

BOLETÍN S.U.E. 061 CEUTA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA ATENCIÓN PRIMARIA

MANEJO EXTRAHOSPITALARIO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR

El tratamiento de la Fibrilación Auricular (FA) en la documentación y literatura científica, se dirige por lo general y casi por completo al manejo de esta arritmia en el ámbito hospitalario, lo que, muy a menudo, induce a errores, al intentar aplicar patrones diagnósticos y terapéuticos válidos en los servicios hospitalarios de urgencias al contexto diferente de la atención extrahospitalaria. Ello es debido a que las situaciones que pueden ser consideradas como una emergencia en el ámbito extrahospitalario son ínfimas en proporción a las situaciones de emergencia por FA en el ámbito hospitalario.

1. TRATAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR(FA):

Una vez establecido el diagnóstico de FA por confirmación electrocardiográfica, el manejo dependerá de varios factores, pues serán estos los que determinen los objetivos estratégicos a plantear y priorizar. Así, podemos establecer tres objetivos generales que no son mutuamente excluyentes: el control de la frecuencia cardíaca (FC), la prevención de tromboembolias y la corrección de las alteraciones del ritmo cardíaco. De estos tres objetivos, en el caso que nos ocupa de la asistencia extrahospitalaria, tendrán especial relevancia el primero y en muy pocos casos, el tercero.

Muchas son las posibilidades de abordar el manejo de la FA en función de los diferentes factores y objetivos, pero para primar el aspecto eminentemente práctico de esta guía se han elegido el cuadro clínico y las características temporales de la arritmia, de modo que se pueden contemplar las diferentes situaciones:

Fibrilación auricular sintomática o mal tolerada:

En este caso se contempla la situación en la cual el paciente experimenta una repercusión hemodinámica importante mediada por la arritmia o, en la mayoría de los casos, por la frecuencia ventricular que la FA determina. Esto es de importante consideración, pues como se verá, en muchas situaciones puede ser de elección el control de la FC frente a intentos de cardioversión. De hecho, habitualmente sólo en

casos de hipotensión sintomática, angina o insuficiencia cardíaca (IC) se considerará la cardioversión. Esta situación será la única que tiene consideración de emergente y que requerirá una atención inmediata, siendo una pequeña parte de los casos. Aquí se consideran medidas de clase I:

1. Cuando la respuesta ventricular rápida no responde rápidamente al tratamiento farmacológico en pacientes con FA e isquemia miocárdica asociada, hipotensión sintomática, angina o IC, se recomienda la cardioversión eléctrica directa sincronizada (nivel de evidencia C).
2. Se recomienda la cardioversión eléctrica inmediata en los pacientes con FA y síndrome de preexcitación en presencia de taquicardia rápida o inestabilidad hemodinámica (nivel de evidencia B).
3. Se recomienda la cardioversión en pacientes que no presentan inestabilidad hemodinámica cuando los síntomas de la FA son mal tolerados por el paciente (nivel de evidencia C).

En los casos en que la cardioversión eléctrica sincronizada no sea mandataria, el objetivo prioritario será el control de la respuesta ventricular, incluso por encima de la cardioversión farmacológica extrahospitalaria. Los únicos fármacos a usar con consideración de clase I y nivel de evidencia A serían flecainida, dofetilida, propafenona o ibutilida. Y aquí hay que insistir en que el riesgo de complicaciones de difícil manejo en el ámbito extrahospitalario de los intentos de cardioversión farmacológica frente a estrategias de control de la FC en situaciones donde la cardioversión eléctrica no está indicada, es grande y no aporta beneficios, ya que el tiempo medio de respuesta cardioversora a los fármacos "rápidos" exceden los tiempos de atención extrahospitalaria. Especial mención merece la amiodarona cuya recomendación como medida farmacológica cardioversora se sitúa en la clase IIa y cuyo inicio de acción se sitúa en el ámbito de días, siendo, sin embargo, el fármaco más usado en el ámbito de la urgencia y la emergencia.

Como ya se ha dicho, si los síntomas de la FA requieren una atención inmediata pero sin llegar a comprometer al paciente como para considerar la cardioversión eléctrica, el objetivo de elección es el control de la FC, pues a menudo, dicho control conlleva la desaparición o mejoría de la clínica.

