

FA y Cirugía: ¿Amistades peligrosas?



PACIENTE A



56 años. Dislipemia.

IAM no Q. Enfermedad de 3 vasos.

FEVI preservada. NYHA I.

Cirugía de revascularización coronaria (by pass x 3).

ECG pre-Qx: RS, Q en III.

Episodio de FA rápida durante su estancia en UCI.

Se inicia betabloqueante consiguiendo FC en rango normal. Reversión a RS tras administración de amiodarona iv.

En RS al alta a planta (48 horas).

PACIENTE B



70 años.

Sin antecedentes relevantes. NYHA I.

Cirugía general (Colecistectomía).

ECG pre-Qx: RS, sin alteraciones.

Episodio de FA rápida en el posoperatorio inmediato.

Se inicia betabloqueante consiguiendo FC en rango normal. Reversión a RS tras administración de amiodarona iv a las 32 horas.

ETT: Ausencia de cardiopatía estructural.

¿Es relevante el tipo de cirugía para decidir si planteamos ANTICOAGULACIÓN CRÓNICA?



Es un dato que tendría en cuenta



No se considera relevante para esta decisión

¿Es relevante el tipo de cirugía para decidir si planteamos ANTICOAGULACIÓN CRÓNICA?



Es un dato que tendría en cuenta



No se considera relevante para esta decisión

PACIENTE A



	CHA ₂ DS ₂ VASc
Insuficiencia cardiaca congestiva / disfunción VI	1
Hipertensión	1
Edad ≥ 75 años	1
Diabetes Mellitus	1
Ictus / AIT / Tromboembolismo	2
Enfermedad vascular	1
Edad 65-74	1
Sexo femenino	1
Total	9

CHA₂DS₂-vasc = 1
(enfermedad vascular)

PACIENTE B



	CHA ₂ DS ₂ VASc
Insuficiencia cardiaca congestiva / disfunción VI	1
Hipertensión	1
Edad ≥ 75 años	1
Diabetes Mellitus	1
Ictus / AIT / Tromboembolismo	2
Enfermedad vascular	1
Edad 65-74	1
Sexo femenino	1
Total	9

CHA₂DS₂-vasc = 1
(edad 65 – 74 años)

La toma de decisiones compartida con el paciente es importante....

Guías ESC FA 2020. Rev Esp Cardiol. 2021;74(5):437.e1-437.e1

2020	Clase ^a
Para optimizar la toma compartida de decisiones sobre opciones específicas para el tratamiento de la FA, se recomienda: <ul style="list-style-type: none">• Informar al paciente sobre las ventajas/limitaciones y riesgos/beneficios asociados con las opciones de tratamiento que se están valorando y• Discutir con el paciente la carga potencial del tratamiento e incluir la percepción del paciente sobre ello en la toma de decisiones	I

Paciente A y B → reversión farmacológica de FA de duración > 24 horas

Ello implica que debemos **anticoagular durante al menos 4 semanas** después del paso a Ritmo Sinusal a los 2 pacientes.

Para pacientes con FA de duración > 24 h sometidos a cardioversión, la anticoagulación terapéutica debe continuar durante al menos 4 semanas, incluso después del éxito de la cardioversión a ritmo sinusal; la decisión de mantener el tratamiento con ACO a largo plazo (más de 4 semanas) depende de la presencia de factores de riesgo de ictus

Ila

Guías ESC FA 2020. Rev Esp Cardiol. 2021;74(5):437.e1-437.e1

PERO.... ¿anticoagulación sólo 4 semanas o indefinidamente?

Ningún ensayo clínico aleatorizado ha investigado específicamente la necesidad de anticoagulación oral para los pacientes con solo **1 factor de riesgo** no relacionado con el sexo de la escala CHA2DS2-VASc (los estudios sobre anticoagulación han incluido preferentemente a pacientes con riesgo alto para obtener tasas elevadas de eventos y completar el estudio a tiempo), pero **la revisión del análisis de subgrupos y datos de estudios observacionales indica que la administración de Anticoagulación Oral a estos pacientes confiere un beneficio neto clínico positivo** si se sopesa la reducción del riesgo de ictus frente al riesgo potencial de complicaciones hemorrágicas graves.

Stroke, 46 (2015), pp. 143-150

Circ Arrhythm Electrophysiol, 5 (2012), pp. 319-326

Rev Esp Cardiol. 2021;74(5):437.e1-437.e1

Y sobre el tipo de cirugía... ¿tiene alguna relevancia?

La FA posoperatoria, definida como FA de nueva aparición en el posoperatorio inmediato. Es un problema clínico que sucede en el 20-50% de los pacientes sometidos a cirugía cardíaca, en el 10-30% cirugía torácica no cardíaca y en el 5-10% cirugía vascular o colorrectal. El pico de incidencia se sitúa entre los días 2 y 4 del posoperatorio.

La FA posoperatoria se ha asociado a un aumento de 4-5 veces el riesgo de recurrencia de FA durante los 5 años siguientes. También se la considera un factor de riesgo de ictus, infarto de miocardio y muerte frente a pacientes sin FA posoperatoria.

Sin embargo, la evidencia sobre los efectos de los ACO en pacientes con FA posoperatoria no es sólida.

- Datos observacionales indican que, aunque la **FA posoperatoria tras la cirugía de revascularización coronaria** *no es equivalente a la FA no relacionada con cirugía*, la administración de ACO durante el seguimiento se asoció con un riesgo significativamente más bajo de eventos tromboembólicos en ambas formas de FA, comparada con la ausencia de ACO.
- Según datos publicados, la **FA posoperatoria tras cirugía no cardíaca** se asoció con un riesgo tromboembólico a largo plazo *similar al de la FA no relacionada con cirugía*, y el tratamiento anticoagulante oral se asoció con menos riesgo de eventos tromboembólicos y muerte por todas las causas, de manera comparable en ambos grupos.

Los estudios actualmente en marcha sobre **cirugía cardíaca (PACES: Anticoagulation for New-Onset Post-Operative Atrial Fibrillation After CABG)** y **cirugía no cardíaca (ASPIRE-AF: Anticoagulation for Stroke Prevention In Patients With Recent Episodes of Perioperative Atrial Fibrillation After Noncardiac Surgery)** aportarán más información sobre el tratamiento anticoagulante a largo plazo tras FA posoperatoria.

RECOMENDACIONES FA POSOPERATORIA GUIAS ESC FA 2020

Rev Esp Cardiol. 2021;74(5):437.e1–437.e1

Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b
Se recomienda el tratamiento perioperatorio con amiodarona o bloqueadores beta para la prevención de la FA posoperatoria tras la <u>cirugía cardíaca</u> ^{1390,1492}	I	A
Se debe considerar los ACO a largo plazo para prevenir eventos tromboembólicos en pacientes con riesgo de ictus y FA posoperatoria tras <u>cirugía no cardíaca</u> , teniendo en cuenta el beneficio clínico estimado del tratamiento anticoagulante y las preferencias del paciente informado ^{1404,1405,1408,1409}	IIa	B
Se pueden considerar los ACO a largo plazo para prevenir eventos tromboembólicos en pacientes con riesgo de ictus y FA posoperatoria tras <u>cirugía cardíaca</u> , teniendo en cuenta el beneficio clínico estimado del tratamiento anticoagulante y las preferencias del paciente informado ^{1404,1405,1408,1409}	IIb	B
No se debe administrar sistemáticamente bloqueadores beta para la prevención de la FA posoperatoria a pacientes que se van a someter a <u>cirugía no cardíaca</u> ¹⁴¹⁰	III	B