

¿Qué hacemos cuando nuestro paciente con fibrilación auricular está inestable?

Si el paciente presenta inestabilidad hemodinámica en la que la fibrilación auricular puede estar jugando un papel, se debe tratar de terminarla de forma inmediata mediante la cardioversión eléctrica¹.

¿Qué entendemos por inestabilidad hemodinámica?

Se define como una caída sintomática de la presión arterial de 30 mmHg o bien cifras inferiores a 90/50 mmHg que se asocian con disfunción orgánica. Ésta, a su vez, se corresponde con angina intensa, insuficiencia cardíaca grave, compromiso de la perfusión periférica, deterioro de la función renal con oligoanuria, disminución del nivel de conciencia o la aparición de acidosis láctica.

La fibrilación auricular puede ser la responsable de la inestabilidad hemodinámica, sobre todo cuando la frecuencia cardíaca es elevada. Con frecuencias por debajo de 100 lpm es más raro que la produzca, a menos que existan condiciones subyacentes como una miocardiopatía hipertrófica o en la estenosis mitral en las que la contracción auricular resulta crítica.

Sin embargo la inestabilidad hemodinámica puede deberse a otras causas y la fibrilación auricular ser un acompañante.

Características de los pacientes con fibrilación auricular e inestabilidad hemodinámica

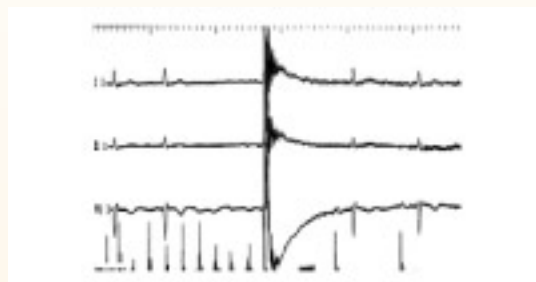
La inestabilidad hemodinámica es un cuadro clínico de la fibrilación auricular infrecuente en los servicios de urgencias hospitalarios. En 2550 episodios de fibrilación auricular recogidos en diferentes etapas (estudios GEFAUR 1, 2 y 3) en los servicios de urgencias hospitalarios de la Comunidad de Madrid, se consideró que el paciente estaba hemodinámicamente inestable en 4,5% de los casos.

En estos pacientes aparecía más frecuentemente cardiopatía estructural (63%), cardiopatía isquémica (37%), insuficiencia cardíaca (34%), origen extracardiaco de la fibrilación auricular (8%) y frecuencia cardíaca elevada (64%). El motivo de consulta más frecuente fue: disnea (50%) y síncope (10%).

En el 33% de los casos se consideró que el origen de la inestabilidad hemodinámica eran enfermedades extracardiacas: 56% sepsis, 8% hipertiroidismo, 7% tromboembolismo pulmonar y 7% hipoxemia.

Estrategias de manejo empleadas por los médicos de urgencias en los pacientes con fibrilación auricular e inestabilidad hemodinámica

Siguiendo con los datos de los estudios GEFAUR 1, 2 y 3, en este grupo de pacientes se aplican más las



estrategias de manejo de la fibrilación auricular: se realiza más frecuentemente el control de la frecuencia cardíaca (50% vs 31%), con un mayor uso de calcioantagonistas (21% vs 11%). Se anticoagula más (72% vs 58%) y se cardiovierte más (20% vs 8%) con un mayor uso de la cardioversión eléctrica (18% vs 7%), pero también de la amiodarona (90% vs 45%). Tanto el control de la frecuencia cardíaca (68% vs 18%) como la cardioversión (35% vs 15%) se realizan más frecuentemente si la frecuencia cardíaca supera los 100 lpm. Curiosamente no se aplican estrategias terapéuticas frente a la fibrilación auricular en las frecuencias inferiores a 60 lpm aunque exista inestabilidad.

Tomando todas las variables en cuenta, la decisión de cardiovertir a los pacientes inestables hemodinámicamente se asocia con la existencia de hipertensión, con la duración de la fibrilación inferior a 48 horas, la clínica de ángor, la presencia de disnea y el sexo varón.

Cuando la inestabilidad está relacionada con la fibrilación auricular se consigue más frecuentemente el alivio de los síntomas (55% vs 35%). La mortalidad en los servicios de urgencias es sólo del 6,25% (50% atribuible a enfermedades no cardíacas), sin diferencias entre las distintas estrategias.

Conclusión

Aunque la cardioversión eléctrica es la mejor estrategia de manejo en la mayoría de los pacientes inestables, el control de la frecuencia cardíaca podría ser una alternativa aceptable en la fibrilación auricular secundaria a enfermedades extracardiacas y cuando existen escasas posibilidades de restaurar el ritmo sinusal (dilatación aurícula izquierda, fibrilación auricular de larga duración, múltiples intentos previos, etc.). Es preciso replantearnos porqué en la toma de decisiones acerca de la cardioversión la variable "ser varón" alcanza peso específico.

1. Martín Martínez A, Merino Llorens JL, del Arco Galán C, Martínez Alday J, Laguna del Estal P, Arribas Ynsaurriaga F, et al. Guías para el manejo de la fibrilación auricular en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias* 2002;14:243-61.

CARMEN DEL ARCO GALÁN

SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. SECRETARIA, GRUPO ARRITMIAS CARDÍACAS SEMES.