

Beneficios de la aplicación del consenso SEMES-SEC en FA: Trombopprofilaxis y alivio de síntomas

Edición: Grupo de Arritmias Cardíacas-SEMES

**JUAN SÁNCHEZ
RODRÍGUEZ.**

SERVICIO DE
URGENCIAS.
HOSPITAL
UNIVERSITARIO
VIRGEN DE LAS
NIEVES, GRANADA.
VOCAL GRUPO
ARRITMIAS
CARDÍACAS,
SEMES.

La evidencia científica sitúa el control de la frecuencia cardíaca íntimamente relacionada con el correlato sintomático y la profilaxis del tromboembolismo arterial (TEA) como estrategias de manejo fundamentales que deben realizarse en todos los pacientes con fibrilación auricular (FA).

El objetivo del presente artículo es analizar el impacto de la aplicación del consenso SEMES-SEC en FA (GEFAUR 4 (G4)) -casos- en cuanto al control de síntomas y profilaxis de ETEA y su comparación con los datos obtenidos en el GEFAUR 1 (G1; observacional) y GEFAUR 3 (G3; aplicación de guías internacionales) -controles-.

En el 61,5% el motivo de consulta se relacionó con la arritmia y/o su tratamiento (G4; N= 1.705 pacientes), cifra casi idéntica al 61,6% del GEFAUR completo (G1,3,4; N= 4255); siendo los síntomas más frecuentes: disnea, palpitaciones, dolor torácico, mareo, embolismo, síncope y complicaciones del tratamiento previo (antiarrítmicos, anticoagulante o antiagregante). La frecuencia cardíaca superó los 100 lpm en el 46% de pacientes del G4 (42,8% para G1,3,4). Con la aplicación de los protocolos de consenso SEMES-SEC en FA se ha mejorado el control de los síntomas tanto frente al G1 (68,3% vs. 8,9%; $p<0,001$; OR= 22 [16,7-29]) como frente al G3 (68,3% vs. 48,6%; $p<0,001$; OR= 2,28 [1,9-2,8]). Si nos centramos en los pacientes que consultaron por síntomas atribuibles a la arritmia o a su tratamiento (N= 2.149) se mantienen las diferencias, con una OR de 22,5 y 1,78 respectivamente, $p<0,001$. Adicionalmente se ha estudiado la relación entre el control de síntomas (en pacientes que los presentaron) respecto al seguimiento apropiado del control de la FC. Así el control de síntomas en pacientes que no siguen control de FC (N= 828) las diferencias entre el G1 y

el G4 se acentuaron (79,8% vs. 6%; $p<0,001$; OR= 61,78) y rozó la significación al enfrentar al G3 (79,8% vs. 72,5%; $p=0,057$; OR= 1,5 [0,99-2,28]) como puede apreciarse en el intervalo de confianza. En cambio se mantuvieron las diferencias en el grupo en el que sí se siguen control de FC (N= 1.321) tanto al enfrentar al G1 (68,9% vs. 14,5%; $p<0,001$; OR= 13) como al G3 (68,9% vs. 55,1%; $p<0,001$; OR= 1,8).

El análisis multivariante muestra que son las palpitaciones y el dolor los síntomas que más fácilmente se resuelven (OR ajustadas de 2,67 y 1,96); la ausencia de insuficiencia cardíaca se mostró como predictor independiente de control de síntomas (ORa= 1,55). El control de la FC (ORa= 1,53) y el tratamiento cardioversor (ORa= 1,44) fueron las actitudes terapéuticas que más consiguieron yugular la sintomatología.

Al analizar el tratamiento profiláctico para ETEA, excluyendo a los pacientes que ya estaban anticoagulados (en el G4 lo estaban en el 61,2% y G1,3,4 el 53,3%) y sin contraindicaciones (N= 2.078), los porcentajes de profilaxis de ETEA fue significativamente superior en el G4 (78,7%) que en el resto (G1: 40,7% y G3: 64%; OR de 4,9 y 1,9 respectivamente; $p<0,001$). Al restringir en aquellos pacientes con criterios mayores se marcan más las diferencias entre G1 (34,5%) y el resto de estudios (G3: 68% y G4: 79,2%), persistiendo las diferencias entre el G4 y G1 (OR= 7,2; $p<0,001$) y desapareciendo con G3 ($p=0,28$).

Podemos concluir por tanto, que la aplicación de las recomendaciones del Consenso sobre el manejo de la FA constituye un instrumento útil para conseguir un adecuado alivio de los síntomas y establecer una correcta profilaxis de los eventos tromboembólicos en el elevado número de pacientes con FA que acuden diariamente a los servicios de urgencias.

