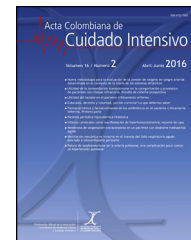




Acta Colombiana de Cuidado Intensivo

www.elsevier.es/acci



REVISIÓN

Fibrilación auricular *de novo* en el paciente crítico: ¿en dónde estamos?

Mario Andres Hernandez-Sómerson^{a,*}, Omar Bernal-Ramirez^b,
Juan Camilo Jiménez-Palomino^b, Samuel Rodriguez-Urueña^c,
Fernando Montoya Agudelo^d, Alberto Gonzalez-Robles^e,
Handerson Rafael Osma-Charris^f y Camilo Escobar-Castaño^f

^a Mederi-Hospital Universitario Mayor, Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital de Engativá, Hospital de Suba, Clínica CAFAM, Bogotá, Colombia

^b Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital de Engativá, Hospital de Suba, Clínica CAFAM, Bogotá, Colombia

^c Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital de Engativá, Clínica CAFAM, Bogotá, Colombia

^d Unidad de Cuidados Intensivos, Clínica CAFAM, Bogotá, Colombia

^e Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia

^f Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

Recibido el 13 de febrero de 2017; aceptado el 20 de octubre de 2017

PALABRAS CLAVE

Fibrilación auricular;
Cuidado crítico;
Cardioversión
eléctrica;
Antiarrítmicos;
Anticoagulación

Resumen La fibrilación auricular que inicia en el paciente críticamente enfermo tiene factores de riesgo, desenlaces clínicos y tratamiento diferentes al escenario ambulatorio. Su incidencia en cuidados intensivos generales está alrededor del 4,5 al 15%, frecuentemente es un evento transitorio considerado un marcador de severidad de la enfermedad y un factor de riesgo para morbilidad. A pesar de ello, pocos estudios clínicos respaldan las intervenciones realizadas. La reversión de condiciones desencadenantes es el primer paso del manejo, una estrategia de control de frecuencia cardíaca debe ser el objetivo inicial y la utilización de cardioversión eléctrica o medicación antiarrítmica se determina según la estabilidad hemodinámica del paciente. Por último, una estimación adecuada del riesgo de sangrado y de eventos cerebrovasculares isquémicos debe definir el inicio de anticoagulación.

© 2017 Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: somerson18@hotmail.com (M.A. Hernandez-Sómerson).

<https://doi.org/10.1016/j.acci.2017.10.004>

0122-7262/© 2017 Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: Hernandez-Sómerson MA, et al. Fibrilación auricular *de novo* en el paciente crítico: ¿en dónde estamos? Acta Colomb Cuid Intensivo. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2017.10.004>

KEYWORDS

Atrial fibrillation;
Critical care;
Electrical
cardioversion;
Antiarrhythmic;
Anticoagulation

New-onset atrial fibrillation in the critically ill patient: Where are we?

Abstract New-onset atrial fibrillation in the critically ill patient has different risk factors, clinical outcomes, and treatments than in the outpatient setting. Its incidence in general intensive care is about 4.5% to 15%, and is often a transient event, as well as being considered a marker of the severity and a risk factor for morbidity and mortality. However, few clinical studies support the interventions. Treatment of the triggering cause is its first step of management, an strategy of control the heart rate must be the initial goal, and the use of electrical or pharmacological cardioversion should be determined by the stability of the patient. Finally, an appropriate estimate of the risk of bleeding and stroke should define the start of anticoagulation.

© 2017 Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La fibrilación auricular es la arritmia más frecuente en la población mundial con una prevalencia entre el 0,5 al 1% y es considerada, en países desarrollados, como un problema de salud pública mayor por su asociación a mortalidad, morbilidad, costos en el sistema de salud, discapacidad y deterioro en la calidad de vida. De manera directa, la fibrilación auricular duplica el riesgo de muerte en comparación con personas que no la presentan, pero también genera mortalidad indirecta por su relación con otras patologías, como la isquemia miocárdica, la exacerbación de falla cardíaca y la cardiomiopatía inducida por taquicardia¹⁻³.

