

Tratamiento de las taquiarritmias postoperatorias en la cirugía cardíaca del adulto

Fernando Enríquez¹, Antonio Jiménez²

¹Servicio de Cirugía Cardíaca

Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca

²Servicio de Cirugía Cardiovascular

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid

Las arritmias en el periodo postoperatorio de la cirugía cardíaca requieren, en su particular contexto, un tratamiento específico. La presente revisión expone y actualiza la evidencia científica en los diversos tratamientos de las taquiarritmias postoperatorias en la cirugía cardíaca del adulto.

Palabras clave: Arritmias. Postoperatorio. Cirugía cardíaca.

Treatment of postoperative arrhythmias after adult cardiac surgery

Arrhythmias in the postoperative period of cardiac surgery require, in their particular context, specific treatment. This review presents and updates scientific evidence on various treatments of postoperative tachyarrhythmias in adult cardiac surgery.

Key words: Arrhythmias. Postoperative period. Cardiac surgery.

INTRODUCCIÓN

Las taquiarritmias pueden complicar la evolución de cualquier intervención reglada de cirugía cardíaca o ser una manifestación de otra complicación subyacente (taponamiento, hemorragia, insuficiencia respiratoria...) que requiera un tratamiento urgente, y, por lo tanto, estas situaciones deben descartarse, en especial en aquellos pacientes que no mejoran tras el control del ritmo cardíaco.

No todos los episodios requieren de tratamiento farmacológico, ya que muchos son autolimitados o responden a las medidas generales y profilácticas. El correcto tratamiento de las arritmias postoperatorias requiere de sistemas de detección eficaces (telemetría o la realización de exploraciones periódicas), la detección precoz de los factores precipitantes o complicaciones, y de protocolos de actuación para iniciar lo más rápidamente posible el tratamiento.

Esta revisión pretende actualizar y exponer la evidencia científica en los diversos tratamientos de las taquiarritmias en la cirugía cardíaca del adulto.

DIAGNÓSTICO

Los sistemas de monitorización telemétrica con alarmas automáticas son los ideales para la detección y tratamiento precoz de las arritmias. Estos sistemas deben mantenerse no sólo en el postoperatorio inmediato en la unidad de cuidados intensivos, sino, si es posible, durante todo del ingreso hospitalario, ya que las arritmias auriculares tienen un pico de incidencia entre el segundo y tercer día postoperatorio, y las ventriculares suelen aparecer a los 3,9 días de la cirugía (con el 60% de los episodios después del 2.º día postoperatorio); además, un elevado porcentaje de los pacientes presenta una recurrencia durante el ingreso^{1,2}.

Si es posible, se debe registrar un electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones para distinguir las arritmias ventriculares de las auriculares con conducción aberrante, y se recomienda la realización de un auriculograma con los cables epicárdicos temporales que puede detectar las ondas de *flutter*; la actividad errática de la fibrilación auricular (FA), la disociación auriculoventricular (AV)

Correspondencia:

Fernando Enríquez Palma

Servicio Cirugía Cardíaca

Hospital Universitario Son Dureta

Andrea Doria, s/n

07014 Palma de Mallorca

E-mail: fenriquezp@gmail.com

Recibido: 20 de enero de 2010

Aceptado: 29 de abril de 2010

TABLA I. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LAS TAQUIARRITMIAS POSTOPERATORIAS

- Los β -bloqueadores parecen ser los fármacos de primera línea para el control de la frecuencia cardíaca (recomendación clase I; nivel de evidencia B)
- Como fármacos de segunda línea para el control de la frecuencia se pueden utilizar calcioantagonistas (recomendación clase IIa; nivel de evidencia B)
- La amiodarona puede ser una alternativa en el control de la frecuencia (recomendación clase IIa; nivel de evidencia C), aunque su indicación es la cardioversión farmacológica, en especial en pacientes con disfunción ventricular (recomendación clase I; nivel de evidencia B)
- La digoxina puede ser útil en el control del ritmo en pacientes con disfunción ventricular (recomendación clase IIa; nivel de evidencia B). No es útil en la reversión del ritmo (recomendación clase IIb; nivel de evidencia B)
- La cardioversión es recomendable en FA postoperatoria refractaria, prestando atención a las necesidades de tratamiento antitrombótico. Son deseables los sistemas de energía bifásicos para este procedimiento (recomendación clase IIa; nivel de evidencia B)
- En pacientes con TV se recomienda usar los antiarrítmicos de forma similar a pacientes no quirúrgicos, aunque la amiodarona puede ser de primera elección en pacientes con disfunción ventricular (recomendación clase IIa; nivel de evidencia B)
- Es razonable la continuación de la terapia antiarrítmica durante 4-6 semanas tras la reversión de la arritmia (recomendación clase IIa; nivel de evidencia C)
- No se deben utilizar fármacos de clase Ic en el contexto perioperatorio ni en pacientes isquémicos (recomendación clase III; nivel de evidencia B)

