

Artículo especial

Selección de temas de actualidad en arritmias y estimulación cardiaca 2015



Cardiac Arrhythmias and Pacing 2015: A Selection of Topical Issues

Rafael Peinado^{a,*}, Francisco Ruiz-Mateas^b, Maite Izquierdo^c, Eduardo Arana^d, Maria Robledo^e, Miguel Angel Arias^f, Juan Jiménez-Jáimez^g, Moisés Rodríguez-Mañero^h y Javier Chimenoⁱ^a Unidad de Arritmias y Electrofisiología Cardíaca, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España^b Unidad de Estimulación Cardíaca, Área de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, España^c Unidad de Arritmias, Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España^d Unidad de Arritmias, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España^e Sección de Arritmias, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Araba, Vitoria, Álava, España^f Unidad de Arritmias y Electrofisiología Cardíaca, Servicio de Cardiología, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España^g Unidad de Arritmias, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España^h Unidad de Arritmias, Departamento de Cardiología, Complejo Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, Españaⁱ Sección de Cardiología, Hospital Virgen de la Concha, Zamora, España

Historia del artículo:

On-line el 15 de enero de 2016

INTRODUCCIÓN

En el último año el número de publicaciones relevantes en los campos de la electrofisiología cardíaca, la arritmología clínica y la estimulación cardíaca ha sido tan elevado que es del todo imposible resumir en este artículo tanta información. Bajo esta premisa, hemos pretendido hacer una selección de las aportaciones que, a nuestro juicio, han tenido mayor trascendencia para el cardiólogo clínico y resumir su contenido tanto como fuera posible. Pedimos disculpas por las omisiones obligadas de muchos estudios de importancia clínica.

NOVEDADES EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR

Ablación con catéter

Un registro de la Sociedad Europea de Cardiología da una idea del manejo y los resultados de la ablación de la fibrilación auricular (FA) en Europa¹. Tras 1 año de seguimiento, el éxito sin fármacos fue del 41% y con fármacos, del 73%, con un 1,7% de complicaciones mayores.

Diversos estudios intentan demostrar sin éxito que el abordaje del sustrato, más allá del aislamiento de las venas pulmonares, incrementaría estos resultados. Así, la realización de líneas adicionales y la ablación de electrogramas fraccionados o de áreas de frecuencia dominante no aportaron beneficio añadido^{2,3}. Además, los grupos de ablación adicional tuvieron mayores tiempos de procedimiento, con mayor riesgo potencial de complicaciones. Por lo tanto, actualmente el aislamiento de venas pulmonares es el procedimiento más eficaz para el tratamiento de la FA.

* Autor para correspondencia: Unidad de Arritmias y Electrofisiología Cardíaca, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, P.º de la Castellana 261, 28046 Madrid, España.

Correo electrónico: rpeinado@secardiologia.es (R. Peinado).

Full English text available from: www.revespcardiol.org/en

Sin embargo, la capacidad para conseguir un aislamiento transmural y permanente con las técnicas actuales es limitada, centrándose los avances tecnológicos en la optimización del procedimiento. Al valorar la fibrosis auricular con resonancia magnética cardíaca, raramente se aprecia una escara completa en las zonas previamente ablacionadas. No parece que este dato se asocie a las recidivas, pero sí la fibrosis basal y la no incluida en las zonas de ablación⁴. La utilización de catéteres con sensor de fuerza de contacto crea lesiones más eficaces y persistentes y permite obtener mejores resultados en el seguimiento⁵. La ablación con crioterapia ha mejorado con la incorporación de balones de segunda generación y ha obtenido resultados similares a los de la radiofrecuencia⁶. La ablación con catéter-balón con energía láser se incorpora con un perfil de eficacia y seguridad aceptables, aunque son necesarios estudios con seguimiento a largo plazo⁷.

