

EDITORIAL

Fibrilación auricular rápida, cardioversión rápida, regreso a casa rápido*Rapid atrial fibrillation, rapid cardioversion, rapid return home*

Jennifer L. White, Judd E. Hollander

Si el mejor tratamiento para la fibrilación auricular (FA) es el control de la frecuencia o el control del ritmo es un tema controvertido. El mensaje del ensayo clínico titulado "A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation"¹ de que el control de la frecuencia no es inferior al control del ritmo ha sido cuestionado y estudios subsiguientes han demostrado la seguridad y la eficacia de un primer enfoque hacia el control del ritmo. De todas maneras, la práctica varía ampliamente y el algoritmo para la gestión de la FA de inicio agudo abarca un rango de estrategias que incluyen "esperar y ver" (ya que la mayoría de los pacientes recuperan el ritmo sinusal en 48 horas), una cardioversión anticipada frente a una tardía, una cardioversión farmacológica frente a una eléctrica, o el ingreso para control de frecuencia o ecocardiografía transesofágica seguida de una cardioversión durante la hospitalización^{2,3}. Los argumentos para el control de ritmo y el alta son pragmáticos y centrados en el paciente, e intentan promover el control de síntomas, evitar la hospitalización y reducir el tiempo en situación de FA⁴. De todos modos, la mayor preocupación es la seguridad de esta perspectiva, sobre todo el riesgo de precipitar un ictus⁵.

En este número de EMERGENCIAS, el grupo de investigación Arritmias Cardíacas-SEMES nos añade conocimiento. Martín *et al.* exponen un estudio prospectivo observacional multicéntrico a corto término que evalúa la eficacia de un primer método de control de ritmo para la FA de reciente aparición⁶. En el estudio se seleccionó a 337 pacientes consecutivos que se presentaron en 124 servicios de urgencias en España con una FA de menos de 48 horas de duración. El primer objetivo era la conversión al ritmo sinusal, hecho que ocurrió en el 82% de la cohorte. Los objetivos secundarios incluían la duración del ingreso en el servicio de urgencias, los síntomas en el momento del alta médica y la seguridad definida por los eventos adversos en el servicio de urgencias. De todos los pacientes del estudio, 26 recibieron un enfoque inicial eléctrico, mientras que 311 (92%) recibieron un enfoque inicial farmacológico. El proveedor del tratamiento podía elegir el fármaco que

se utilizaría, que fue la amiodarona, la flecainida o la propafenona. Hubo 26 pacientes que fallaron el enfoque inicial farmacológico y que fueron tratados con cardioversión eléctrica.

Este es el primer estudio de este tipo en la región. La información recopilada ayuda a aumentar la base de conocimiento sobre la gestión de la FA en el servicio de urgencias y hace surgir nuevas cuestiones a resolver. La elección del fármaco inicial, que no fue dirigida por un protocolo, fue distinta a la de otros estudios multicéntricos. Esto puede depender de la región geográfica o de las comorbilidades de los pacientes, con opciones como procainamida, flecainida, propafenona, ibutilida, amiodarona o vernakalant⁵⁻⁷. En este estudio, la amiodarona fue el fármaco predilecto y se usó en 194 de 311 pacientes (62%). A pesar de la predilección por este fármaco, los pacientes que lo recibieron tuvieron menos conversiones al ritmo sinusal en el momento del alta (relación de probabilidades de 0,442) y estuvieron más frecuentemente ingresados durante 24 horas o más (relación de probabilidades de 2,7). Podemos decir, por lo tanto, que este estudio evidencia la inconsistencia entre la práctica clínica y las pautas en la región estudiada. Dichas pautas recomiendan restringir el uso de amiodarona a aquellos pacientes con enfermedades cardíacas estructurales dado el retraso en la aparición de los efectos antiarrítmicos.

Otras regiones toman enfoques diferentes. El fármaco vernakalant, por ejemplo, ha sido aprobado en Canadá, pero su uso no se ha extendido fuera de ese país. Stiell *et al.*, en el Protocolo Agresivo de Ottawa⁸, encontraron que la procainamida estaba asociada a un índice inicial de conversión del 58% y tenía menos efectos adversos que la amiodarona. De todos modos, desde la publicación del Protocolo Agresivo de Ottawa, los autores optaron por desviarse hacia un primer enfoque eléctrico, cosa que resultó en una mejora de la eficacia, a la vez que en un mantenimiento de un índice de efectos adversos bajo⁹.

