



## 129 - EVALUACIÓN DE LA ECOCARDIOSCOPIA PARA OPTIMIZAR LA GESTIÓN TERAPÉUTICA EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR

*María Concepción Ortuño Cerezo, Ernesto Raúl Centurión Inda, Marina Pareja Martínez, María Dolores Orozco Vinent, Claudia García Loscos, Carlos Pascual Valero Noguera, Víctor Madrid Romero y José Luis Córcoles Satorre*

*Hospital Universitario de Torrevieja, Torrevieja, España.*

### Resumen

**Objetivos:** Principal: Desarrollar un proceso asistencial que integre la ecografía clínica para optimizar las estrategias terapéuticas de la fibrilación auricular (FA) de forma precoz. Secundario: Este estudio busca explorar la toma de decisiones terapéuticas basadas en parámetros ecocardiográficos e intentar así reducir el margen de subjetividad en el abordaje de la FA. Se decidirá según factores de riesgo para lograr ritmo sinusal basados en la ecocardiografía, si cardiovertir (CV) o realizar control de la frecuencia, independientemente de la edad del paciente.

**Métodos:** Se llevó a cabo un ensayo clínico no aleatorizado en noviembre de 2022 de un mes de duración, con previa aprobación del comité de ética. La muestra consistió en 13 pacientes, ingresados en la unidad de Observación del Servicio de Urgencias con diagnóstico de FA *de novo*, con edades comprendidas entre 46 y 91 años. Un residente de medicina interna, en rotación en el Servicio de Cardiología y previamente instruido en ecocardiografía, realizó ecografías clínicas a pie de cama utilizando un dispositivo portátil (ecocardiógrafo Lumyfi de Philips con transductor L12-4). Se midieron las siguientes variables: área de la aurícula izquierda, presencia y grado de insuficiencia mitral, estenosis aórtica, diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo y la función sistólica del ventrículo izquierdo (FEVI) *de visu*, diferenciando aproximadamente entre FEVI preservada, ligeramente reducida o reducida. Basándose en los parámetros ecocardiográficos, los pacientes se dividieron en dos grupos: aquellos sin y con factores de riesgo para mantener ritmo sinusal. Estos últimos fueron: un tamaño de AI  $\geq 25 \text{ cm}^2$ , valvulopatías, FEVI ligeramente reducida o reducida y cardiopatía estructural. En base a estas características se decidió si CV o control de la frecuencia y se realizó seguimiento de 1 año para comprobar su respuesta.

**Resultados:** Se excluyeron dos pacientes por presentar taquicardia multifocal en lugar de FA. Se formaron dos grupos (tablas): tres pacientes sin factores de riesgo y ocho con factores de riesgo para mantener ritmo sinusal. Respecto el grupo sin factores de riesgo, la ecografía cambió la decisión terapéutica de un paciente de 88 años, optando por la CV farmacológica (amiodarona) en lugar del control de la frecuencia, y se confirmó al cabo de un año que mantenía ritmo sinusal. En el grupo con factores de riesgo, la ecografía replanteó la efectividad de la CV en un paciente de 46 años, pero con un diámetro auricular de  $30 \text{ cm}^2$  y valvulopatía grave, aunque posteriormente durante la hospitalización se intentó CV sin éxito.

Tabla 1. Sin factores de riesgo para mantener RS (Á AI < 25 cm <sup>2</sup> , sin valvulopatía, FEVI preservada y sin alteración estructural)													
Sexo	Edad	FAnovo	FEVI	Á AI	DTD VI	IMi	EAo	¿La ecografía cambió el plan?	CVE	CVF	Tto FC	Ritmo al alta	Ritmo al año
Varón	56	Sí	P	19,5cm <sup>2</sup>	41 mm	No	No	No	Sí	No	No	RS	RS
Varón	67	Sí	P	19,6cm <sup>2</sup>	56 mm	No	No	No	Sí	Sí	No	RS	RS
Varón	88	Sí	P	17 cm <sup>2</sup>	46 mm	No	No	Sí	No	Sí	No	RS	RS

Tabla 2. Con factores de riesgo para mantener RS (AI ≥ 25 cm <sup>2</sup> , valvulopatía, FEVI comprometida y alteración estructural)													
Sexo	Edad	FA <i>de novo</i>	FEVI	Á AI	DTD VI	IMi	EAo	¿La ecografía cambió el plan?	CVE	CVF	Tto FC	Ritmo al alta	Ritmo al año
Mujer	91	Sí	R	35 cm <sup>2</sup>	54 mm	III	No	No	No	No	BB + DI	FA	FA
Mujer	73	Sí	P	25 cm <sup>2</sup>	55 mm	No	No	No	No	No	BB	FA	FA
Varón	83	Sí	P	25,3 cm <sup>2</sup>	63 mm	No	No	No	No	No	No	FA (lenta)	FA
Varón	54	Sí	P	26 cm <sup>2</sup>	46 mm	No	No	No	Sí	Sí	No	RS	RS
Varón	73	Sí	P	33 cm <sup>2</sup>	57 mm	I	BP	No	No	No	BB	FA	FA
Varón	66	Sí	Lr	30 cm <sup>2</sup>	56 mm	No	No	No	Sí	Sí	RS	RS	RS

Varón	46	Sí	P	30 cm <sup>2</sup>	67 mm	III	No	Sí	No	No	No	FA (lenta)	FA. Se intentó CVF posteriormente sin éxito
Mujer	84	Sí	N	21 cm <sup>2</sup>	60 mm	II	No	No	No	No	BB	FA	FA

*Conclusiones:* Aunque se requieren más investigaciones, la ecografía clínica a pie de cama puede ser una herramienta valiosa para determinar la viabilidad de la CV (sobre todo en el grupo de mayor edad) y de forma precoz. Para su implementación efectiva en la práctica clínica, es esencial continuar con la capacitación en ecocardiografía de los médicos internistas, de familia y de urgencias, mejorando así la asistencia integral en el manejo de la FA.