



Revista Española de Anestesiología y Reanimación

www.elsevier.es/redar



FORMACIÓN CONTINUADA

Manejo perioperatorio de la fibrilación auricular[☆]

M.J. Arguis^{a,e,*}, R. Navarro^a, A. Regueiro^b, E. Arbelo^{b,e}, P. Sierra^c, S. Sabaté^c, J. Galán^d, A. Ruiz^a, P. Matute^a, C. Roux^a, C. Gomar^a, I. Rovira^{a,e}, L. Mont^{b,e} y G. Fita^{a,e}

^a Departamento de Anestesiología y Reanimación, Hospital Clínic, Barcelona, España

^b Departamento de Cardiología, Hospital Clínic, Barcelona, España

^c Departamento de Anestesiología y Reanimación, Clínica Puigvert, Barcelona, España

^d Departamento de Anestesiología y Reanimación, Hospital Sant Pau, Barcelona, España

^e Unidad de Fibrilación auricular (UFA), Hospital Clínic, Barcelona, España

Recibido el 28 de octubre de 2012; aceptado el 14 de enero de 2013

Disponible en Internet el 21 de marzo de 2013

PALABRAS CLAVE

Fibrilación auricular;
Perioperatorio;
Antiarrítmico;
Complicaciones
perioperatorias;
Anticoagulación

KEYWORDS

Atrial fibrillation;
Perioperative;
Antiarrhythmic;
Perioperative
complications;
Anticoagulation
therapy

Resumen La fibrilación auricular es una complicación frecuente en el periodo perioperatorio, y cuando aparece se incrementa el riesgo de morbilidad perioperatoria debido a ACV, tromboembolismo, fallo cardiaco, IAM, hemorragia debida a anticoagulación y reingresos hospitalarios.

En el presente artículo se recogen las recomendaciones para el manejo de la fibrilación auricular perioperatoria basándose en las últimas Guías de Práctica Clínica de la fibrilación auricular publicadas por la Sociedad Europea de Cardiología y la Sociedad Española de Cardiología, prestando atención tanto a su optimización preoperatoria, como al manejo del episodio agudo perioperatorio. En este sentido se incluyen las últimas recomendaciones para control de la frecuencia cardiaca, control del ritmo y anticoagulación.

© 2012 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Perioperative management of atrial fibrillation

Abstract Atrial fibrillation is a frequent complication in the perioperative period. When it appears there is an increased risk of perioperative morbidity due to stroke, thromboembolism, cardiac arrest, myocardial infarction, anticoagulation haemorrhage, and hospital readmissions.

The current article focuses on the recommendations for the management of perioperative atrial fibrillation based on the latest Clinical Practice Guidelines on atrial fibrillation by the European Society of Cardiology and the Spanish Society of Cardiology. This article pays special attention to the preoperative management, as well as to the acute perioperative episode.

[☆] Este artículo pertenece al Programa de Formación Médica Continuada en Anestesiología y Reanimación. La evaluación de las preguntas de este artículo se podrá realizar a través de internet accediendo al apartado de formación de la siguiente página web: www.elsevier.es/redar.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mjarguis@clinic.ub.es (M.J. Arguis).

For this reason, the latest recommendations for the control of cardiac frequency, antiarrhythmic treatment and anticoagulation are included.

© 2012 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción y epidemiología

La Sociedad Europea de Cardiología publicó en 2010 las últimas Guías de Práctica Clínica de fibrilación auricular (FA)¹, traducidas posteriormente por la Sociedad Española de Cardiología². Las recomendaciones que presentamos para el manejo de la FA perioperatoria se basan en dichas guías.

La FA es la arritmia cardiaca sostenida más frecuente. Afecta al 1-2% de la población general y su prevalencia aumenta con la edad desde el 0,5% a los 40-50 años hasta el 5-15% a los 80³, siendo más frecuente en los varones.

La FA se asocia a una tasa aumentada de muerte, accidente cerebrovascular (ACV) y otros episodios tromboembólicos, insuficiencia cardiaca (IC) y hospitalizaciones, disfunción del ventrículo izquierdo (VI), capacidad reducida para el ejercicio y pérdida de la calidad de vida⁴.

Su detección precoz, difícil por la naturaleza a menudo «silente», permite administrar a tiempo tratamiento para proteger al paciente de las consecuencias de la arritmia y para prevenir su progresión desde una condición fácilmente tratable hasta un problema refractario⁵.

