

RESPUESTA

Estimado Editor:

Agradecemos profundamente a los colegas que dedicaron tiempo y atención a la lectura crítica de nuestro trabajo (1) y a la elaboración de su carta. Sus observaciones son valiosas y nos honran al reconocer la pertinencia de explorar, desde un escenario regional, una condición de alta relevancia clínica como lo es la fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida en el servicio de urgencias.

Coincidimos plenamente en la importancia de ajustar las estrategias terapéuticas a las recomendaciones más recientes de las guías internacionales. Tal como ustedes señalan, el uso extendido de amiodarona y la inclusión de digoxina como primera opción para el control de la frecuencia en algunos casos, representan prácticas que se explican, en buena medida, por las limitaciones de disponibilidad farmacológica en nuestro centro. Sin embargo, reconocemos que esta situación no debe ser entendida como la vía óptima, sino como un reflejo del contexto real de atención en instituciones con recursos restringidos. Su señalamiento refuerza la necesidad de actualizar protocolos locales que armonicen con las guías ESC 2024 y, al mismo tiempo, reconozcan la variabilidad en la oferta terapéutica de diferentes regiones del país.

En relación con la baja proporción de pacientes anticoagulados, compartimos plenamente la preocupación expresada. Nuestro análisis confirmó esta brecha en la prevención del accidente cerebrovascular y, aunque en el artículo destacamos la relevancia de implementar estrategias de anticoagulación oportunas, aceptamos que su abordaje debió ser enfatizado con mayor detalle. Sus sugerencias respecto a la aplicación sistemática de escalas de riesgo como CHA₂DS₂-VA y HAS-BLED desde el primer contacto en urgencias constituyen un aporte valioso para futuras intervenciones, y estamos convencidos de que su integración podría contribuir a un cambio sustancial en la práctica clínica cotidiana.

También concordamos en que la ausencia de desenlaces clínicos posteriores limita la aplicabilidad operativa de nuestro estudio. La naturaleza retrospectiva y unicéntrica del diseño fue reconocida como una limitación desde el inicio, pero sus comentarios resaltan la urgencia de promover proyectos multicéntricos, prospectivos y con seguimiento longitudinal. Tales iniciativas no solo robustecerían la validez externa de los hallazgos, sino que permitirían comprender mejor el impacto de las decisiones iniciales tomadas en urgencias sobre la evolución clínica a largo plazo.

Finalmente, valoramos su propuesta de avanzar hacia modelos de atención integrales en el servicio de urgencias. Coincidimos en que la fibrilación auricular exige no solo un abordaje farmacológico inmediato, sino también componentes educativos, observación clínica adecuada y una articulación fluida con cardiología ambulatoria. Estos elementos son claves para mejorar la adherencia terapéutica y reducir la recurrencia de eventos.

En suma, agradecemos profundamente sus aportes, que enriquecen la discusión científica y nos invitan a continuar perfeccionando nuestro trabajo. Estamos convencidos de que la construcción colectiva, nutrida por la crítica respetuosa y fundamentada, es el camino para lograr mejores prácticas en beneficio de nuestros pacientes.

Cordialmente,

Dra. Jhoana Carolina Oliveros-Muñoz. En nombre de los autores del artículo
Correspondencia: Dra. Jhoana Carolina Oliveros-Muñoz. Armenia (Colombia)
E-Mail: jhois1626@gmail.com

Referencias

- Oliveros-Muñoz JC, Dorado-Hoyos S, Quiroga-Naranjo D, Balsero-Salgado PA, Barrera-López AM. Manejo de pacientes con fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida que consultan a un servicio de urgencias. Acta Med Colomb. 2025;50(2). DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2025.3171>

