

Artículo especial

Novedades en arritmias y estimulación cardiaca en 2013



Jesús Almendral^{a,*}, Marta Pombo^b, Jesús Martínez-Alday^c, José M. González-Rebollo^d, Enrique Rodríguez-Font^e, José Martínez-Ferrer^f, Eduardo Castellanos^a, F. Javier García-Fernández^g y Francisco Ruiz-Mateas^b

^a Unidad de Arritmias, Centro Integral de Enfermedades Cardiovasculares, Grupo HM Hospitales, Universidad CEU San Pablo, Madrid, España

^b Unidad de Estimulación Cardiaca, Area de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

^c Unidad de Arritmias, Servicio de Cardiología, Hospital de Basurto, Bilbao, Vizcaya, España

^d Unidad de Arritmias, Servicio de Cardiología, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

^e Unidad de Arritmias, Servicio de Cardiología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

^f Unidad de Arritmias, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Araba, Vitoria, Álava, España

^g Unidad de Arritmias, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España

Historia del artículo:

On-line el 12 de marzo de 2014

Palabras clave:

Arritmia
Taquicardia
Ablación
Desfibrilador
Estimulación
Resincronización
Marcapasos

Keywords:

Arrhythmia
Tachycardia
Ablation
Defibrillator
Pacing
Resynchronization
Pacemaker

RESUMEN

En este trabajo se comentan críticamente los artículos sobre arritmias y estimulación cardiaca aparecidos en 2013 seleccionados como más relevantes. Se repasan las arritmias, subdivididas en taquiarritmias supraventriculares regulares, fibrilación auricular y arritmias ventriculares, incluido su tratamiento mediante desfibrilador automático implantable. Se revisan las publicaciones referidas a estimulación cardiaca, subdivididas en terapia de resincronización, monitorización a domicilio dispositivos implantables y marcapasos. Finalmente, se trata el síncope.

© 2013 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Update on Arrhythmias and Cardiac Pacing 2013

ABSTRACT

This report discusses a selection of the most relevant articles on cardiac arrhythmias and pacing published in 2013. The first section discusses arrhythmias, classified as regular paroxysmal supraventricular tachyarrhythmias, atrial fibrillation, and ventricular arrhythmias, together with their treatment by means of an implantable cardioverter defibrillator. The next section reviews cardiac pacing, subdivided into resynchronization therapy, remote monitoring of implantable devices, and pacemakers. The final section discusses syncope.

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

© 2013 Sociedad Española de Cardiología. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Abreviaturas

DAI: desfibrilador automático implantable
FA: fibrilación auricular
IC: insuficiencia cardiaca
MD: monitorización a domicilio
TRC: terapia de resincronización cardiaca
VD: ventrículo derecho

INTRODUCCIÓN

El volumen anual de publicaciones en esta disciplina es literalmente inabarcable, por lo que cualquier intento de síntesis resultaría incluso temerario. Por lo tanto, tómele el presente

* Autor para correspondencia: Unidad de Arritmias, Hospital Madrid Montepríncipe, Avda. Montepríncipe, 25, 28660 Boadilla del Monte, Madrid, España.

Correo electrónico: almendral@secardiologia.es (J. Almendral).

artículo a modo de pinceladas acerca de una selección de la información publicada relevante en este campo.

TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES PAROXÍSTICAS Y FLUTTER AURICULAR

Hay dos interesantes trabajos que exprimen aún más la información obtenida del electrocardiograma de superficie: González-Torrecilla et al¹ diferencian los síndromes de preexcitación con vías accesorias estrictamente perihisianas del resto de las vías anteroseptales y medioseptales, y objetivan que la onda delta negativa en V₁-V₂ las identifica con muy pobre sensibilidad (25%) pero muy alta especificidad (92%) y que la suma de las ondas r en las mismas derivaciones (< 0,5 mV) permite identificarlas con sensibilidad y especificidad del 85,5 y el 75,5% respectivamente.

Haghjoo et al² añaden la presencia de una «pseudo-r'» en avR para identificar la taquicardia intranodular común; en su comparación, supera en bondad estadística a los signos electrocardiográficos habitualmente utilizados (pseudo-r' en V₁-V₂ y pseudo-S en derivaciones inferiores).

En cuanto a las herramientas electrofisiológicas para diferenciar la taquicardia intranodular común de la ortodrómica, es conocido el valor de los ciclos de retorno tras encarrilamiento con trenes ventriculares desde el ápex del ventrículo derecho (VD) y la medida de los intervalos (estímulo-auriculograma)-(ventrículo-auriculograma en taquicardia), pero hay un 15% de casos en los que no se puede tomar dichas medidas porque los trenes ventriculares interrumpen la taquicardia. Se ha descrito³ la validez de la determinación de las mismas medidas tras la introducción de extraestímulos ventriculares únicos o dobles durante la taquicardia, con la ventaja de que es aplicable a prácticamente todas las taquicardias.

Se conoce la importante asociación entre el síndrome de apnea obstructiva del sueño y la fibrilación auricular (FA). Bazan et al⁴ describen en su serie que el 82% de los pacientes con *flutter* auricular común sometidos a ablación sufrían apnea del sueño. En el seguimiento observaron el desarrollo de FA en un 38% de ellos; los factores protectores fueron la ausencia de FA previa y el uso de presión positiva continua en las vías respiratorias en los pacientes sin antecedentes de FA, hallazgos realmente interesantes, que hacen que nos planteemos la búsqueda de apnea del sueño en pacientes con *flutter*, ya que ese diagnóstico precoz y el inicio de la presión positiva continua en las vías respiratorias pueden disminuir el alto riesgo de caída en FA que presenta este grupo.

