

Artículo de revisión

Institucion

Fibrilación auricular aguda en Cuerpo de Guardia.

Dra. Aylen Pérez Barreda*, **Dr. Miguel José Puig Fernández****, **Dra. Kenya M. Padrón***, **Dra. Grisel Guevara Mirabal*****, **Dra. Ileana Cervantes Carballo*****, **Dr. Myder Navas*****

*Especialista 1er grado en Cardiología

**Especialista 1er grado en Medicina Interna.

*** Residente de Cardiología

RESUMEN

La fibrilación auricular aguda es la arritmia más frecuente en los servicios de urgencias hospitalarios y es una enfermedad grave que duplica la mortalidad y que conlleva una elevada morbilidad. Sin embargo, a pesar de estas consideraciones, en nuestro medio se realiza un manejo heterogéneo y con frecuencia inadecuado de la misma. Con la presente guía se proponen estrategias concretas de manejo de los pacientes con fibrilación auricular en los aspectos de recuperación y mantenimiento del ritmo sinusal, control de la frecuencia cardíaca durante fibrilación auricular, profilaxis tromboembólica e ingreso o alta hospitalaria; todo ello con el objetivo de promover una mejor atención a los pacientes con un uso más adecuado de los recursos disponibles en nuestro medio. **Palabras clave:** agentes antiarrítmicos, anticoagulantes, factores de riesgo, fármacos, fibrilación auricular, frecuencia cardíaca.

ABSTRACT

Atrial fibrillation is the most prevalent arrhythmia in hospital emergency departments and is a serious disease associated with a twofold increase in morbidity and a high mortality rate. However, the management of atrial fibrillation in this scenario is variable and frequently inadequate. This is probably a consequence of the diverse clinical aspects and therapeutic options to consider in the management of patients with atrial fibrillation. Therefore, implementation of specific, coordinated management strategies by the different care providers involved is needed to improve the quality of care and optimize the use of human and material resources. Specific management strategies are proposed for the conversion and maintenance of sinus rhythm, heart rate control during atrial fibrillation, prophylaxis for thrombi and emboli, and hospital admission and discharge protocols. **Key words:** antiarrhythmic agents, anticoagulants, risk factors, drugs, atrial fibrillation, heart rate.

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular aguda (FAA) es la arritmia más frecuente en los servicios de urgencias hospitalarios y es una enfermedad grave que duplica la mortalidad y que conlleva una elevada morbilidad. Sin embargo, a pesar de estas consideraciones, en nuestro medio se realiza un manejo heterogéneo y con frecuencia inadecuado de la FAA. Probablemente, esto es una consecuencia de la diversidad de aspectos clínicos que deben considerarse en los pacientes con FA, así como del elevado número de opciones terapéuticas posibles, lo que justifica la implementación de estrategias concretas y coordinadas de actuación entre los diversos profesionales implicados en el manejo de los pacientes con FA, con el fin de mejorar su tratamiento y optimizar los recursos humanos y materiales.

Con el propósito de realizar un manejo uniforme, adaptado a la condiciones del medio en que nos desarrollamos y brindar la mejor atención a nuestros pacientes, decidimos realizar esta revisión de forma que sirva de guía para la actuación médica por profesio-

sionales de la salud de los servicios de urgencia.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS EN LA FAA EN CUERPO DE GUARDIA

1. Aliviar los síntomas por los que acude el paciente mediante:

- el control de la frecuencia cardíaca.
- la reversión a ritmo sinusal.

2. Prevenir y evitar las complicaciones derivadas:

- del deterioro hemodinámico de la propia FA.
- de mantener frecuencias cardíacas elevadas (taquimiocardiopatía).
- de los fenómenos tromboembólicos.

I- Medidas generales

1- Ubicar al paciente en una sala con monitorización

- de ECG
- de la presión arterial
- de la saturación arterial de oxígeno
- con un equipo desfibrilador y material para la reanimación cardiopulmonar.