Manejo de los pacientes tras la ablación

El estudio AMIO-CAT⁸ ha demostrado que el uso de amiodarona durante los primeros 3 meses tras la ablación, aunque inicialmente disminuye las hospitalizaciones por recurrencia y cardioversiones, no reduce significativamente las recidivas a largo plazo.

El tratamiento intensivo del sobrepeso y otros factores de riesgo cardiovascular son claros predictores del éxito y la mejoría clínica tras la ablación^{9,10}, por lo que es fundamental su control antes y después de la ablación. Esto se debe en parte a la influencia en el sustrato auricular⁹.

La reducción de las complicaciones embólicas periprocedimiento sigue acaparando mucho interés. El uso continuo de warfarina frente a la terapia puente con heparina se propone como una estrategia eficaz y segura para pacientes con alto riesgo embólico y disminuye las embolias y las hemorragias menores¹¹.

Novedades en el tratamiento anticoagulante oral

Una de las principales aportaciones durante el pasado año en el campo de los nuevos anticoagulantes orales ha sido la disponibilidad del idarucizumab, primer fármaco que revierte rápida y completamente el efecto del dabigatrán¹².

Abreviaturas

DAI: desfibrilador automático implantable

FA: fibrilación auricular

MSC: muerte súbita cardiaca

TRC: terapia de resincronización cardiaca

TV: taquicardia ventricular

Un subanálisis del estudio ARISTOTLE evaluó el efecto del apixabán y la warfarina en pacientes con enfermedad valvular moderada-grave (excepto aquellos con estenosis mitral grave o con prótesis mecánica). No se encontraron diferencias en cuanto a la tasa de accidente cerebrovascular y embolia sistémica, pero el apixabán redujo tanto la incidencia de hemorragia como la mortalidad¹³.

En pacientes en hemodiálisis, tanto el rivaroxabán como el dabigatrán se asociaron con más riesgo de hospitalización o muerte debida a hemorragia mayor que el tratamiento con warfarina¹⁴.

El estudio ORBIT-AF¹⁵ ha demostrado que la terapia puente con heparina para pacientes con FA no valvular que vayan a someterse a procedimientos quirúrgicos se asocia a mayor tasa de hemorragia y eventos mayores que la suspensión temporal sin terapia puente.

En cuanto al riesgo embólico y hemorrágico y el tratamiento anticoagulante, un registro de Taiwán¹⁶ (n = 12.935) puso de manifiesto el beneficio de la anticoagulación oral en el subgrupo de pacientes de bajo riesgo: CHA₂DS₂-VAsc (insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión, edad \geq 75 [doble], diabetes, ictus [doble], enfermedad vascular y categoría de sexo [mujeres]) = 1 (varón), 2 (mujer). Un registro danés¹⁷ (n = 39.400) respalda la evidencia de que los pacientes con menor puntuación en la escala CHA₂DS₂-VAsc (0 [varón], 1 [mujer]) tienen bajo riesgo embólico, pero coincide con el registro taiwanés en que la presencia de un factor adicional supone un incremento significativo en la tasa de eventos embólicos. Por otra parte, el tratamiento con anticoagulantes orales en pacientes con antecedentes de hemorragia intracraneal, en comparación con el abandono de ese tratamiento, no solo disminuye la recurrencia de eventos isquémicos, sino que no se asocia a un incremento en la tasa de hemorragias recurrentes¹⁸.

Finalmente, hay que reseñar que se ha publicado un documento de consenso para el manejo del tratamiento antitrombótico para pacientes con FA y síndrome coronario agudo o intervencionismo percutáneo coronario o valvular¹⁹. En él se hace una llamada de atención a la triple terapia, se aconseja acortarla todo lo posible y se señala la posibilidad de doble terapia temprana y monoterapia para pacientes con enfermedad coronaria estable sin otro factor de riesgo.

Dieta y tratamiento farmacológico antiarrítmico

Se está demostrando la importancia del tipo de alimentación en el campo de la prevención de la FA. En un subanálisis²⁰ del estudio PREDIMED, la dieta mediterránea suplementada con una cantidad determinada de aceite de oliva virgen extra redujo la incidencia de FA en pacientes con riesgo cardiovascular intermedio-alto.