típica de las arritmias ventriculares y otros mecanismos asociados. Posteriormente, de forma continua o a intervalos, se debe tener registro de ECG para confirmar la reversión a ritmo sinusal³.

TRATAMIENTO

Hay medidas generales como corregir cualquier comorbilidad médica subyacente que pueda desencadenar o perpetuar la arritmia. Para ello se ha recomendado la realización de un análisis de sangre si no se dispone de uno reciente dentro de las primeras 6 h (para arritmias auriculares) o de forma urgente (para arritmias ventriculares) con gasometría, para comprobar el estado de hemoglobina, leucocitos, potasio, función renal... Se deben mantener unos niveles de potasio sobre los 4,5 mmol/l. Se recomienda un control diario de iones si la arritmia se mantiene³. Optimizaremos la saturación arterial (mantener por encima del 95%) y el estado de volemia (corregir hipo/hipervolemia).

El tratamiento de elección de aquellas arritmias que condicionan inestabilidad clínica o hemodinámica es la cardioversión eléctrica urgente. Para las arritmias estables se han ensayado distintos enfoques terapéuticos que se resumen a continuación (Tabla I).

TAQUIARRITMIAS SUPRAVENTRICULARES

Aunque la FA postoperatoria (FAP) suele autolimitarse, y algunos episodios son muy breves, el inicio del tratamiento precoz suele conducir a una resolución más rápida, y a unas tasas de éxito mayores (Fig. 1). Se han evaluado dos estrategias terapéuticas que pueden resumirse en: control del ritmo y control de la frecuencia cardíaca. Actualmente la evidencia apunta hacia una estrategia precoz de control del ritmo, ya que mejora la situación hemodinámica, disminuye la necesidad de cardioversión, aumenta la duración en ritmo sinusal, es útil cuando hay contraindicación a la anticoagulación y disminuye la estancia hospitalaria^{4,5}.

- Control de frecuencia: en ocasiones el control de la frecuencia es difícil por el aumento del tono adrenérgico posquirúrgico, aunque se deben tener en cuenta otras causas como la disfunción ventricular de base, fiebre, anemia, etc., que pueden contribuir. Los fármacos de elección para el control de la frecuencia son los β -bloqueadores, especialmente en pacientes isquémicos. No hay estudios frente a placebo, pero comparados con otros tratamientos estos fármacos son ligeramente superiores a diltiazem y digoxina^{3,6}. A dosis altas suelen acompañarse de hipotensión frecuente (especialmente con esmolol), por lo que se deben evitar en el contexto posquirúrgico inmediato, iniciándose de forma progresiva. El sotalol muestra un ligero beneficio sobre metoprolol, probablemente por su acción grupo III⁷.

Si los β -bloqueadores no son tolerados o están contraindicados se utilizan calcioantagonistas no dihidropiridínicos como segunda opción. Diltiazem en uso endovenoso controla la frecuencia de forma similar a esmolol. La dosis media es de 0,25 mg/kg en 2 min, seguida de una infusión de 5 mg/h (deben usarse perfusiones por su corta vida media). Se observaron también episodios de hipotensión. El verapamilo no ha mostrado claros efectos y los estudios con este fármaco muestran deficiencias⁷. La amiodarona, especialmente endovenosa, se ha usado con este fin en pacientes refractarios a las medidas convencionales e inestables, aunque los estudios son de tamaño de muestra reducido y no hay comparación con placebo^{6,8}. La digoxina tiene una tasa muy baja de efectos secundarios, siendo una opción útil especialmente si hay disfunción ventricular, insuficiencia cardíaca o hipotensión; aunque el control de la frecuencia parece ser menor que con diltiazem y amiodarona, y los estudios son pequeños. Su efecto llega a los 60 min, con un pico

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2907890>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2907890>

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