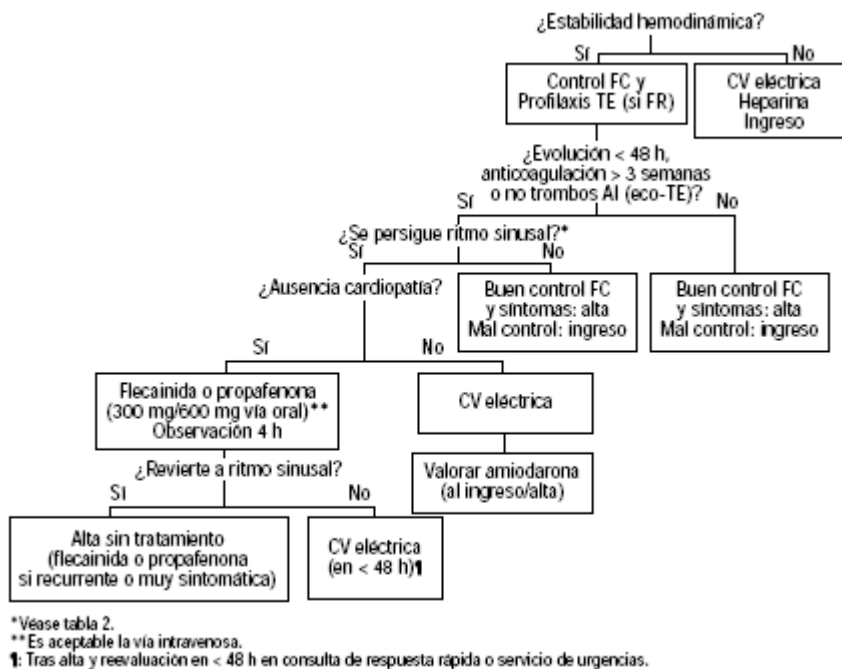


Figura 1. Algoritmo de actuación en la FAA. Tomado de: Documento de consenso sobre el tratamiento de la fibrilación auricular en los servicios de urgencias hospitalarios Rev. Esp Cardiol 2003;56(8):801-16

II- Control agudo de la respuesta ventricular.

Fármacos más empleados.

- Diltiazén 0,25 mg/kg en 2 min 2-7 min 5-15 mg/h. Clase I.
- Verapamilo 0,075-0,15mg/kg en 2 min 3-5 min. Clase I.
- Esmolol 0,5 mg/kg en 1 min 5 min 0,05-0,2 mg/kg/min. Clase I.
- Metoprolol 2,5-5 mg/kg en 2 min hasta un máximo de 3 dosis 5 min. Clase I.
- Propranolol 0,15 mg/kg 5 min. Clase I.
- Amiodarona 5-7 mg/kg en 30 min. Posteriormente 1.200 mg/día 200 mg/día. Clase II b (infusión continua) o 400 mg/8 h (oral).
- Digoxina 0,25 mg/2 h hasta máximo 1,5 mg 2 h 0,125-0,25 mg/día. Clase II.

III- Reversión a ritmo sinusal

Condicionantes a favor de la restauración del ritmo sinusal:

- primer episodio de fibrilación auricular.
- historia previa de fibrilación auricular paroxística y no de persistente o de permanente.

- fibrilación auricular secundaria a una enfermedad transitoria o corregible (hipertiroidismo, pos cirugía, fármacos, sustancias de abuso, síndrome febril, etc.).
- fibrilación auricular que produce sintomatología grave o limitativa (angina, insuficiencia cardíaca, síncope, mala tolerancia subjetiva).
- lección del paciente.

