

Cardioversión eléctrica

La finalidad de esta ficha técnica es ayudar a personas afectadas por fibrilación auricular (FA) a que entiendan mejor la opción de tratamiento conocida como cardioversión.

Introducción

La cardioversión es la conversión del ritmo cardíaco de la fibrilación auricular (o aleteo auricular) al ritmo normal, que se conoce como ritmo sinusal. La cardioversión eléctrica se conoce también como cardioversión por corriente directa (CD).

Cardioversión eléctrica

Puede sonar aterrador, pero es en principio algo muy sencillo, y se trata de un tratamiento muy eficaz en pacientes seleccionados muy cuidadosamente. El concepto consiste en utilizar una descarga eléctrica para activar todo el corazón de una vez. Con ello se previene que la fibrilación auricular se perpetúe. Tras la descarga, el latido normal del corazón (el ritmo sinusal) podrá emerger.

Antes del procedimiento, un paciente de FA necesita tomar anticoagulantes durante cuatro semanas al menos, para limitar el riesgo de embolia. En muchos pacientes se ha descubierto que, la prescripción de un fármaco antiarrítmico con al menos un mes o, en condiciones ideales, tres meses de antelación, la tasa de éxito de la cardioversión eléctrica puede crecer del 30 al 80% o más en un año. Por supuesto, en caso de una segunda cardioversión eléctrica o posteriores, sería aconsejable debatir con su médico la opción de tomar amiodarona antes y durante cierto tiempo tras la cardioversión.

La propia cardioversión implica conectar al paciente a un monitor de electrocardiograma (ECG), que está a su vez conectado al cardioversor/desfibrilador. Se aplica una inyección de anestésico de corta duración o un sedante potente. El paciente queda entonces dormido o totalmente ajeno al procedimiento.

Tras el procedimiento, el paciente deberá seguir tomando anticoagulantes durante unos tres meses y, si se prescribió con anterioridad, deberá seguir tomando amiodarona durante tres meses. Se espera que todos los pacientes pasen por una evaluación de seguimiento al cabo de unos tres meses tras la finalización del procedimiento, que deberá incluir un ECG. A esta altura es útil debatir con el facultativo un plan "tras la cardioversión" para mantener el ritmo sinusal. Dependiendo de las necesidades que plantea la salud de la persona, podría incluir el uso de un fármaco antiarrítmico como la flecainida, y si los factores de riesgo cardiovascular apuntan a ello, continuar utilizando un anticoagulante para reducir el riesgo embolia derivada de FA.

En muchos centros sanitarios se lleva a cabo una evaluación de seguimiento de un año para supervisar la evolución y la medicación. Si se presenta algún problema o se producen cambios en ese año, es importante entonces buscar asesoramiento médico tan pronto como sea posible.

Una buena práctica en cardioversión significa que se debe contar con la mejor preparación para el procedimiento, una técnica óptima y un plan sensato ya previsto para después del procedimiento.

Riesgos:

Ritmo lento del corazón (bradicardia), normalmente muy fugaz y, como mucho, tratado con fármacos por vía intravenosa (atropina), o con un breve periodo de estimulación (estimulación eléctrica del corazón para iniciar los latidos).

- Ritmo rápido del corazón (como la taquicardia ventricular) que puede necesitar una descarga de seguimiento para que el paciente recupere la conciencia.
- Embolia, que es muy poco frecuente si el paciente ha estado sometido a anticoagulación total antes del procedimiento.

Trudie Lobban MBE

Administradores: Catedrático A John Camm, Catedrático Richard Schilling, Sra Jayne Mudd, Arrhythmia Nurse

Atrial Fibrillation Association Registro Associação de Beneficência N° 1122442

© Published May 2014



Recuerde que esta publicación solo ofrece orientaciones de carácter general. Cada paciente debe tratar su enfermedad con un profesional sanitario. Si desea más información o quiere contribuir, póngase en contacto con AF-A.

- Quemaduras o irritación de la piel por los electrodos (parches): no suele suceder con los electrodos de parche modernos, pero puede ser más frecuente con los electrodos metálicos antiguos.
- Inversión temprana del ritmo normal a fibrilación auricular; ello puede requerir un choque adicional (cuando el paciente se encuentra aún sedado con anestesia).
- Riesgos de anestesia general: son raros en personas de estatura normal que no padecen otros problemas médicos.

Los parches o placas de electrodos se ubican en el pecho y en la parte posterior del tronco, o bien en la parte superior derecha e inferior izquierda del pecho. El desfibrilador cardioversor se carga y configura para que aplique una descarga de manera simultánea con el siguiente latido del corazón. A menudo, la primera descarga es satisfactoria pero, a veces, se necesitan varias descargas con niveles de energía crecientes, o los parches de electrodos en posiciones diferentes para convertir el ritmo.

El ritmo normal se restablece en un 90% de los pacientes, pero una pequeña proporción vuelve inmediatamente a fibrilación auricular. En los siguientes días, entre el 10 y el 20% vuelven a una situación de arritmia, pero puede reducirse cuando sea preciso pidiéndole al paciente que tome un fármaco antiarrítmico.

Después del procedimiento, el paciente se despierta en más o menos un minuto y, aunque estará aturdido un tiempo, recuperará con rapidez el control y estará listo para marcharse a casa en unas horas. El ECG se controla hasta que el paciente se recupera por completo, se graba un ECG de 12 derivaciones y entonces se permite al paciente levantarse y moverse. Es aconsejable que acompañe al paciente un amigo o su pareja, ya que no podrá conducir en el plazo de 24 horas tras el procedimiento, y necesitará que le acompañen a casa. Alguien debería quedarse también con el paciente durante la noche posterior al procedimiento, en caso de que pudiera presentarse una complicación tardía.

Reconocimientos: AF Association quiere expresar su agradecimiento a todas las personas que contribuyeron al desarrollo de esta publicación. Especialmente, queremos dar las gracias al catedrático John Camm (electrofisiólogo) y al Dr. Adam Fitzpatrick (electrofisiólogo).

Trudie Lobban MBE

Administradores: Catedrático A John Camm, Catedrático Richard Schilling, Sra Jayne Mudd, Arrhythmia Nurse

Atrial Fibrillation Association Registro Associação de Beneficência Nº 1122442
 © Published May 2014



Recuerde que esta publicación solo ofrece orientaciones de carácter general. Cada paciente debe tratar su enfermedad con un profesional sanitario. Si desea más información o quiere contribuir, póngase en contacto con AF-A.