

RESUMEN DE REVISIÓN COCHRANE

Antiarrítmicos para mantener el ritmo sinusal tras la cardioversión en la fibrilación auricular[☆]



Antiarrhythmics for maintaining sinus rhythm after cardioversion of atrial fibrillation

E. Regaira-Martínez (RN, MSc)^{a,*} y M.N. Moro-Tejedor (RN, MSc, PhD)^b^a Desarrollo Profesional Enfermería-Clinica, Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra^b Unidad de Apoyo a la Investigación en Enfermería, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid, España

Recibido el 2 de febrero de 2022; received in revised form 9 de marzo de 2022

Objetivo

Determinar los efectos del tratamiento a largo plazo con fármacos antiarrítmicos sobre la mortalidad, el accidente cerebrovascular, los efectos adversos de los fármacos y la recurrencia de la fibrilación auricular (FA) en personas que han recuperado el ritmo sinusal después de haber sufrido FA.

Relevancia para las enfermeras de cuidados intensivos

La FA es una de las arritmias cardíacas más frecuentemente diagnosticadas. Se estima que más de 10 millones de personas habrán sido diagnosticadas de FA en todo el mundo en

el año 2030. Si la FA no se trata o maneja adecuadamente, existe un mayor riesgo de accidente cerebrovascular, fallo cardíaco y muerte¹. Los pacientes con FA tienen su ritmo cardíaco normal interrumpido por periodos de temblor e irregularidad, a menudo con taquicardia. Esta irregularidad provoca una disincronía entre la aurícula y los ventrículos del corazón, lo que afecta tanto a los mecanismos de llenado como a los de bombeo. Esto, a su vez, puede provocar una acumulación de sangre que puede conducir a la formación de coágulos sanguíneos y, en consecuencia, a un accidente cerebrovascular².

Para los pacientes en los que la FA no revierte de forma espontánea a un ritmo normal, las cardioversiones eléctricas y farmacológicas son muy eficaces. Dicho esto, uno de los principales problemas del tratamiento de la FA es la alta frecuencia de recurrencia, que se ha demostrado que llega al 70-80% después de un año de la conversión³. Las opciones de tratamiento incluyen el uso de medicamentos antiarrítmicos que se clasifican en 4 grupos principales: bloqueantes de los canales de sodio, betabloqueantes, medicamentos que prolongan la repolarización y bloqueantes de los canales de calcio.

Se han realizado varios estudios sobre las opciones de tratamiento para la FA, y algunas revisiones sistemáticas más antiguas (anteriores al año 2011). Esta revisión sistemática incluye estudios y análisis actualizados que proporcionan

[☆] Este artículo es la traducción del resumen realizado por Adam S. Cooper, MSN, RN, NPD-BC, a la revisión sistemática Cochrane: Valembois L, Audureau E, Takeda A, Jarzebski W, Belmin J, Lafuente-Lafuente C. Antiarrhythmics for maintaining sinus rhythm after cardioversion of atrial fibrillation. Cochrane Database Syst Rev. 2019;9(9):CD005049. DOI: 10.1002/14651858.CD005049.pub5. [Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005049.pub5/full>].

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eregaira@unav.es (E. Regaira-Martínez).

una base sólida para guiar a los médicos sobre las opciones de tratamiento.

Descripción del estudio y resultados

Este resumen se basa en una revisión sistemática actualizada de Valembois et al.⁴, que incluyó 59 ensayos clínicos aleatorios (ECA) con 20.981 participantes adultos. Los grupos de intervención dentro de estos estudios recibieron un tipo de medicación antiarrítmica oral después de que su FA hubiera revertido a ritmo sinusal. Los fármacos antiarrítmicos incluidos en esta revisión fueron quinidina, disopiramida, propafenona, flecainida, metoprolol, amiodarona, dofetilida, dronedarona y sotalol.

Principales resultados primarios:

- Índice de mortalidad
- Proarritmia
- Accidente cerebrovascular

Principales resultados secundarios:

- Recurrencia de la FA

Los autores evaluaron de forma independiente el riesgo de sesgo para cada estudio, incluidos los sesgos de selección, realización, detección, desgaste, informe y publicación. Resolvieron cualquier desacuerdo revisando los datos juntos y mediante discusión.