Factores en contra de perseguir el ritmo sinusal

Alta probabilidad de recurrencia precoz o tardía:

- 1- duración de la arritmia > de un año
- 2- antecedentes de al menos dos cardioversiones eléctricas previas o de fracaso de al menos dos fármacos antiarrítmicos para mantener el ritmo sinusal
- 3- recaída precoz de la arritmia (< 1 mes) tras la cardioversión
- 4- valvulopatía mitral
- 5- aurícula izquierda gravemente dilatada (> 55 mm)
 - Rechazo del paciente

Figura 2. Manejo del control de la frecuencia cardíaca. Tomado de: Documento de consenso sobre el tratamiento de la fibrilación auricular en los servicios de urgencias hospitalarios Rev. Esp Cardiol 2003;56(8):801-16

Cardioversión eléctrica

Medidas generales:

- material de reanimación cardiopulmonar disponible,
- acomodación del paciente en decúbito supino a 0°,
- monitorización del ECG, de la presión arterial y de la saturación arterial de oxígeno,
- oxigenación al 100%,
- obtención de un acceso venoso periférico de buen calibre (16 G).

Sedación

Se administrarán 1-2,5 mg/kg i.v. de propofol en 10 segundos o, en pacientes con inestabilidad hemodinámica, 3-15 mg i.v. de midazolam.

Procedimiento

- Liberación sincronizada de un primer choque de 200-360 J, (recomendándose comenzar con 360 J, dado que la eficacia es máxima, se reduce el tiempo de sedación y no se asocia a un mayor daño miocárdico).
- Si bifásico: 100-200 J.
- En caso de que el primer choque fracasara, suministrar al menos 2 choques más y plantear al menos otro choque con una posición diferente de las palas.

Cardioversión farmacológica

Niveles de evidencia y grados de recomendación en la cardioversión farmacológica de la fibrilación auricular de reciente comienzo

- **Eficacia demostrada**

1. Flecaínida oral o intravenosa IA
2. Propafenona oral o intravenosa IA
3. Amiodarona oral o intravenosa II a B
4. Quinidina oral II b B

- **Menos eficaces o estudios incompletos**

1. Procainamida intravenosa II b C
2. Sotalol oral o intravenosa III A
3. Digoxina oral o intravenosa III A

Fármacos más usados para la cardioversión de la fibrilación auricular

- Flecaínida 200-300 mg (oral) o 1,5-2 mg/kg i.v. en 20 min “! presión arterial, puede llevar al flutter auricular con conducción 1:1.
- Propafenona 450-600 mg (oral) o 1,5-2 mg/kg i.v. en 20 min. “! presión arterial, puede llevar al flutter auricular con conducción 1:1.
- Amiodarona 5-7 mg/kg i.v. en 30 min. Luego 1.200 mg/día (infusión continua) ó 400 mg/8 h (oral) “! presión arterial, puede producir taquicardia ventricular por torcedura de puntas, trastornos gatrointestinales, hiper/hipotiroidismo.
- Dofetilide 125-500 ug, c/12h, vía oral.
- Ibutilide: 1mg, IV en 10 min, repetir si es necesario.

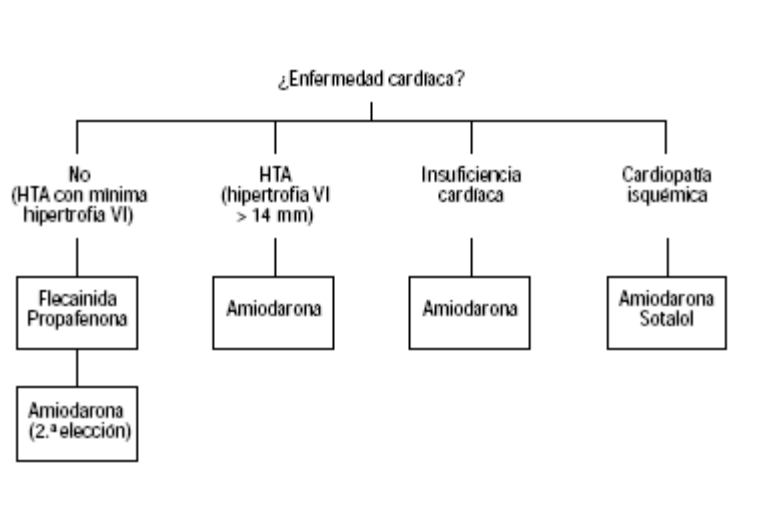


Figura 3. Mantenimiento del ritmo sinusal después de la cardioversión de la FA. Tomado de: Documento de consenso sobre el tratamiento de la fibrilación auricular en los servicios de urgencias hospitalarios Rev Esp Cardiol 2003;56(8):801-16

