

c. Manejo de FA en emergencias

Pregunta 9: En pacientes con FA de presentación aguda, ¿se debería realizar cardioversión eléctrica de emergencia?

Conceptos previos:

La fibrilación auricular (FA) es una causa muy común de presentación aguda en el hospital, ya sea como un diagnóstico primario descompensado o como producto de una complicación de otra comorbilidad. Este grupo de pacientes denominado 'FA Aguda inestable' generalmente se define como pacientes con síntomas relacionados (palpitaciones, hipotensión, etc.) de duración menor a 48 horas (28).

Podemos considerar dos escenarios: 1) cuando la FA es de nueva aparición, esto se define como un paciente con fibrilación auricular cuyos síntomas son nuevos y se sospecha que el episodio de FA comenzó < 48 h antes de la presentación; 2) la presentación aguda puede deberse a un deterioro del control de la frecuencia ventricular en pacientes con FA persistente o permanente preexistente. Típicamente, los pacientes tendrán una respuesta ventricular rápida, ya que es este fenómeno el responsable de la mayoría de sus síntomas y de su presentación aguda(61).

Las estrategias de manejo variarán según las circunstancias clínicas. Para decidir cuál es le mejor abordaje terapéutico se debe considerar lo siguiente: 1) el estado hemodinámico del paciente, 2) si la FA es probable que sea un evento primario, 3) la duración de la FA y el consiguiente riesgo tromboembólico si el ritmo sinusal se restablece de forma aguda, 4) las comorbilidades asociadas y si el tratamiento de estas mejorará el control de la frecuencia o la probabilidad de restablecer y mantener el ritmo sinusal (61).

En ambos escenarios es esencial que la estrategia de manejo general aborde y trate las comorbilidades asociadas y otros trastornos fisiológicos concurrentes, ya que el manejo de la frecuencia o el ritmo de forma aislada es poco probable que sea efectivo.

Las estrategias principales son el control de la frecuencia cardiaca y la restauración del ritmo cardíaco. Dicha elección del ritmo o las estrategias de control de frecuencia se realizarán sobre bases clínicas. La base de evidencia para las dos estrategias se considera por lo tanto por separado. Para el control del ritmo, se consideran enfoques eléctricos y farmacológicos; para el control de la frecuencia, solo los enfoques farmacológicos son relevantes.

Pregunta PICO abordada en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó la siguiente pregunta PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente / Problema	Intervención / Comparación	Desenlaces
1	Pacientes con FA de presentación aguda	Cardioversión eléctrica	Mortalidad, Calidad de vida

Búsqueda de RS:

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de GPC que tengan RS (**Anexo N° 1**) y de RS publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**), como se detalla en la sección de métodos.

Se encontró la RS de Cohn (2013) que evaluó el uso de cardioversión eléctrica para el control del ritmo en pacientes con FA y síntomas agudos.

A continuación, se resumen las características de las RS encontrada:

RS	Puntaje en AMSTAR 2	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Número de estudios que responden la pregunta de interés
Cohn (2013)	8	Diciembre 2013	5 observacionales

- Control del ritmo Cardíaco:
 - Para este desenlace se contó con una RS: Cohn (2013), la cual se tomó como referencia para resolver la pregunta por ser la única RS encontrada.
 - El GEG-Local no consideró necesario actualizar la RS debido a que se consideró que no se habían realizado estudios relevantes desde dicha fecha.
 - Resumen de la evidencia:
 - La RS de Cohn (2013) realizó una revisión sistemática de estudios observacionales (n=1593) sobre el uso de cardioversión eléctrica en emergencia, en pacientes con FA hemodinámicamente inestable. Halló una tasa de control de ritmo cardíaco de 85.5% a 97%. Debido a que la evaluación se realizó en escenarios de emergencia, no se tuvo un comparador para evaluar su eficacia con respecto a otras intervenciones.

