

FIBRILACION AURICULAR.

PATOGENIA.- Un foco ectópico en las aurículas descarga impulsos con una frecuencia superior a 400 x'. El músculo auricular no puede recuperarse de la contracción previa, antes de que llegue el siguiente impulso y, como consecuencia, no se contrae uniformemente. Las fibras auriculares individuales responden a medida que se recuperan y el resultado es una tremulación de la pared auricular más que una verdadera contracción. En éste sentido las aurículas no son sino tubos temblorosos que conectan a las grandes venas con los ventrículos y no ayudan a llenarlos.

El nodo AV no puede conducir los impulsos auriculares con frecuencia tan extremadamente rápida y sólo permite que una pequeña porción de ellos alcance el sistema de conducción ventricular. Los impulsos que pasan al nodo AV lo hacen en forma tan irregular que se produce ritmo ventricular también irregular.

Cuando la respuesta ventricular (frecuencia) es superior a 200 x' se dice que la fibrilación está sin control. Una frecuencia ventricular de 100 ó menos se denomina fibrilación auricular controlada.

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

- 1.- La mayor parte de los enfermos advierten la acción irregular de su corazón. Generalmente las palpitaciones son más notables cuando la frecuencia ventricular no está controlada.
- 2.- La irregularidad de la frecuencia y del ritmo cardiaco es tan típica de la fibrilación auricular que éste hallazgo por sí sólo es casi suficiente para el diagnóstico de arritmia.
- 3.- Habitualmente se advierte deficiencia del pulso: la frecuencia del latido apexiano es mayor que la del pulso periférico.
- 4.- Si la respuesta ventricular se mantiene persistentemente sin control, pueden preverse los signos de déficit circulatorio, expresado con angina e insuficiencia ventricular izquierda.

RIESGO EN EL INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO.-

- 1.- El riesgo mayor de ésta arritmia es la reducción de la eficiencia de bombeo del corazón (gasto cardíaco disminuido). Tal deficiencia es causada por la frecuencia ventricular rápida y por la pérdida de la contracción auricular, (la aurícula sirve como bomba de refuerzo del llenado ventricular); la ausencia de su contracción puede originar una reducción del 20% del gasto cardíaco. Este déficit hemodinámico, puede producir insuficiencia ventricular izquierda y también isquemia miocárdica adicional.

- 2.- Durante la fibrilación auricular hay propensión a que se formen coágulos dentro de la cámara que no se contrae. Así pueden producirse trombos murales con embolias consecutivas.
- 3.- PELIGRO: Arritmia peligrosa desde el punto de vista hemodinámico, especialmente cuando la frecuencia ventricular está sin control.

TRATAMIENTO.-

- 1.- El tratamiento de la fibrilación auricular depende fundamentalmente de su asociación con insuficiencia circulatoria. Si un enfermo tiene insuficiencia ventricular izquierda ó angina a consecuencia de la fibrilación auricular, debe suprimirse la arritmia sin demora por medio de un choque precardial sincronizado.
- 2.- Si la fibrilación auricular no se acompaña de signos de trastornos circulatorios, inicialmente debe intentarse tratamiento con drogas. La digital es la clave de éste programa. Este cardiotónico controla la frecuencia rápida ventricular, aumentando el grado de bloqueo en el nodo AV; pero no necesariamente restablece el ritmo sinusal normal.
- 3.- Se puede emplear quinidina para convertir la fibrilación auricular en ritmo sinusal normal y, no obstante que es eficaz en muchas ocasiones, su efecto puede ser demasiado lento cuando existe insuficiencia ventricular izquierda.
- 4.- Puede no haber indicación para convertir la fibrilación auricular a ritmo sinusal cuando lleva mucho tiempo de establecida (sin relación con el infarto agudo) y ya está controlada.