Posología y efectos secundarios de los antiarrítmicos más comúnmente usados para el mantenimiento del ritmo sinusal poscardioversión

- Flecainida 100-150 mg/12 h. Conversión a flúter auricular, insuficiencia cardíaca, taquicardia ventricular.
- Propafenona 150-300 mg/8 h. Conversión a flúter auricular, insuficiencia cardíaca, taquicardia ventricular.
- Sotalolol 80-160 mg/12 h. Bradicardia y bloqueo atrioventricular, broncospasmo, taquicardia ventricular por torcedura de puntas.
- Amiodarona 200 mg .Hipotiroidismo o hipertiroidismo, toxicidad pulmonar, hepatotoxicidad, fotosensibilidad, depósitos corneales, decoloración cutánea, polineuropatía, neuropatía óptica, interacción con acenocumarol.

Debido al alto riesgo embólico de la FA, se impone tomar conducta para evitar los mismos en la cardioversión.

Normas generales para la anticoagulación en la cardioversión

- 1- Mantener INR entre 2 y 3 durante 3 semanas antes y por lo menos 3 semanas después de la cardioversión si la FA tiene más de 48 h de duración o no se conoce su fecha de inicio.
- 2- No hacer diferencias en la pauta de anticoagulación entre el flúter y la FA.
- 3- No hacer diferencias entre cardioversión eléctrica y cardioversión farmacológica.
- 4- Se puede adoptar una estrategia alternativa mediante ecocardiograma transesofágico, pero manteniendo la anticoagulación un mínimo de 3 semanas tras la cardioversión.
- 5- Se puede realizar una cardioversión sin anticoagulación si la FA tiene menos de 48 h de evolución en pacientes sin valvulopatía mitral ni antecedentes de embolia.
- 6- Cuando se deba realizar una cardioversión urgente, es aconsejable iniciar tratamiento con heparina.
- 7- Los pacientes que presenten una cardioversión espontánea a ritmo sinusal deben ser manejados siguiendo las mismas pautas indicadas para la cardioversión eléctrica o farmacológica.

Criterios de ingreso hospitalario

- 1- Complicaciones de la FA, como angina grave, insuficiencia cardíaca o tromboembolia arterial.
- 2- Falta de control de la respuesta ventricular o de una sintomatología limitativa o potencialmente grave, a pesar del tratamiento.
- 3- Inestabilidad hemodinámica: realización inmediata de cardioversión sincronizada en el CG y, posteriormente, ingreso hospitalario.
- 4- Inicio de regímenes terapéuticos con riesgo proarrítmico por cualquiera de las siguientes razones: fármaco concreto, factores de riesgo cardíacos (insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, PR corto basal, historia de arritmias ventriculares) o extra cardíacos (insuficiencia renal, alteraciones hidroelectrolíticas, sumación de fármacos arritmogénicos).
- 5- Conversión de la FA a un flúter auricular tipo IC como consecuencia del tratamiento farmacológico para restaurar el ritmo sinusal.

Referencias bibliográficas

- 1- Martínez A, Merinob JL, Arcoa C, Martínez J, Laguna P, Arribas F et al. Documento de consenso sobre el tratamiento de la fibrilación auricular en los servicios de urgencias hospitalarios. Rev Esp Cardiol 2003;56(8):801-16.
- 2- Snow V, Weiss KB, LeFevre M, McNamara R, Eric Bass, Green LA et al. Management of Newly Detected Atrial Fibrillation: A Clinical Practice Guideline from the American Academy of Family Physicians and the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2003;139:1009-1017.