Los autores utilizaron coeficientes de riesgo (CR) con un IC del 95% para los resultados dicotómicos, como medidas del efecto del tratamiento entre varias comparaciones y resultados. Utilizaron el enfoque utilizado internacionalmente, *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE)⁵, para evaluar la certeza de la evidencia (alta, moderada, baja o muy baja) para cada resultado:

- Certeza alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie la confianza en las conclusiones.
- Certeza moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en la confianza en la conclusión y pueda cambiarla.
- Certeza baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en la confianza en la conclusión y es probable que la cambie.
- Certeza muy baja: La conclusión es incierta.

Resumen de los principales resultados

Índice de mortalidad

- La evidencia de certeza alta de 5 ECA, indicó que el tratamiento con sotalol se asoció con una mayor tasa de mortalidad en comparación con placebo o ningún tratamiento (RR: 2,23; IC del 95%: 1,03-4,81; participantes = 1.882).
- La evidencia de certeza alta encontró poca o ninguna diferencia en la mortalidad con dronedarona (RR: 0,86; IC del

95%: 0,68-1,09; evidencia de certeza alta) en comparación con placebo o ningún tratamiento.

- La evidencia de certeza moderada mostró un aumento del RR para la mortalidad, pero con IC muy amplios para el metoprolol (RR: 2,02; IC del 95%: 0,37-11,05; 2 ECA; participantes = 562) y amiodarona (RR: 1,66; IC del 95%: 0,55-4,99; 2 ECA; participantes = 444), en comparación con placebo.
- La evidencia de certeza moderada encontró poca o ninguna diferencia en la mortalidad con dofetilida (RR: 0,98; IC del 95%: 0,76-1,27) en comparación con placebo o ningún tratamiento.
- La evidencia de certeza baja de 6 ECA sugirió que el riesgo de mortalidad puede ser mayor en las personas que toman quinidina (RR: 2,01; IC del 95%: 0,84-4,77; participantes = 1.646).
- Hubo datos limitados sobre la mortalidad de disopiramida, flecainida y propafenona y, por lo tanto, no se realizaron análisis estadísticos.

Proarritmia

- La evidencia de certeza moderada-alta mostró que casi todos los antiarrítmicos incluidos mostraron un aumento de los efectos proarritmicos (teniendo en cuenta tanto las taquiarritmias como las bradiarritmias atribuibles al tratamiento):
 - o Quinidina: RR: 2,05; IC del 95%: 0,95-4,41
 - o Flecainida: RR: 4,80; IC del 95%: 1,30-17,77
 - o Metoprolol: RR: 18,14; IC del 95%: 2,42-135,66
 - o Amiodarona: RR: 2,22; IC del 95%: 0,71-6,96
 - o Dofetilida: RR: 5,50; IC del 95%: 1,33-22,76
 - o Dronedarona: RR: 1,95; IC del 95%: 0,77-4,98
 - o Sotalol: RR: 3,55; IC del 95%: 2,16-5,83
 - o Propafenona: Datos limitados
 - o Disopiramida: No hubo datos

Accidente cerebrovascular

- La evidencia de certeza alta de 2 ECA sugirió que la dronedarona puede asociarse con un riesgo menor de accidente cerebrovascular (RR: 0,66; IC del 95%: 0,47-0,95; participantes = 5.872). Hay que tener en cuenta que este resultado es de un solo estudio y aún no se ha reproducido en otros estudios.
- No hubo ningún efecto aparente sobre las tasas de ictus con los otros antiarrítmicos.

Recurrencia de la fibrilación auricular

- La evidencia de certeza moderada-alta, a excepción de la disopiramida, que fue evidencia de certeza baja, mostró que todos los fármacos analizados, incluido el metoprolol, redujeron la recurrencia de la FA:
 - o Quinidina: RR: 0,83; IC del 95%: 0,78-0,88
 - o Propafenona: RR: 0,67; IC del 95%: 0,61-0,74
 - o Flecainida: RR: 0,65; IC del 95%: 0,55-0,77
 - o Metoprolol: RR: 0,83; IC del 95%: 0,68-1,02
 - o Amiodarona: RR: 0,52; IC del 95%: 0,46-0,58
 - o Dofetilida: RR: 0,72; IC del 95%: 0,61-0,85