Consideraciones especiales para pacientes con el síndrome de Wolff-Parkinson-White

En los pacientes con síndrome de WPW y taquicardia asociada a preexcitación ventricular está contraindicada la administración intravenosa de bloqueadores beta, digital, adenosina, lidocaína y antagonistas del calcio no dihidropiridínicos debido a que estos agentes pueden facilitar la conducción anterógrada a través de la vía accesoria durante la FA, lo que resulta en la aceleración de la frecuencia ventricular, hipotensión o en fibrilación ventricular. No obstante, cuando la arritmia se asocia a deterioro hemodinámico, está indicada la cardioversión eléctrica inmediata. En pacientes hemodinámicamente estables con síndrome de preexcitación, se podrá administrar de forma intravenosa fármacos antiarrítmicos de tipo I o amiodarona, pero nótese el riesgo de intentar la cardioversión farmacológica en un paciente estable sin diagnóstico conocido de WPW, cuando, por lo general, en los síndromes de preexcitación, la FC es muy alta y suele conllevar una importante repercusión clínica, por lo que es de elección la cardioversión eléctrica sincronizada.

Por lo general, estos casos los vamos a ver o en pacientes con episodios agudos de FA paroxística, y, por tanto de menos de 48 horas de evolución, o en desestabilizaciones marcadas por FC rápida en pacientes con FA crónica o persistente, en los que el objetivo será el control de la FC y no la cardioversión. En ambos casos, no es un objetivo a considerar la prevención de tromboembolias. En los raros casos en los que un paciente con FA de más de 48 horas de evolución requiera cardioversión eléctrica inmediata, se administrará secundariamente heparina mediante un bolo inicial por inyección intravenosa

seguido de infusión continua.

En resumen, en el ámbito extrahospitalario, en el paciente con FA e inestabilidad hemodinámica por hipotensión sintomática, angor o isquemia cardíaca, será de elección la cardioversión eléctrica sincronizada inmediata, o en su defecto, el control farmacológico de la FC, quedando como objetivo secundario y no prioritario los intentos de cardioversión farmacológica.

Fibrilación auricular asintomática o bien tolerada:

La mayoría de los pacientes suelen englobarse en este apartado, describiéndose síntomas inespecíficos del orden de las palpitaciones, mareos, discomfort torácico. En estos casos, nunca está indicado el intento de cardioversión extrahospitalaria, más aún cuando o se trata de pacientes con FA crónica o persistente con desestabilización secundaria a otras causas por mal control de la FC (fiebre, hipoxia, etc.) o, en caso de ser paciente sin diagnóstico previo de FA en muy pocas ocasiones se puede determinar inequívocamente la duración de la FA. En los casos de FA conocida, la mayoría requiere un control de las causas o un ajuste del tratamiento de control de la respuesta ventricular, que puede realizar su médico de Atención Primaria o, en casos de FC más descontrolada, pudieran requerir control farmacológico hospitalario que siempre se recomienda por vía oral si es posible. En los casos de FA de nuevo descubrimiento, se derivará a valoración hospitalaria para iniciar estudios cardiológicos pertinentes y adopción de tratamiento de elección, una vez que las pruebas complementarias hayan apoyado la asunción de unos u otros objetivos prioritarios (cardioversión o control de la FC).

BIBLIOGRAFÍA:

- Bellet S. Clinical disorders of the heart beat. 3ª ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1971.
- Farreras Rozman. Medicina Interna 15ª ed. Ed. Elsever.
- Velázquez. Farmacología básica y clínica 17ª ed. Ed. Panamericana.

Direcciones internet:
<http://www.msds.es>

AUTOR:

D.U.E. Dr. D. José Muriana Jiménez

COLABORADORES:

D.U.E. Dña. Begoña Martínez Huertas
D.U.E. D. Víctor Manuel Ríos del Yerro

Recordatorio:

Informamos una vez más, que este boletín está abierto a todo el personal sanitario de Atención Primaria de la Gerencia de Atención Sanitaria de Ceuta que desee publicar algún artículo.



EDITA: © INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA
DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA. GERENCIA DE ATENCIÓN SANITARIA.
Avda. Otero, s/n. Edificio Polifuncional, 1ª Planta. 51002 CEUTA
Depósito Legal: CE 25-2005 ISSN: 1699-3837 NIPO:356-09-001-9