El informe HERMES-AF que aquí se publica no abordó los efectos adversos que aparecieron después del alta. Tampoco se estratificó el riesgo basado en el marcador

Filiación de los autores: Department of Emergency Medicine, Sidney Kimmel Medical College of Thomas Jefferson University, Philadelphia, USA.

Autor para correspondencia: Jennifer L. White. Department of Emergency Medicine. Thompson Building, Suite 1651. Thomas Jefferson University Hospital. 1020 Sansom Street. Filadelfia, PA 19107, EE.UU.

Correo electrónico: jennifer.white2@jefferson.edu

Información del artículo: Recibido: 22-3-2019. Aceptado: 25-3-2019. Online: 1-7-2019.

Editor responsable: Óscar Miró.

Nota del editor: El artículo fue enviado en inglés por los autores, y fue evaluado y aceptado en dicho idioma. La presente versión ha sido traducida al español por el equipo editorial de EMERGENCIAS.

CHADS2 ni se comenta el cumplimiento de la anticoagulación en el momento del alta, como recomiendan las pautas AHA/ACC/HRS/ESC. Por lo tanto, no se puede evaluar la seguridad de su enfoque^{10,11}. Aunque otros estudios tampoco estratificaron el riesgo por adelantado ni empezaron el tratamiento anticoagulante oral en el servicio de urgencias, sí pusieron atención a la seguridad a largo término para poder llevar a cabo el método de control del ritmo¹². Las pautas apoyan el uso de los anticoagulantes durante al menos 4 semanas si se ha restablecido el ritmo sinusal porque muchos pacientes no tendrán un seguimiento cardiológico en este periodo¹³. El uso de la telemedicina puede incrementar el cumplimiento y la adherencia a las pautas¹⁴.

Con la creciente adopción en muchos países de un primer enfoque de control de ritmo para aquellos pacientes con FA rápida, se deberían estandarizar pautas específicas que aborden el tiempo³, la elección del agente farmacológico frente a un primer enfoque eléctrico, la selección apropiada de pacientes y la iniciación de los tratamientos anticoagulantes orales¹⁵. Los próximos pasos en el manejo de la FA aguda incluyen el implemento de tecnología portátil para la detección de FA aparejado con el uso de la telemedicina para realzar el cumplimiento de la anticoagulación. El uso creciente de móviles inteligentes y tecnología portátil, que permiten el autodiagnóstico de la FA, puede ser útil. Mientras que los datos apoyan el uso del método de control de ritmo para un grupo seleccionado de pacientes de bajo riesgo que presentan síntomas en el servicio de urgencias tras menos de 48 horas de inicio de la FA, hay estudios que cuestionan la fiabilidad del autodiagnóstico de FA. Según estudios con Holter implantable subcutáneo o monitorización cardiaca a largo término, los pacientes no saben cuándo están padeciendo una FA, y eso implica que sería difícil determinar si la FA ha tenido un inicio reciente o su desarrollo ha empezado en las últimas 48 horas¹⁶. De todos modos, el grupo de pacientes con síntomas agudos con alivio de los mismos puede representar una cohorte autoseleccionada de pacientes más jóvenes y por otra parte sanos, en los que se puede distinguir mejor el inicio de la FA. La tecnología portátil y las aplicaciones para teléfonos inteligentes que pueden detectar la FA apoyan esta idea¹⁷. A pesar de la preocupación de que el inicio reciente de la FA pueda ser una etiqueta inexacta, los pacientes incluidos en este y en otros estudios prueban que el primer enfoque de control de ritmo funciona. Los pacientes que son tratados con este enfoque tienen un restablecimiento del ritmo sinusal en el servicio de urgencias, evitan la hospitalización y no tienen un riesgo aumentado de efectos adversos a corto o largo término. Este estudio añade evidencias al hecho de que usar un enfoque centrado en el paciente al gestionar la FA facilita la rápida recuperación del ritmo sinusal y el alta, con un retorno temprano a las actividades normales.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