García-Seara et al⁵, tras 1 año de seguimiento de ablación de *flutter* común, han observado mejora de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo y la función diastólica y reducción de la presión pulmonar, con lo que comprueban el remodelado inverso funcional y estructural tras el retorno a ritmo sinusal.

Se han publicado varios artículos contradictorios acerca del uso de la adenosina para desenmascarar la conducción silente tras la ablación del istmo cavotricuspidé, como ocurre en las venas pulmonares. Finalmente, en un estudio prospectivo⁶ de 81 pacientes, con un seguimiento de 12 ± 8 meses, se objetivó que el grupo con reconexión transitoria con adenosina tenía mayor riesgo de recurrencia (riesgo relativo = 31,7), por lo que no se puede dar por finalizado el procedimiento si dicha reconexión se produce.

Con la idea de reducir el tiempo y la dosis de fluoroscopia sin aumentar el tiempo total del procedimiento de ablación, como se ha demostrado recientemente en taquicardia paroxística supra-ventricular y *flutter*, se ha lanzado una plataforma tecnológica (Mediguide Technology MG, St. Jude Medical Inc.) (figura 1). Consiste en crear un campo electromagnético tridimensional para localizar sensores en dispositivos médicos (vainas, catéteres, guías, etc.) que consiga la visualización de las puntas de los catéteres con

movimientos en tiempo real sobre las imágenes fluoroscópicas pregrabadas.

FIBRILACIÓN AURICULAR

Embolias cerebrales silentes: también sin ablación

En los últimos años ha surgido gran preocupación tras observarse, mediante técnicas sofisticadas de resonancia magnética cerebral, pequeñas embolias clínicamente silentes tras procedimientos de ablación. Vázquez et al⁷, al estudiar la resonancia magnética cerebral antes y después de la cardioversión eléctrica, encuentran que no se producen lesiones nuevas tras la cardioversión, pero que el 56% de los pacientes tenía ya lesiones isquémicas cerebrales clínicamente silentes, que habían ocurrido de manera espontánea. Igualmente, se ha observado que, en pacientes diabéticos, la FA asintomática es frecuente y se asocia con infarto cerebral silente espontáneo en el 61% de los casos⁸.

Múltiples publicaciones que comparan ablación y fármacos antiarrítmicos

Desde hace 10 años se suceden las publicaciones que comparan tratamientos con ablación y con fármacos antiarrítmicos. En la tabla 1 se resumen estas publicaciones previas según un artículo de revisión reciente⁹, y se añade una nueva publicación¹⁰ de 2013 cuya novedad es que los pacientes incluidos no habían recibido previamente fármacos antiarrítmicos y que la eficacia se mide por carga arrítmica. Aunque la conclusión principal es que no hay diferencias en la carga arrítmica, la ablación muestra mejores resultados a los 24 meses y también cuando se considera la proporción de pacientes libres de recurrencias; además, el 36% de los pacientes asignados a fármacos precisaron ablación. La tabla 1 muestra que la principal diferencia con los estudios previos no es la eficacia de la ablación, sino la mayor eficacia de los fármacos, probablemente porque se trata de pacientes que no los han recibido previamente. También se ha comparado por primera vez la ablación con una estrategia de control de frecuencia en pacientes con FA persistente e insuficiencia cardiaca (IC) con el objetivo primario del consumo pico de oxígeno; sin embargo, la ablación resultó superior¹¹.

Más sobre control de frecuencia comparado con el control de ritmo

Numerosos ensayos clínicos aleatorizados han demostrado que la estrategia de control de frecuencia no conduce a mayor mortalidad que la de control de ritmo. Sin embargo, se sospecha que se debe a la escasa eficacia de las terapias para control de ritmo, ya que, cuando se considera el subgrupo de pacientes que mantienen el ritmo sinusal, la supervivencia es mejor. Dos nuevos estudios parecen confirmar la superioridad del ritmo sinusal. En pacientes con IC, la estrategia de control de ritmo no es superior a la de control de frecuencia, pero los pacientes con mayor proporción de tiempo en ritmo sinusal presentan mejoría de la clase funcional¹². En un estudio poblacional en más de 26.000 pacientes con un seguimiento de 8 años, se ha observado por primera vez que la estrategia de control de ritmo es superior, pero empieza a mostrar mejor supervivencia a partir del cuarto año de seguimiento¹³.

ARRITMIAS VENTRICULARES

Algunas arritmias ventriculares pueden tener consecuencias fatales para el paciente, por lo que es importante precisar el

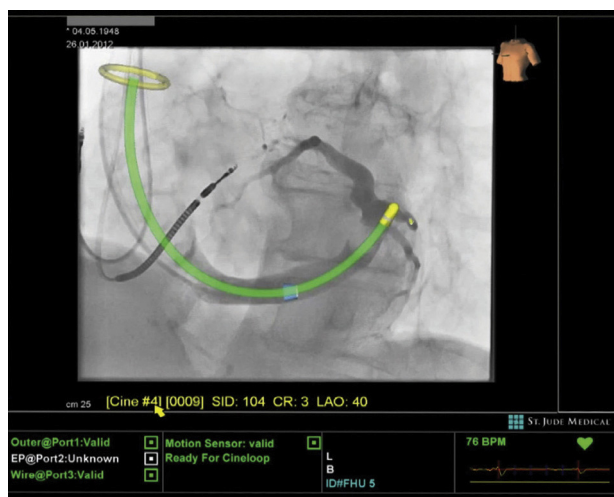


Figura 1. Imagen de Mediguide™ Technology durante implante de resincronizador cardiaco. Reproducido con permiso de St. Jude Medical, 2013.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3014104>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3014104>

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