La fibrilación auricular que inicia durante la enfermedad crítica, tiene una epidemiología y desenlaces clínicos diferentes al paciente ambulatorio. Su incidencia en la unidad de cuidados intensivos ha sido reportada entre el 4,5 y 15% de los casos, mientras en postoperatorios de cirugía cardíaca y torácica puede ser tan alta como del 10 al 65%, usualmente al segundo o tercer día luego de la cirugía⁴. El paciente críticamente enfermo es especialmente propenso a la aparición de fibrilación auricular por su estado de estrés adrenérgico y la concomitancia con ciertas condiciones como la sepsis, la cardiopatía estructural, el uso de medicamentos vasoactivos, la cirugía cardiovascular, la cirugía torácica y los desórdenes electrolíticos.

En general, la fibrilación auricular es un evento transitorio en el escenario crítico, donde solo el 18% de los pacientes que la presentan persisten con ella en el momento del alta de la unidad de cuidados intensivos (UCI)⁵, siendo actualmente considerada un marcador de severidad de la enfermedad crítica y un factor independiente de mortalidad. Por otro lado, la morbilidad derivada de esta arritmia incluye: el aumento de eventos cerebrovasculares isquémicos intrahospitalarios en el paciente séptico, mayores tasas de hospitalización por falla cardíaca e inestabilidad hemodinámica, así como poca respuesta a la cardioversión eléctrica y a la medicación antiarrítmica, y aumento en la estancia y en los días de ventilación mecánica en cuidados intensivos^{6,7}.

A pesar de ello, pocos estudios clínicos avalan las intervenciones realizadas y la mayoría de las conductas son extrapoladas de otros escenarios o basadas en recomendaciones de expertos.

El presente trabajo revisa la literatura actual sobre la fibrilación auricular de reciente inicio en la UCI, con el objetivo de brindar herramientas al médico especialista para dirigir una terapia adecuada.

Metodología

Se realizó una búsqueda en PUBMED, MEDLINE Y LILACS hasta el 31 de enero de del 2017, sin distinción de idioma, ni límite de tiempo, con los siguientes términos: («Atrial Fibrillation» [Mesh]) AND «Critical Care» [Mesh]; se revisaron un total de 326 referencias por título y resumen, se escogieron artículos originales y de revisión que incluyeran aspectos epidemiológicos, factores asociados a la aparición y el manejo de los pacientes que desarrollan fibrilación auricular durante su estancia en la UCI. Se revisaron las recomendaciones actuales y las guías de manejo de las principales sociedades científicas. Un total de 52 manuscritos se incluyeron en la bibliografía.

Factores de riesgo y desenlaces clínicos

Los factores de riesgo para la aparición de fibrilación auricular en la UCI pueden ser divididos en modificables y no modificables. De estos últimos, la edad avanzada sigue siendo el más importante, seguido del infarto agudo de miocardio, el trauma torácico penetrante, la cirugía torácica y los procedimientos cardiovasculares⁸. Kanji et al.⁵ estudiaron a pacientes en UCI médicos y quirúrgicos no cardíacos, encontrando que hasta el 73% de los factores de riesgo eran modificables, en orden de frecuencia: hipotensión, uso de vasopresores o inotrópicos, choque séptico, balance hídrico acumulado mayor a 5 l a las 48 h de ingreso e inserción de catéter de arteria pulmonar. Menos frecuentemente reportan acidemia, hemoglobina menor de 8 g/dl y los trastornos hidroelectrolíticos como desencadenantes de fibrilación auricular, por lo tanto, el primer paso para el manejo adecuado de estos pacientes debe ser la reversión de condiciones modificables.

La incidencia de fibrilación auricular *de novo* en el postoperatorio de cirugía torácica es muy baja en toracotomías exploratorias, procedimientos menores toracoscópicos o resecciones pulmonares mínimas, pero se incrementa por encima del 15% en lobectomías, neumonectomías,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8694497>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8694497>

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