Contribución de los autores: Todos los autores han confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Financiación: Los autores declaran la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

Responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares

Bibliografía

- Wyse DG, Waldo AL, DiMarco JP, Domanski MJ, Rosenberg Y, Schron EB, et al. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2002;347:1825-33.
- Vinson DR, Hoehn T, Graber DJ, Williams TM. Managing emergency department patients with recent onset atrial fibrillation. *J Emerg Med.* 2012;42:139-48.
- Pluymaekers N, Dudink E, Luermans J, Meeder JG, Lenderink T, Widdershoven J, et al. Early or delayed cardioversion in recent-onset atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2019;380:1499-508.
- Taylor DM, Aggerwall A, Carter M. Management of new onset atrial fibrillation in previously well patients less than 60 years of age. *Emerg Med Australas.* 2005;17:4-10.
- Andrade JG, Verma A, Mitchell LB, Parkash R, Leblanc K, Atzema C, et al. 2018 focused update of the Canadian Cardiovascular Society guidelines for the management of atrial fibrillation. *Can J Cardiol.* 2018;34:1371-92.
- Martín A, Coll-Vinent B, Suero C, Fernández-Simón A, Sánchez J, Varona M, et al. Benefits of rhythm control and rate control in recent-onset atrial fibrillation: the HERMES-AF study. *Acad Emerg Med.* 2019 (en prensa).
- Del Arco Galán C. [Drugs, permanent atrial fibrillation, and secondary problems] Spanish. *Emergencias.* 2016;28:71-2.
- Stiell IG, Clement CM, Perry JJ. Association of the Ottawa aggressive protocol with rapid discharge of emergency department patients with recent onset atrial fibrillation or flutter. *CJEM.* 2010;12:181-91.
- Stiell IG, Healey JS, Cairns JA. Safety of urgent cardioversion for patients with recent-onset atrial fibrillation and flutter. *Can J Cardiol.* 2015;31:239-41.
- Gorenk B, Pelliccia A, Benjamin EJ, Boriani G, Crijns HJ, Fogel RI, et al. European Heart Rhythm Association (EHRA)/European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (EACPR) position paper on how to prevent atrial fibrillation endorsed by the Heart Rhythm Society (HRS) and Asia Pacific Heart Rhythm Society (APHRS). *Europace.* 2017;19:190-225.
- Stiell I, Macle L; CCS Atrial Fibrillation Guidelines Committee. Canadian Cardiovascular Society atrial fibrillation guidelines 2010: management of recent-onset atrial fibrillation and flutter in the emergency department. *Can J Cardiol.* 2011;27:38-46.
- Stiell IG, Clement CM, Rowe BH, Brison RJ, Wyse DG, Bimie D, et al. Outcomes for emergency department patients with recent-onset atrial fibrillation and flutter treated in canadian hospitals. *Ann Emerg Med.* 2017;69:562-71.e2.
- Rodriguez Aguado O, Dominguez-Manzano N, Novalbos-Ruiz JP. [Adherence to clinical practice guidelines in prehospital care of atrial fibrillation: the experience of emergency paramedic teams] Spanish. *Emergencias.* 2015;27:347-8.
- Lee M, Wang M, Liu J, Holbrook A. Do telehealth interventions improve oral anticoagulation management? A systematic review and meta-analysis. *J Thromb Thrombolysis.* 2018;45:325-36.
- Baugh CW, Clark CL, Wilson JW, Stiell IG, Kocheril AG, Luck KK, et al. Creation and implementation of an outpatient pathway for atrial fibrillation in the emergency department setting: results of an expert panel. *Acad Emerg Med.* 2018;25:1065-75.
- Ballard DW, Reed ME, Singh N, Rauchwerger AS, Hamity CA, Warton EM, et al. Emergency department management of atrial fibrillation and flutter and patient quality of life at one month postvisit. *Ann Emerg Med.* 2015;66:646-54.e2.
- Li KHC, White FA, Tipoe T, Liu T, Wong MC, Jesuthasan A, et al. The current state of mobile phone apps for monitoring heart rate, heart rate variability, and atrial fibrillation: narrative review. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2019;7:e11606.