- Efectos adversos:
 - Para este desenlace se contó con una RS: Cohn (2013), la cual se tomó como referencia para resolver la pregunta por ser la única RS encontrada.
 - El GEG-Local no consideró necesario actualizar la RS debido a que se consideró que no se habían realizado estudios relevantes desde dicha fecha.
 - Resumen de la evidencia:
 - La RS de Cohn (2013) realizó una revisión sistemática de estudios observacionales (n=1593) sobre el uso de cardioversión eléctrica en emergencia. Halló una tasa de eventos adversos de 0.06% (1 evento de stroke). Debido a que la evaluación se realizó en escenarios de emergencia, no se tuvo

un comparador para evaluar su seguridad con respecto a otras intervenciones.

Balance beneficios/riesgos y Certeza de la evidencia:

- **Conclusión:** La cardioversión eléctrica genera un adecuado control del ritmo en pacientes con FA de presentación aguda, además con pocos eventos adversos relacionados (Certeza de la evidencia: **muy baja, Anexo N° 4**)

Valoración de los desenlaces por los pacientes: El GEG-Local consideró que los desenlaces priorizados para esta pregunta serían relevantes para los pacientes.

Preferencias de los pacientes/familiares: El GEG-Local consideró que:

- **Conclusión:** los pacientes/familiares preferirían el uso la cardioversión eléctrica debido a que es un tratamiento rápido y disponible en escenarios de emergencia.

Aceptabilidad de los profesionales de la salud: El GEG-Local consideró que:

- **Conclusión:** Los médicos especialistas aceptarían con facilidad el uso de cardioversión eléctrica, debido a que es una intervención habitual en emergencias cardiovasculares.

Factibilidad: El GEG-Local consideró que:

- **Conclusión:** La cardioversión eléctrica es factible debido a la disponibilidad en las unidades de emergencia de la institución.

Uso de recursos: El GEG-Local consideró que:

- **Conclusión:** El uso de la cardioversión eléctrica es una intervención que permitiría ahorro de recursos a largo plazo, debido que al tratar precozmente una FA de presentación aguda, se podría evitar los gastos relacionados a la discapacidad producida por sus complicaciones.

Dirección y fuerza de la recomendación:

- **Dirección de la recomendación:** Considerando que el uso de cardioversión eléctrica presenta una alta tasa de respuesta y baja tasa de eventos adversos, se decidió formular una recomendación **a favor del uso de cardioversión eléctrica de emergencia.**
- **Fuerza de la recomendación:** Considerando que la Certeza de la evidencia fue muy baja, pero que es una intervención aceptable por pacientes y especialistas, factible, permite ahorro de recursos a largo plazo, y es la única intervención disponible para este grupo de pacientes en riesgo de muerte, se decidió emitir una recomendación **fuerte.**

Planteamiento de puntos de buena práctica clínica:

1. El GEG-Local consideró importante evaluar la cardioversión guiada por ecocardiografía transesofágica (ETE) en emergencias, cuando la FA tenga más de 48 horas de duración y el paciente se encuentre hemodinámicamente estable. Al igual que lo mencionado en la pregunta 7, se sabe que no hay

diferencia en la tasa de recuperación de ritmo, riesgo de eventos tromboembólicos y mortalidad por todas las causas en pacientes sometidos a cardioversión eléctrica no guiada por ETE y aquella guiada por ETE (57). Por estos motivos, el GEG-Local decidió sugerir considerar el uso de ETE para estos casos siempre que haya personal capacitado e infraestructura adecuada.

Recomendaciones y puntos de buena práctica clínica:

Recomendación:

1. En pacientes con FA con respuesta ventricular rápida en quienes se detecte inestabilidad hemodinámica, recomendamos usar cardioversión eléctrica de emergencia.

Recomendación fuerte a favor

Certeza de la evidencia: muy baja

Puntos de buena práctica clínica:

2. En pacientes con FA de más de 48 horas de duración que se encuentren hemodinámicamente estables, en quienes se considere estrategia de control de ritmo, considerar la realización de cardioversión guiada por ecocardiografía transesofágica (ETE).