

Cardioversión precoz o diferida en la fibrilación auricular de nuevo comienzo

Elena Sufrate Sorzano, Cardiología, Hospital San Pedro, Logroño.

PALABRAS CLAVE: Cardioversión precoz, cardioversión diferida, fibrilación auricular de reciente comienzo, restitución de ritmo sinusal

KEYWORDS: *Early Cardioversión, Delayed Cardioversion, Recent-Onset Atrial Fibrillation, sinus rhythm restoration.*

Especialidades: Anestesiología, analgesia y sedación, Calidad y política sanitaria, Cardiovascular, Medicina Intensiva, Medicina General, Urgencias

Enlace revista original: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1900353>

ABSTRACT

En los pacientes que acuden a urgencias con fibrilación auricular de nuevo comienzo, la estrategia de control de frecuencia y cardioversión diferida dentro de las 48 h iniciales, no es inferior a realizar una cardioversión precoz, a la hora de obtener ritmo sinusal a las 4 semanas.

Among patients who presented to the emergency department with recent-onset, symptomatic atrial fibrillation, a delayed cardioversion strategy was noninferior to early cardioversion in obtaining sinus rhythm at 4 weeks.

ARTÍCULO

Se trata de un estudio multicéntrico, randomizado, no ciego, con diseño de no inferioridad para valorar dos estrategias de manejo en urgencias de pacientes con fibrilación auricular sintomática de nuevo comienzo.

Unos 219 pacientes se aleatorizaron al grupo “cardioversión precoz” (CV-P) que se llevaba a cabo inmediatamente tras ingresar en urgencias. La mayoría eran cardioversiones farmacológicas y con flecainida o, si era preciso, CV eléctrica. Otros 218 enfermos, fueron asignados a “cardioversión diferida” (CV-D), que consistía en el control de respuesta ventricular con beta-bloqueantes, antagonistas del calcio o digoxina y, una vez estables, eran dados de alta y citados para realizar ECG poco antes de cumplir 48 h de evolución de la arritmia y, si ésta persistía, se realizaba cardioversión.

La media de edad de los participantes fue 65 años, 40% mujeres y 44% el primer episodio de fibrilación auricular. Las palpitaciones fueron la sintomatología más frecuente (87%).

El objetivo principal a estudio es la presencia de ritmo sinusal en la valoración a las 4 semanas y fue similar en ambas estrategias (94% en CV-P vs 91% en CV-D, $p < 0.005$). El porcentaje de pacientes asignados a CV-D que revirtieron espontáneamente dentro de las 48 h iniciales fue del 69%. La tasa de complicaciones cardiovasculares fue baja y similar en ambos grupos.

COMENTARIO

Los pacientes que acuden a urgencias por fibrilación de auricular de nuevo comienzo, son sometidos en la gran mayoría de los casos a cardioversión farmacológica o eléctrica inmediata para restablecer el ritmo sinusal. Sin embargo observamos que, con frecuencia, la arritmia revierte espontáneamente dentro de las primeras 48 h, por lo que una estrategia de control de respuesta ventricular y demorar cardioversión puede evitar estancias prolongadas en urgencias y la sobreactuación terapéutica en algunos pacientes.

El estudio RACE 7 ACWAS (Rate Control versus Electrical Cardioversion Trial 7-Acute Cardioversion versus Wait and See) se diseñó para arrojar luz sobre esta hipótesis y, según los resultados, podemos concluir: uno, no hay diferencias significativas en la obtención de ritmo sinusal a las 4 semanas; dos, que un alto porcentaje (69%) de pacientes revierte espontáneamente; tres, que se reduce la estancia en urgencias, así como la sobreactuación terapéutica; cuatro, no hay diferencias tampoco en las muy eventuales complicaciones terapéuticas entre las dos estrategias. Por otra parte, en el estudio se documenta una recurrencia de la arritmia en el primer mes de al menos un tercio de los pacientes, independientemente del grupo asignado.

En resumen, en los pacientes que acuden a urgencias con fibrilación auricular de nuevo comienzo, la estrategia de control de respuesta ventricular y diferir cardioversión no es inferior a realizar una cardioversión inmediata en cuanto a presentar ritmo sinusal a las 4 semanas.