FIBRILACION AURICULAR --- CARACTERISTICAS EKG

1. Frecuencia: La frecuencia cardiaca varía de acuerdo con la respuesta ventricular. Puede ser de 100 latidos ó menor (fibrilación auricular controlada) ó mucho más rápida (fibrilación auricular sin control).
2. Ondas P: No hay verdaderas ondas P, sino modulaciones rápidas, pequeñas e irregulares, que no parecen entre sí, llamadas ondas F (de fibrilación).
3. QRS: Los complejos son de forma y duración normales, pero ocurren irregularmente. Esta irregularidad es el hallazgo más típico de la fibrilación auricular.
4. Conducción: La conducción en las aurículas es caprichosa. La mayoría de los impulsos auriculares que bombardean el nodo AV son bloqueados, pero los que lo pasan tienen conducción normal de ahí en adelante. Este patrón de conducción se manifiesta por ausencia de ondas P y complejos QRS que se manifiestan irregularmente.

5. Ritmo: te pero con forma normal.
El ritmo ventricular es completamente irregular.

PAPEL DE LA ENFERMERA.-

- 1.- Si la fibrilación auricular se inicia súbitamente ó si al ingreso del enfermo existe y no está controlada:
 - a).- Registrar la arritmia con un trazado EKG y notificar la al médico.
 - b).- Precisar si la arritmia afecta la eficiencia circulatoria de modo manifiesto. Específicamente, averiguar si el enfermo tiene dolor torácico ó disnea.
 - c).- Medir la frecuencia del pulso, el grado de déficit del mismo y la presión arterial.
 - d).- Prepararse para cardioversión electiva y tener digitales endovenosos a mano.

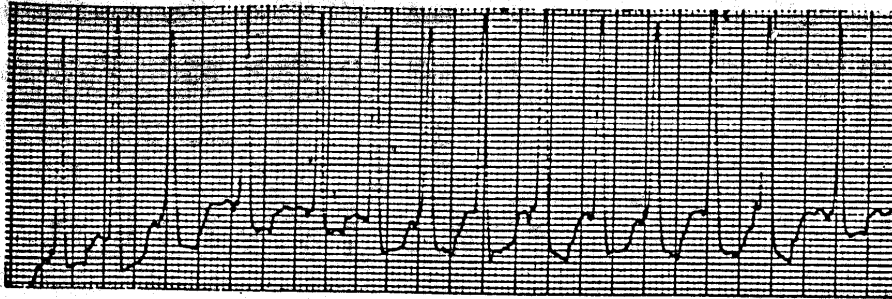
- 2.- Si la fibrilación auricular está controlada y/o existía antes del infarto agudo:
 - a).- Vigilar el estado clínico del paciente, con un plan, a intervalos regulares, buscando siempre los signos de insuficiencia ventricular izquierda. Registra cuidadosamente la frecuencia del pulso, la frecuencia del latido apexiano y la presión arterial.
 - b).- Tomar electrocardiogramas seriados, a intervalos regulares, para fines comparativos.
 - c).- Informar al médico de cualquier aumento ó disminución importante de la frecuencia ventricular ó si aparecen signos ó síntomas que sugieran insuficiencia ventricular izquierda.

- 3.- Si se emplea digital ó quinidina para tratar la fibrilación auricular, observar el EKG buscando, en particular, signos de exceso de dosis. Si la frecuencia ventricular cae por debajo de 60 x', la administración adicional de la droga se debe valorar por el médico.

- 4.- Dada la posibilidad de embolias secundarias a la fibrilación auricular, la evaluación clínica debe tener siempre en cuenta ésta amenaza potencial.

EJEMPLO: Fibrilación auricular sin control

11.9

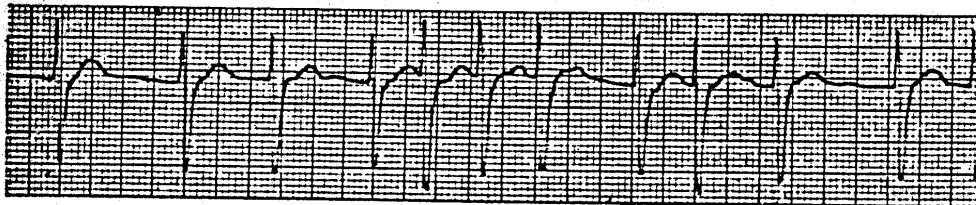


INTERPRETACION DEL ECG

- Frecuencia:** Cerca de 150 por minuto, como promedio
Ondas P: Las ondas P no se identifican; las oscilaciones de la línea de base representan ondas "f."
QRS: Normal.
Conducción: La conducción más allá del nodo AV es normal.
Ritmo: Irregular.
Comentario: Puesto que la frecuencia ventricular es superior a 100 por minuto, la fibrilación auricular está sin control.

