contradice precisamente las recomendaciones de la propia ESC publicadas en su guía del manejo de IC<sup>2</sup>. En ésta, en pacientes con IC con disfunción sistólica y fibrilación auricular se aconseja el uso prioritario de  $\beta$ -bloqueantes, mientras que la digoxina podría utilizarse en situaciones agu-

das de descompensación (antes de proceder a la titulación del  $\beta$ -bloqueante) o ante hipotensión arterial (recomendación IIa B).

Al preguntarse cuál es la mejor opción, existen diferencias notables referentes a la eficacia y beneficio pronóstico entre la digoxina y los  $\beta$ -bloqueantes que finalmente inclinan la balanza hacia éstos en el caso de pacientes con disfunción sistólica. En primer lugar, está demostrado que la digoxina es inferior en el control de la taquicardia inducida por el ejercicio, lo cual limita la capacidad funcional de los pacientes con IC, en comparación con los  $\beta$ -bloqueantes<sup>3</sup>.

Tanto la digoxina como los  $\beta$ -bloqueantes han demostrado un mejor pronóstico en pacientes con IC y disfunción sistólica<sup>2-5</sup>. No se han publicado hasta la fecha ensayos aleatorizados que comparen el beneficio de ambos grupos terapéuticos en pacientes con IC y fibrilación auricular, pero sí existen estudios de seguimiento prospectivo recientes que aportan un claro beneficio cuando se prescriben  $\beta$ -bloqueantes de forma aislada o asociados a digital, frente al empleo de digital exclusivamente<sup>6</sup>.

Finalmente, no podemos olvidar a los pacientes con IC y fracción de eyección preservada (IC diastólica). A pesar de la elevada prevalencia de fibrilación auricular en este grupo seguimos sin contar con datos objetivos que nos orienten hacia el mejor tratamiento. Pero si tenemos en cuenta que los  $\beta$ -bloqueantes han demostrado ser seguros y eficaces en estos enfermos con fracción de eyección superior al 40%<sup>7</sup> y que series prospectivas también han demostrado su superioridad frente a digoxina en estos pacientes<sup>6</sup>, estamos en condiciones de, cuanto menos, aconsejar inicialmente el uso de  $\beta$ -bloqueantes frente a digoxina en pacientes con IC y fracción de eyección preservada.

## Bibliografía

1. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, Schotten U, Savelieva I, Ernst S, 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;31:2369-429.
2. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJ, Ponikowski P, Poole-Wilson PA, et al., ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *Eur Heart J*. 2008;29:2388-442.
  3. Jessup M, Abraham WT, Casey DE, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, et al. 2009 focused update: ACCF/AHA Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. *Circulation*. 2009;119:1977-2016.
  4. The Digitalis Investigation Group. The Effect of Digoxin on Mortality and Morbidity in Patients with Heart Failure. *N Engl J Med*. 1997;336:525-33.

5. Brophy JM, Joseph L, Rouleau JL. Beta-blockers in congestive heart failure. A Bayesian meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2001;134:550-60.
6. Fauchier L, Grimard C, Pierre B, Nonin E, Gorin L, Rauzy B, et al. Pharmacologic management of atrial fibrillation: current therapeutic strategies. Comparison of beta blocker and digoxin alone and in combination for management of patients with atrial fibrillation and heart failure. *Am J Cardiol*. 2009;103:248-54.
7. Kjekshus J. Prescription of beta-blockers in patients with advanced heart failure and preserved left ventricular ejection fraction. Clinical implications and survival. *Eur J Heart Fail*. 2007;9:280-6.

R. Quirós-López\*, M. Nouredine-López, M.A. Villena-Ruiz y J. García-Alegria

Área de Medicina, Unidad de Medicina Interna, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [quiroslopez77@gmail.com](mailto:quiroslopez77@gmail.com) (R. Quirós-López).

doi:10.1016/j.rce.2011.02.011

## Añadir que ...

### Add that...

Sr. Director:

Cada vez resulta más frecuente oír o leer frases que comienzan con un infinitivo en una acción que exige un sujeto: «Añadir que...», «Resaltar que...», «Terminar diciendo...», «Señalar por último...» Esta moda lingüística es un tipo particular de *elipsis*<sup>1</sup>.

La palabra nos viene del griego «*elleipsis*» que significa «deficiencia» (la elipse es una figura geométrica deficiente si la comparamos con la perfección de la circunferencia).

La *elipsis gramatical* es una figura retórica que consiste en la supresión de una o varias palabras en una frase sin que ésta pierda su sentido. Nos encontramos inmersos en un lenguaje elíptico. Decimos: «¿Qué tal?» y ya estamos en plena elipsis.

Muchas veces lo que falta en la frase es el verbo (construcción nominal): «Hoy, entrenamiento de la Selección» o un ejemplo de Azorín: «Pleno campo. Árboles, pajarillos y brisa». Es un estilo impresionista, puntillista.

A veces, se emplean las elipsis para conseguir un mayor énfasis, como en los refranes: «En abril, aguas mil» o «A enemigo que huye, puente de plata».

Las frases elípticas son frecuentes en los medios de comunicación, sobre todo en radio y televisión: «Ministro de... Exteriores», «...es todo», «para finalizar... señalar...». En la mayoría de las ocasiones suelen reflejar una gran pobreza de léxico. Es indudable que no sabemos hablar sin elipsis, pero hay que evitar el abuso para no convertir el lenguaje corriente en un mensaje telegráfico.

Por lo que se refiere al lenguaje médico, pueden admitirse las elipsis en la comunicación hablada propia de la jerga específica de este ámbito y dentro del concepto de «economía del lenguaje»: «Se diagnosticó de... Hodgkin» o «Un paciente... mitral».

También pueden ser razonables las elipsis en lenguajes apresurados y factibles de informatizar como el de las historias clínicas y el de los informes médicos: «...cardiopulmonar...normal», «No adenopatías», «En la...simple de abdomen», «...elemental de orina normal»<sup>2,3</sup>.

Pero no deben introducirse frases elípticas en el lenguaje médico publicado ni en el lenguaje hablado de conferencias o ponencias de congresos médicos, y esto es lo que está ocurriendo con cierta frecuencia en los últimos años. Se supone que son lenguajes pensados y reposados donde las frases tienen que estar completas. Veamos algunos ejemplos:

«Pese a (mantener) hemodinámica y diuresis estables», «Los depósitos de amiloide (se) correlacionan», «Una intolerable (tasa de) mortalidad», «La supervivencia a (los) cinco años».

También son frecuentes en el lenguaje médico otros tipos de incorrecciones más o menos graves, como los solecismos, barbarismos, anglicismos y el abuso de siglas y del verbo hacer, pero son cuestiones que comentaremos en otra ocasión.

## Bibliografía

1. Lázaro Carreter F. El dardo en la palabra. Barcelona: Círculo de Lectores. S.A.; 1997.
2. Ordóñez A. Lenguaje médico. Estudio sincrónico de una jerga. Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid; 1992.
3. Ordóñez A. Lenguaje médico. Modismos, tópicos y curiosidades. Madrid: Editorial Noesis S.L.; 1994.

A. Ordóñez Gallego

Asociación de Médicos Escritores y Artistas, Madrid, España

doi:10.1016/j.rce.2011.05.013