SUMARIO

- * Editorial
- * De la teoría a la práctica
- * Opinión del experto

Beneficios de la aplicación del consenso SEMES-SEC sobre la fibrilación auricular (I): Control del ritmo y control de frecuencia

La actuación ante los pacientes con fibrilación auricular (FA) que acuden a los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) es trascendental, debido a su alta prevalencia y relevante morbimortalidad que asocia. Sin embargo, en nuestro medio es evidente el manejo heterogéneo, y en ocasiones inadecuado, de la FA en los SUH tanto en aspectos clínicos como cuestiones organizativas (circulación y destino de los pacientes, coordinación con otros niveles asistenciales, etc). Por ello, se hicieron necesarias estrategias concretas y coordinadas de actuación, las denominadas guías de práctica clínica (GPC) que, sin embargo, no siempre tienen en cuenta las características específicas de los diferentes ámbitos asistenciales ni hacen recomendaciones concretas para las situaciones clínicas habituales en los SUH, lo cual repercute y dificulta su aplicación en la práctica diaria. Para solventar este problema, las secciones científicas de arritmias de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) y de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) elaboraron un documento de consenso en el manejo de la FA que contiene unas pautas generales de manejo de la arritmia basadas en la evidencia científica, hasta

ahora publicada y aplicables a la mayoría de los SUH de nuestro país (Emergencias 2002;14:243-261).

El Grupo de Arritmias Cardíacas de la SEMES quiso valorar si era posible adecuar las recomendaciones del documento de consenso a los SUH de nuestro medio y analizar los posibles beneficios de la implementación del mismo en el manejo, pronóstico y mejora clínica de los pacientes en FA. Para ello diseñó y realizó un estudio prospectivo multicéntrico de casos-controles desarrollado en 20 SUH durante el año 2003 (GEFAUR-4).

Así, en cuanto al tratamiento para el control de la frecuencia cardíaca (considerada si era superior a 100 en reposo), este estudio muestra un aumento significativo tanto en el número de pacientes tratados como en la efectividad de los fármacos administrados además de aumentar la instauración de tratamiento al alta o ingreso. Se evidenció además una mejor adecuación terapéutica al incrementarse el uso de los fármacos más efectivos y que permiten un mejor pronóstico y calidad de vida (betabloqueantes o calcioantagonistas) frente a digoxina, utilizada más en casos de insuficiencia cardíaca o disfunción. Respecto al control del ritmo, aumentó el porcentaje de pacientes en los que se valoró la necesidad de restaurar el ritmo sinusal considerando una evolución de la FA inferior a 48 horas, tanto en pacientes sin cardiopatía significativa, en los que se utilizó preferentemente flecainida, como en los que tenían una cardiopatía, tratados mayoritariamente con amiodarona. Todos estos cambios no suponen un aumento del tiempo de estancia ni del número de ingresos. Por último, se detecta un adecuado seguimiento de las recomendaciones en la mayoría de los pacientes, sin que fueran necesarias medidas especiales para su implementación en los distintos SUH.

En resumen, con el documento de consenso de actuación ante la FA se consigue adecuar las GPC a los SUH de nuestro entorno e implementar éstas, lo cual es deseable, ya que consigue un manejo más adecuado, proporciona un mejor control de los síntomas (ver siguiente capítulo) y contribuye a proporcionar un mejor pronóstico y calidad de vida para éstos pacientes.

MANUEL CANCIO FANLO.

JEFE DE SECCIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL DONOSTIA, SAN SEBASTIÁN. VOCAL GRUPO ARRITMIAS CARDÍACAS SEMES.

Factores a considerar antes de intentar cardiovertir una FA

A favor de intentar la cardioversión

- Primer episodio de FA
- Antecedentes de FA paroxística y no de persistente o de permanente
- FA secundaria a una enfermedad transitoria o corregible (hipertiroidismo, postcirugía, fármacos, sustancias de abuso, síndrome febril, etc.)
- FA que produce sintomatología grave/limitante (ángor, insuficiencia cardíaca, síncope, mala tolerancia subjetiva)
- Elección del paciente

En contra de intentar la cardioversión

- Alta probabilidad de recurrencia precoz o tardía:
 - Duración de la arritmia > de 1 año
 - Antecedente de ≥ 2 cardioversiones eléctricas previas o de fracaso de ≥ 2 fármacos antiarrítmicos para mantener el ritmo sinusal
 - Recaída precoz de la arritmia (<1 mes) tras la cardioversión
 - Valvulopatía mitral
 - Aurícula izquierda severamente dilatada (>55 mm)
- Rechazo del paciente

Buzón de sugerencias

Quisiéramos contar con tu opinión para la elaboración de los siguientes números, por favor escríbenos con sugerencias y temas interesantes. Muchas gracias por tu colaboración. E-mail: boletin.semes@semes.org