EJEMPLO: Fibrilación auricular controlada con digital

11.10-

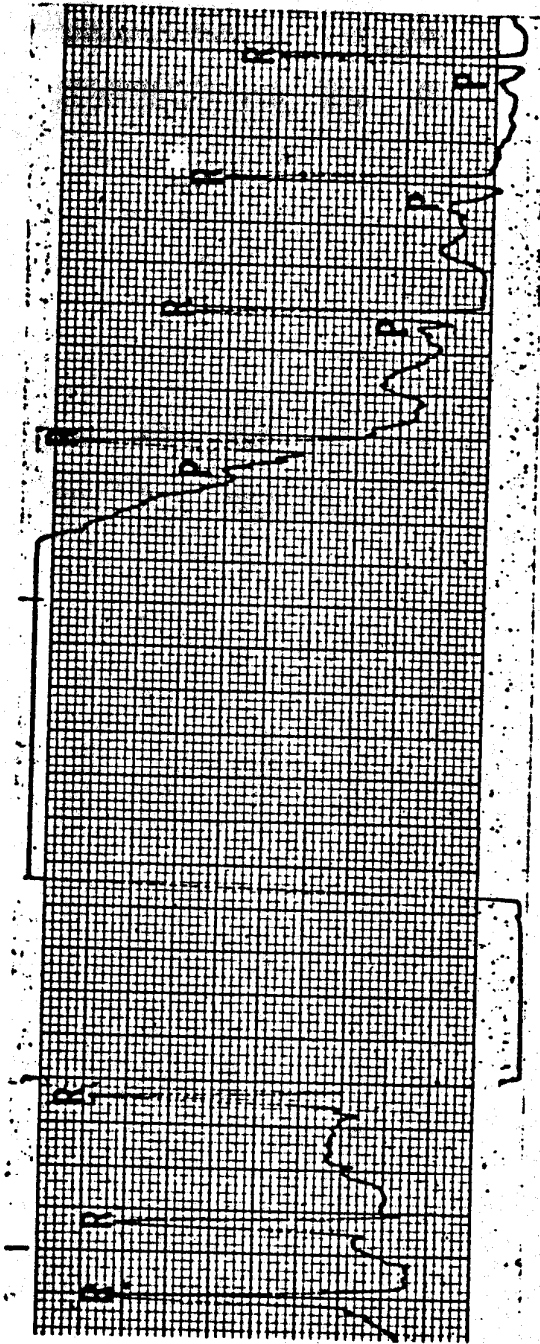


INTERPRETACION DEL ECG

- Frecuencia:** Varía de 75 a 150 por minuto, en el trazado.
Ondas P: No se ven ondas P, ni ondas "f."
QRS: Normal.
Conducción: Una gran proporción de los impulsos auriculares (ondas "f") se bloquea en el nodo AV, por acción digitálica y por esta razón disminuye la frecuencia ventricular.
Ritmo: Continuamente irregular.
Comentario: Después de la digitalización, la frecuencia ventricular se estabilizó entre 70 y 80 por minuto.

EJEMPLO: Terminación de la fibrilación auricular sin control por medio de choque precordial sincronizado (cardioversión)

11.12



COMENTARIO: Se dio un choque precordial de 200 watts por segundo (véase el capítulo 15) para terminar la fibrilación auricular sin control. El intento tuvo éxito como lo muestra la vuelta del ritmo sinusal normal, inmediatamente después del choque.