

Caso clínico

Mujer de 62 años, hipertensa en tratamiento con enalapril, que acude a un servicio de urgencias hospitalario (SUH) por palpitaciones. La paciente estaba asintomática hasta 12 horas antes cuando de repente nota palpitations y malestar inespecífico en tórax. En la exploración física realizada; tensión arterial (TA) 140/85 mm Hg, frecuencia cardiaca (FC) 178 lpm, saturación basal de O₂ 96% y temperatura 36,6°C, siendo el resto de la exploración rigurosamente normal. En el ECG realizado se aprecia una fibrilación auricular (FA) con QRS estrecho a 182 lpm con alteraciones difusas de la repolarización y la radiografía de tórax (Rx) es normal.

Los objetivos que debemos perseguir en un paciente con FA son:

- Control de la respuesta ventricular
- Restauración del ritmo sinusal
- Profilaxis del tromboembolismo arterial

Con la consecución de dichos objetivos controlamos la sintomatología y evitamos complicaciones cardíacas y trombóticas. Para decidir la estrategia de manejo hay tres cuestiones que debemos responder inicialmente. La primera de ellas es: ¿Existen datos de inestabilidad hemodinámica?. Si la respuesta es afirmativa y consideramos que la FA es la causante, debemos proceder a cardioversión (CV) eléctrica sincronizada. La segunda cuestión que debemos responder es: ¿Tiene el paciente una cardiopatía estructural significativa? La respuesta va a condicionar tanto la decisión de restaurar el ritmo sinusal (RS) como la elección de fármacos antiarrítmicos. Esta es una de las cuestiones más incómodas para los médicos de urgencias porque pueden afectar a la seguridad del paciente (fármacos grupo Ic, inotropos negativos) y porque el ecocardiograma (ECO) frecuentemente no está disponible. La respuesta debe basarse en la anamnesis y exploración además de exploraciones básicas como el ECG y la Rx sin que sea imprescindible el ECO. La tercera cuestión primordial hace referencia a la duración de la FA: ¿Lleva menos de 48 horas de evolución? Salvo que el paciente esté ya anticoagulado o que dispongamos de ECO transesofágico, es crucial averiguar este dato para minimizar el riesgo tromboembólico. Ante la duda debemos asumir que la FA lleva más de 48 h y proceder a centrarnos en el control de la respuesta ventricular y en instaurar profilaxis antitrombótica.

En el caso expuesto arriba no existe inestabilidad hemodinámica y a pesar de la existencia de HTA tampoco hay datos que sugieran la existencia de una cardiopatía estructural significativa ya que incluso una hipertrofia ventricular izquierda moderada (≤ 14 mm) no se considera cardiopatía significativa. Con respecto al tiempo de evolución de la FA, existe una sintomatología de inicio repentino claramente delimitada en el tiempo (palpitaciones) por lo que podemos asegurar que el debut de la FA se produjo 12 horas antes de acudir al SUH.

Una vez aclaradas las cuestiones previas procederemos a controlar la respuesta ventricular con el objetivo inicial de conseguir una FC en reposo menor de 100 pm aunque lo ideal, sobre todo como objetivo a largo plazo sería una FC 60-80 pm. La paciente no

tiene signos de insuficiencia cardíaca por lo que procederemos directamente a controlar la FC. El perfil de la paciente no restringe la utilización de ningún grupo farmacológico, siendo el diltiacem y los betabloqueantes los fármacos más eficaces para frenar la RVM aunque no deben asociarse. El uso extendido de digoxina no está justificado salvo en casos de insuficiencia cardíaca, ya que su eficacia es limitada comparada con calcioantagonistas y betabloqueantes sobre todo en casos de descarga adrenérgica (fiebre, hipertiroidismo, postquirúrgica, embolia pulmonar, fármacos...). El diltiacem es un fármaco ideal en los SUH por su rapidez, eficacia, facilidad de dosificación y menor efecto inotrópico negativo que el verapamil y los betabloqueantes, además de tener menos contraindicaciones. En el caso de que no se consiga reducir la FC con diltiacem o betabloqueantes podemos asociar digoxina.

Una vez controlada la FC nos debemos plantear la restauración del RS ya que es primer episodio de FA y de < 48 h de evolución. Debemos alcanzar este objetivo antes de que la FA dure más de 48 h. Al no existir cardiopatía significativa las probabilidades de éxito son mayores incluso sin intervención farmacológica, pero en un SUH la disponibilidad de tiempo y espacio puede condicionar la actitud; de esta forma, una opción segura, eficaz y rápida es la administración de 300 mg de flecainida por vía oral, con un porcentaje de éxito cercano al 90% a las 8 h de la administración. Mantendremos a la paciente en observación 4 horas procediendo al alta independientemente de que se haya restaurado o no el RS. Sólo en caso de que no hayamos controlado la sintomatología o que haya complicaciones indicaremos el ingreso de la paciente. Si persiste la FA debemos citar a la paciente para constatar el paso a RS o proceder a CV eléctrica antes de que pasen 48 horas del inicio del episodio. El tratamiento antiarrítmico de mantenimiento no estaría indicado salvo en caso de FA recurrente o mal tolerada.

Con respecto a la tromboprofilaxis, cuando la FA < 48 h no es necesario anticoagular al paciente porque el riesgo embolígeno es despreciable salvo que exista un antecedente cardioembólico o una valvulopatía mitral.

En resumen, con una anamnesis y exploración adecuada y unas exploraciones complementarias básicas podemos manejar adecuadamente a un paciente con FA con un margen de seguridad amplio y con eficacia terapéutica, sin que sea preciso el ingreso en la mayoría de los casos.

Bibliografía

Martín A (Coordinador SEMES*), Merino JL (Coordinador SEC**), del Arco C*, Martínez J**, Laguna P*, Arribas F**, Gargantilla P*, Tercedor L*, Hinojosa J* y Mont L**. Panel del Consenso del Grupo de Arritmias de la Sociedad Española de la Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES*) y la Sección de Electrofisiología y Arritmias de la Sociedad Española de Cardiología (SEC**). Guías para el manejo de la fibrilación auricular en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias* 2002;14:243-61.

AGUSTÍN
LOZANO ALCÍN.

SERVICIO DE
URGENCIAS,
HOSPITAL VIRGEN
DEL CAMINO,
PAMPLONA.
VOCAL GRUPO
ARRITMIAS
CARDÍACAS