La FA se asocia a muchas situaciones y procesos patológicos como el envejecimiento, IC sintomática, hipertensión arterial (HTA), valvulopatías, miocardiopatías, comunicación interauricular, cardiopatía isquémica, hipertiroidismo, diabetes mellitus, enfermedad obstructiva crónica, apnea del sueño y enfermedad renal crónica¹. Estudios recientes sugieren que la realización de ejercicio de alto rendimiento a largo plazo puede aumentar la incidencia de FA^{6,7}. La participación en deportes de alta energía produce una adaptación anatómica, un estado inflamatorio sistémico crónico y alteraciones del sistema nervioso autónomo que pueden desencadenar y mantener la FA^{8,9}.

La FA es una complicación frecuente en el periodo perioperatorio, sobre todo en cirugía cardioráfrica, donde un 20-40% de los pacientes presenta esta complicación^{1,10}. Un estudio multicéntrico realizado en Cataluña mostró que la prevalencia de FA en mayores de 40 años que se iban a operar de cirugía no cardiaca de riesgo medio-alto era del 6,23%, y la incidencia de FA postoperatoria del 0,91%, siendo la complicación cardiaca más frecuente en el postoperatorio de cirugía no cardiaca (> 20% de las complicaciones cardíacas)¹¹. El pico de incidencia se da los días 2-4 tras la cirugía, y los pacientes generalmente presentan síntomas debidos a la arritmia¹⁰. La FA incrementa el riesgo de morbimortalidad perioperatoria¹¹ debido a ACV, tromboembolismo, fallo cardiaco, incluir infarto agudo de miocardio (IAM), hemorragia debida a anticoagulación y reingresos hospitalarios¹⁰. Los pacientes con FA postoperatoria necesitan mayor estancia hospitalaria, aumento de ingresos en UCI y generan mayor coste económico^{10,11}.

En la década pasada se ha producido un desarrollo importante de intervenciones no farmacológicas dirigidas a evitar la aparición de FA o limitar su expresión, como algunas técnicas de ablación que han demostrado ser útiles para su tratamiento¹².

Fisiopatología

Factores auriculares

Cualquier cardiopatía estructural es capaz de desencadenar un lento pero progresivo cambio de remodelado auricular que promueve el depósito de tejido conjuntivo y genera fibrosis. La fibrosis y disminución de masa muscular auricular son los cambios histopatológicos más frecuentes en la FA, aunque es difícil diferenciar si los cambios son secundarios a la FA o a la cardiopatía estructural subyacente. Por una parte, el remodelado estructural da lugar a una disociación eléctrica entre fascículos musculares y heterogeneidad en la conducción local¹³, facilitando la iniciación y perpetuación de la FA¹⁴. Por otra parte, la FA genera cambios en las propiedades electrofisiológicas, función mecánica y ultraestructura auricular, con múltiples consecuencias fisiopatológicas¹⁵.

Es necesario un desencadenante para el inicio de la arritmia y un sustrato para su continuación. Las venas pulmonares, que poseen músculo con propiedades eléctricas, son el origen más frecuente de impulsos que desencadenan la arritmia¹⁶. Una aurícula grande con un periodo refractario corto y retraso en la conducción favorece la persistencia de la FA. En la FA paroxística es posible identificar el origen localizado de la arritmia, siendo más difícil en pacientes con FA persistente o permanente.

Puede existir un componente familiar en la FA de inicio precoz¹⁷. Existen síndromes cardíacos hereditarios asociados a FA, como el síndrome de QT corto y largo y el síndrome de Brugada¹⁸.

Conducción auriculoventricular

La conducción oculta, el tono autonómico y la refractoriedad intrínseca del nodo auriculoventricular (NAV), en ausencia de una vía accesoria o disfunción His-Purkinje, son los limitantes de la respuesta ventricular rápida en la FA, disminuyendo o bloqueando los impulsos auriculares, lo que podría explicar la irregularidad de la respuesta ventricular durante la FA^{19,20}. La conducción auriculoventricular en pacientes con vías accesorias puede ser peligrosamente rápida, degenerando en fibrilación ventricular²¹. Por ello, en los pacientes con vías accesorias están contraindicados

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2768436>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2768436>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)