Con respecto a los fármacos antiarrítmicos, persiste la controversia sobre el papel de la digoxina en el tratamiento de la FA. En un reciente estudio²¹ (n = 2.267), esta tuvo un efecto neutro en el tiempo hasta el comienzo de los síntomas y en la hospitalización. En cuanto a la mortalidad, no aumentó entre los

pacientes con insuficiencia cardiaca, pero sí entre los pacientes sin ella. También es reseñable el estudio RAFFAELLO²², en el que la ranolazina tras la cardioversión de FA no prolongó el tiempo hasta la recurrencia, pero sí redujo la tasa.

AVANCES EN TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE ARRITMIAS VENTRICULARES

Nuevas guías de práctica clínica

Muy recientemente, la Sociedad Europea de Cardiología ha publicado las nuevas guías de manejo de pacientes con arritmias ventriculares y prevención de la muerte súbita cardiaca (MSC), concebidas como una actualización de las publicadas conjuntamente con la *American Heart Association* y el *American College of Cardiology* en 2006, con mayor énfasis en la prevención de la MSC. Las tablas 1 y 2 recogen las recomendaciones de las principales opciones terapéuticas antiarrítmicas en prevención secundaria de MSC y las de implante de desfibrilador automático implantable (DAI) en prevención primaria²³.

Ablación de taquicardia ventricular

Dada la dificultad de realizar estudios aleatorizados que demuestren un aumento en la supervivencia con la ablación de la taquicardia ventricular (TV), se buscan signos indirectos de dicho beneficio en grandes registros. Se ha publicado un metanálisis de 998 pacientes con cardiopatía isquémica y TV sometidos a ablación con catéter. La no inducibilidad tras la ablación se asoció con mayor supervivencia²⁴. Dicha asociación podría estar matizada por la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) y darse únicamente en los pacientes con FEVI $>$ 30%²⁵.

En los últimos años, el objetivo de esta técnica ha evolucionado hacia una ablación más extensa que consiga la no inducibilidad de cualquier TV. Recientemente, se han publicado 2 series, principalmente de pacientes isquémicos, en busca de dichos objetivos. La primera utiliza la técnica de *dechanneling*, que aborda los puntos de salida y entrada de los canales dentro de la escara acompañada de técnicas clásicas de cartografía de TV inducibles *a posteriori*²⁶. La segunda aborda directamente todos los potenciales retrasados dentro de la escara²⁷. Ambos trabajos incluyen muestras de alrededor de 100 pacientes con buenos resultados a 20 meses: recidiva de TV en el 28 y el 32% respectivamente.

Siguiendo el objetivo de una ablación extensa, el acceso sistemático endoepicárdico en pacientes isquémicos no seleccionados se relaciona con menor tasa de ingresos por TV y reablación si se compara con un abordaje únicamente endocárdico²⁸. Sin embargo, hay un pequeño porcentaje de pacientes que no tienen escara o no tienen sustrato abordable en el epicardio²⁸. En el último año, se publicó un estudio²⁹, realizado en cerdos con infarto crónico, en el que se muestra la potencial utilidad de la resonancia magnética cardiaca para detectar a dichos pacientes. En él, se comprobó que la detección mediante perfusión de gadolinio de «zonas grises heterogéneas» en la capa más externa epicárdica predice la inducibilidad de TV de origen epicárdico en el estudio electrofisiológico (figura 1)²⁹.

En relación con las arritmias ventriculares del tracto de salida, una distancia a la válvula pulmonar $>$ 1 cm del electrograma más precoz en el tracto de salida derecho predice un origen izquierdo³⁰. Por otro lado, se confirma la dificultad en la ablación de este tipo de arritmias ventriculares cuando el origen se encuentra próximo al denominado *summit* ventricular con una eficacia aguda en torno al 50%³¹.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3012822>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3012822>

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