- o Dronedarona: RR: 0,85; IC del 95%: 0,80-0,91
- o Sotalol: RR: 0,83; IC del 95%: 0,80-0,87.
- o Disopiramida: RR: 0,77; IC del 95%: 0,59-1,01 (evidencia de certeza baja)
- o A pesar de esta reducción, todavía la FA fue recurrente del 43 al 67% de las personas tratadas con antiarrítmicos

Implicaciones para enfermería

En esta revisión hay algunos aspectos clave a destacar. Existe evidencia de certeza alta para una mayor mortalidad asociada con el tratamiento con sotalol, evidencia de certeza moderada para un aumento de la proarritmia y efectos adversos con flecainida, y evidencia de certeza baja que sugiere un aumento de la mortalidad con quinidina, cuando estos medicamentos se utilizan para mantener el ritmo sinusal en personas con FA. Esta evidencia puede tener un impacto en la toma de decisiones clínicas al establecer planes de tratamiento para esta población.

En general, existe evidencia que demuestra que el uso prolongado de fármacos antiarrítmicos tiene el potencial de incrementar los eventos adversos, aumentar los eventos proarritmicos y que algunos antiarrítmicos pueden aumentar la mortalidad. Aunque los antiarrítmicos pueden reducir las recurrencias de FA, no hay evidencia de ningún beneficio sobre otros resultados clínicos, en comparación con placebo o ningún tratamiento. Por tanto, para disminuir los posibles eventos adversos, las enfermeras y los profesionales que ayudan a desarrollar planes de cuidado para mantener el ritmo sinusal en estos pacientes, deben evaluar todas las opciones de tratamiento, incluidas las estrategias de control de frecuencia, la ablación o los tratamientos con antiarrítmicos a corto plazo.

Como enfermeras que atendemos a pacientes críticos, abogar por el mejor tratamiento basado en la evidencia sigue siendo una pieza clave de nuestro rol profesional.

Debemos considerar siempre la mejor evidencia disponible, y comprender la viabilidad, la idoneidad, el significado y la efectividad de cualquier intervención, para determinar si es mejor implementarla en nuestro contexto individual.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.enfi.2022.03.002](https://doi.org/10.1016/j.enfi.2022.03.002).

Bibliografía

1. Lippi G, Sanchis-Gomar F, Cervellin G. Global epidemiology of atrial fibrillation: An increasing epidemic and public health challenge. *Int J Stroke*. 2021;16:217–21, <http://dx.doi.org/10.1177/1747493019897870>.
2. National Heart, Lung, and Blood Institute. Health Topic: Atrial Fibrillation. [consultado 12 Jun 2020] Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/atrial-fibrillation>; 2020.
3. Chung MK, Shemanski L, Sherman DG, Greene HL, Hogan DB, Kellen JC, et al. AFFIRM Investigators Functional status in rate- versus rhythm-control strategies for atrial fibrillation: Results of the Atrial Fibrillation Follow-Up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) Functional Status Substudy. *J Am Coll Cardiol*. 2005;46:1891–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2005.07.040>.
4. Valembois L, Audureau E, Takeda A, Jarzebowski W, Belmin J, Lafuente-Lafuente C. Antiarrhythmics for maintaining sinus rhythm after cardioversion of atrial fibrillation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;9:CD005049, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005049.pub5>.
5. Schünemann H, Brożek J, Guyatt G, Oxman A, The GRADE Working Group. GRADE Handbook for Grading Quality of Evidence and Strength of Recommendations. 2013. Disponible en: <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html>.



La misión de *Cochrane Nursing* (CN) es apoyar el trabajo de Cochrane, incrementando el uso de su biblioteca, y proporcionar una base de evidencia internacional para las enfermeras y los profesionales de la salud involucrados en la atención, dirección o investigación de los cuidados enfermeros. La CN produce columnas 'Cochrane Corner' (resúmenes de revisiones Cochrane recientes y relevantes para la atención enfermera) que se publican regularmente en las revistas colaboradoras del grupo relacionadas con la atención enfermera. Los autores originales y las citas completas de las revisiones Cochrane se especifican en cada columna. Estos resúmenes publicados llegan a un grupo mucho más amplio de enfermeras y agencias de salud relacionadas internacionalmente y permiten el acceso directo a resultados de evidencia altamente relevantes al que los trabajadores de salud a pie de cama tienen difícil acceso. La información sobre los procesos desarrollados por este grupo puede consultarse en: <http://cnf.cochrane.org/evidence-transfer-program-review-summaries>