



LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULO

Diltiacem es superior a Digoxina y Amiodarona para el control de la frecuencia cardíaca en la fibrilación auricular de nueva aparición

Artículo original: The Difficult Airway Society “ADEPT” Guidance on selecting airway devices: the basis of a strategy for equipment evaluation. Pandit JJ, Popat MT, Cook TM, Wilkes AR, Groom P, Cooke H, Kapila A, O'Sullivan E. *Anaesthesia*. 2011 Aug;66(8):726-37. ([PubMed](#)) ([pdf](#))

García Del Valle S.

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

Resumen

La Fibrilación auricular (FA) sostenida de nueva aparición es la arritmia cardíaca más frecuente, tanto en los servicios de urgencias como en el periodo perioperatorio. En las Guías de práctica clínica de mayor impacto, se recomienda el uso de β -bloqueadores, digoxina o bloqueadores de los canales del calcio para el control de la frecuencia cardíaca (FC) ya que el objetivo inicial en la FA aguda debe ser el control de la FC, quedando reservada la cardioversión a ritmo sinusal por medios eléctricos o químicos (con antiarrítmicos clase Ic) únicamente para aquellos casos con hipotensión arterial mantenida o signos de bajo gasto cardíaco y siempre que se tenga la certeza de que la arritmia tiene menos de 48 horas de evolución y se haya descartado previamente la presencia de trombos en la aurícula izquierda. Aunque parece que la Amiodarona y la Digoxina son los fármacos más empleados para el control agudo de la FC en la FA, no hay pruebas suficientes que avalen la superioridad de una de ellas sobre los otros agentes disponibles. Por ese motivo, sería de importancia clínica saber cuál es, en esa situación, el fármaco más eficaz y con mejor perfil de seguridad.

Introducción

La Fibrilación auricular (FA) sostenida de nueva aparición es la arritmia cardíaca más frecuente, tanto en los servicios de urgencias como en el periodo perioperatorio. En las Guías de práctica clínica de mayor impacto (1, 2), se recomienda el uso de β -bloqueadores, digoxina o bloqueadores de los canales del calcio para el control de la frecuencia cardíaca (FC) ya que el objetivo inicial en la FA aguda debe ser el control de la FC, quedando reservada la cardioversión a ritmo sinusal por medios eléctricos o químicos (con antiarrítmicos clase Ic) únicamente para aquellos casos con hipotensión arterial mantenida o signos de bajo gasto cardíaco y siempre que se tenga la

certeza de que la arritmia tiene menos de 48 horas de evolución y se haya descartado previamente la presencia de trombos en la aurícula izquierda. Aunque parece que la Amiodarona y la Digoxina son los fármacos más empleados para el control agudo de la FC en la FA, no hay pruebas suficientes que avalen la superioridad de una de ellas sobre los otros agentes disponibles. Por ese motivo, sería de importancia clínica saber cuál es, en esa situación, el fármaco más eficaz y con mejor perfil de seguridad.

Resumen

El presente estudio compara la eficacia clínica de la administración iv de Diltiazem (DILT), Digoxina (DIGOX) o Amiodarona (AMIOD) en el control



rápido de la FC en pacientes que llegan al servicio de urgencias de un hospital con el diagnóstico de FA aguda sintomática con FC > 120 L/min y menos de 48 horas de evolución. Estudio abierto, aleatorizado, realizado en único hospital con adscripción a grupos en una relación 1:1:1. Criterios de exclusión: FC > 200 L/min, síndrome de pre-excitación; TAS < 90 mmHg; presencia de marcapasos o DAI; IAM reciente; angina inestable; ictus o TEP en los 6 meses previos; toma de antiarrítmicos en 7 días previos; fallo renal; alteraciones de la hemostasia o fallo respiratorio.

EL protocolo de administración de cada fármaco fue el siguiente: Diltiazem, bolo inicial de 0,25 mg·kg⁻¹ y un segundo bolo si FC > 90 L·min⁻¹ tras 15 minutos y luego infusión de 10 mg·día⁻¹. Digoxina: bolo de 0,5 mg·kg⁻¹ y luego 0,25 mg cada 8 horas. Amiodarona: carga de 300 mg en una hora y luego 10 mg·kg⁻¹·día⁻¹.

La variable principal a estudio fue conseguir una FC inferior a 90 L/min durante al menos 4 horas en las primeras 24 horas tras el ingreso. Variables secundarias también analizadas fueron el tiempo transcurrido en alcanzar el objetivo, la tasa de conversión a ritmo sinusal, el tiempo de estancia y la tasa de eventos adversos. Análisis por intención de tratar (adscripción a grupos).

Resultados: 366 pacientes evaluados; 166 elegibles, 150 incluidos. Globalmente, el objetivo se alcanzó en 119 (79%) pacientes en un tiempo de [mediana (rango)] 3 horas (1-21) para el DILTI, 6 (3-15) para la DIGOX y 7 (1-18) para la AMIOD (p < 0.0001). En el 90% de pacientes tratados con DILTI se alcanzó el objetivo terapéutico, cosa que sólo ocurrió en el 47% de casos tratados con DIGOX y AMIOD (p=0.047). Globalmente, se revirtió a ritmo sinusal

en 31% de pacientes en las primeras 24 horas y en 38% en el momento del alta hospitalaria, sin diferencias entre los 3 fármacos (DILTI 24%, DIGOX 24% y AMIOD 36% a las 24 horas y al alta DILTI 42%, DIGOX 28% y AMIOD 44%, p > 0.05). No se encontraron diferencias en el tiempo en conseguir el paso a ritmo sinusal: [mediana (rango)] DILTI 5 horas (1-16), DIGOX 6 horas (1-19), y AMIOD 7 horas (1-17).

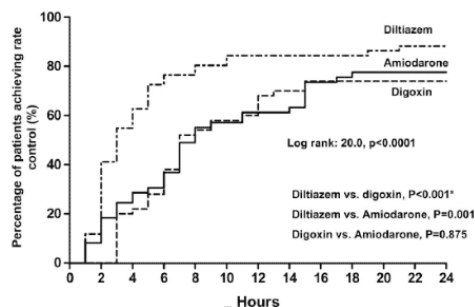


Figura 1.- Porcentaje de pacientes en los que se consiguió alcanzar el objetivo terapéutico.

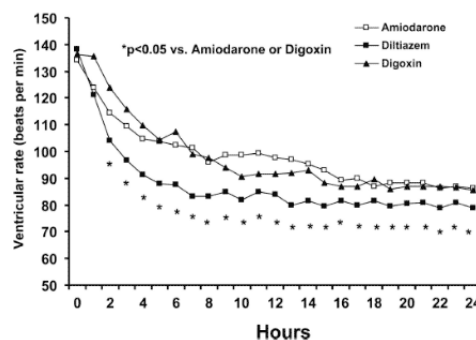


Figura 2.- Evolución temporal de la FC en los 3 grupos.

La conclusión fundamental es que el DILTI iv es más eficaz que DIGOX o AMIOD para controlar la respuesta ventricular en la FA aguda sintomática y, además, lo hace de forma más rápida. Consecuentemente, los pacientes experimentan una más rápida mejoría de los síntomas y permanecen durante menos tiempo en el hospital aun cuando el paso a ritmo sinusal sea similar con los 3 fármacos. No hay diferencias en la tasa de efectos adversos.

Comentario

La enseñanza fundamental que este artículo aporta para los anestesiólogos es que el Diltiazem puede ser una buena alternativa a la Amiodarona y la Digoxina para el control agudo de la FC durante la FA de nueva aparición, aun cuando el entorno clínico en el que se desarrolla la investigación sea el servicio de Urgencias hospitalario en lugar del período perioperatorio. No obstante, hay que tener en cuenta dos aspectos que podrían hacer que los datos no fuesen exactamente extrapolables al paciente quirúrgico. Por un lado, la ausencia de efectos secundarios observada en el estudio, fundamentalmente hipotensión arterial y bradicardia, podría no ser así en el paciente quirúrgico el cual suele presentar cierto grado de vasodilatación derivado de la agresión tisular y la respuesta inflamatoria lo que provocaría un aumento del efecto de aquellos antiarrítmicos con efecto vasodilatador más acusado. Por otro lado, en el entorno perioperatorio habría que considerar los cambios que se producen en la composición cualitativa y cuantitativa de los diferentes compartimentos corporales a la hora de decidir la dosis más adecuada de cada uno de los fármacos. Por fin, aunque no incluidos en este ensayo, no debemos olvidar el papel que los β -bloqueadores puedan tener en esta situación, fundamentalmente Metoprolol y, sobre

todo, Esmolol. Incluidos en todas las guías como una alternativa terapéutica, necesitamos ensayos clínicos adicionales que nos permitan conocer su eficacia clínica y su perfil de seguridad comparados con las otras opciones disponibles.

Bibliografía

1. Fuster V, Ryden LE, Cannom DS, et al: ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2001 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation): Developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association and the Heart Rhythm Society. *Circulation* 2006; 114: e257-e354. ([PubMed](#)) ([Texto completo](#))
2. Lip GY, Tse HF. Management of atrial fibrillation. *Lancet* 2007; 370:604-618. ([PubMed](#))

Correspondencia al autor

Santiago García del Valle
sgarcia@fhacorcon.es
 Unidad de Anestesiología y Reanimación.
 Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

[Publicado en AnestesiaR el 6 de agosto de 2009](#)