



SOCIEDAD
COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA Y
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Revista Colombiana de Cardiología

www.elsevier.es/revcolcar



ARTÍCULO ESPECIAL

Impacto y riesgos del tratamiento con antiarrítmicos en el control de la fibrilación auricular



Impact and risks of antiarrhythmic drug therapy in the control of atrial fibrillation

David Ricardo Vásquez-Acero^{a,e} y Alejandro Olaya-Sánchez^{b,c,d,e,f,*}

^a Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia

^b Programa postgrado Cardiología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia

^c Fundación Santa Fe, Bogotá, Colombia

^d Hospital San José, Bogotá, Colombia

^e Clínica Los Nogales, Bogotá, Colombia

^f Hospital Cardiovascular del Niño, Soacha, Colombia

Recibido el 3 de octubre de 2016; aceptado el 6 de octubre de 2016

Disponible en Internet el 4 de noviembre de 2016

La estrategia del control del ritmo o el mantenimiento del ritmo sinusal, basado en la fisiología y el compromiso fisiopatológico de la fibrilación auricular, es una prioridad en varios escenarios en el abanico de presentación de la enfermedad. Las guías generan recomendaciones con base en la evidencia en un amplio rango de áreas en relación con la fibrilación auricular. Tan solo 30 segundos de duración de la arritmia son suficientes para considerarla como factor de morbimortalidad¹, de donde se dependen indicaciones en el control de la coagulación así como del ritmo y de la frecuencia cardíaca. Varias herramientas se han puesto a la mano para restaurar, prevenir y mantener en ritmo sinusal; estas son la cardioversión farmacológica con antiarrítmicos, la cardioversión eléctrica y la ablación con catéter de radiofrecuencia.

En la literatura médica, numerosos estudios y ensayos clínicos han tratado de demostrar la superioridad del control

del ritmo versus el control de la frecuencia, sin encontrar una diferencia clara en los desenlaces de impacto, principalmente en mortalidad. El control del ritmo conlleva mayor número de hospitalizaciones; sin embargo mejora de manera ostensible la calidad de vida de los pacientes al llevar a la remisión de los síntomas. A medida que más síntomas se manifiestan y más se compromete la calidad de vida, mayor indicación toma el control del ritmo. Otros factores que intervienen en la decisión del mantenimiento del ritmo sinusal son la edad menor de 65 años, el inicio reciente (< 7 días), la dificultad para controlar la frecuencia cardíaca, la sospecha o certeza de taquicardiomiopatía por remodelamiento, la fibrilación auricular debida a enfermedad aguda y el primer episodio de fibrilación auricular del paciente.

Este capítulo se concentrará en los medicamentos que por sus propiedades farmacológicas son capaces de lograr el objetivo de controlar el ritmo, su eficacia y sus posibles complicaciones².

Gran cantidad de estudios comparan la efectividad de las estrategias en fibrilación auricular en diversos escenarios. En cuanto a controlar el ritmo versus la frecuencia, la eficacia es similar en pacientes mayores con síntomas leves.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aolaya2000@hotmail.com
(A. Olaya-Sánchez).

El aislamiento de venas pulmonares resulta ser la mejor conducta al compararse con los antiarrítmicos para disminuir las recurrencias de la enfermedad, especialmente en pacientes jóvenes con estructuralidad cardiaca leve y fibrilación auricular paroxística.

El control del ritmo tiene como objetivo cumplir como estrategia efectiva para la cardioversión de fibrilación auricular a ritmo sinusal, la reducción de paroxismos de fibrilación auricular y el mantenimiento del ritmo sinusal a largo plazo. Infortunadamente en nuestro medio no se cuenta con todo el arsenal farmacológico para lograr este objetivo, limitándose a unos cuantos representantes de los grupos de antiarrítmicos, por ejemplo, ibutilide, que es capaz de revertir con mayor eficacia los eventos de fibrilación auricular, con reportes de eficacia para restaurar el ritmo sinusal hasta en el 50% de los casos, en menos de 30 minutos, con frecuencia baja de complicaciones (entre el 3–4%) como taquicardia ventricular polimórfica por prolongación del segmento QT. Por otro lado, la amiodarona, posiblemente el antiarrítmico de mayor uso en el ámbito hospitalario, por vía endovenosa, es efectivo en numerosos casos para controlar la frecuencia cardiaca; sin embargo el control del ritmo casi siempre es tardío. Un estudio demostró que la administración de la dosis de carga oral de amiodarona en pacientes con fibrilación auricular, resultó en conversión a sinusal en alrededor del 25% de los casos en forma tardía (semanas). Es fundamental detectar las causas que conllevan la aparición de fibrilación auricular, principalmente estados agudos de enfermedad, ya que a pesar de su eficacia, de no resolverse el uso de estos agentes será inútil para lograr los objetivos trazados.

Las guías de manejo de fibrilación auricular de 2014, publicadas por el Colegio americano de cardiología (JACC, su sigla en inglés), proponen, con nivel de evidencia I, el uso de amiodarona, dofetilide, flecainida, dronedarona, propafenona y sotalol como medicamentos antiarrítmicos aprobados para mantener el ritmo sinusal. En la [tabla 1](#) se resumen dosis, vía de administración y efectos adversos de cada medicación.

Además de tener en cuenta los factores desencadenantes de la fibrilación auricular, será de igual importancia determinar aquellos que favorecen la aparición de efectos adversos según el perfil farmacológico de cada uno, tales como insuficiencia renal o hepática, nefropatías o condiciones perdedoras de potasio, bradicardia, historia de síncope, anomalías de la conducción AV, bloqueo de rama, QT largo congénito, interacción proarrítmica de los medicamentos, falla cardiaca, hipertrofia ventricular izquierda entre otras³.

La eficacia y seguridad de los antiarrítmicos han sido evaluadas ampliamente. En un metaanálisis de 44 estudios se logró demostrar la reducción de recurrencias de fibrilación auricular con NNT 2 a 9. Todos los regímenes de fármacos tuvieron que suspenderse por sus efectos adversos con NNH 9 a 27, así como por el efecto proarrítmico de todos, excepto amiodarona y propafenona en este análisis; sin embargo, muchos de estos estudios tenían un corto tiempo de observación e incluían población relativamente sana.

La estructuralidad cardiaca desempeña un papel principal en la seguridad del uso de agentes antiarrítmicos y se ha asociado con el aumento del riesgo de arritmias inducidas por la medicación, principalmente arritmias

ventriculares. Las manifestaciones de enfermedad cardiaca que predisponen a estos eventos incluyen la enfermedad coronaria, infarto previo, falla cardiaca e hipertrofia ventricular izquierda. Los antiarrítmicos del grupo IC (p. ej. propafenona), aumentan la mortalidad en este grupo de pacientes, así que debe evitarse su uso en esta población⁴.

La amiodarona es tal vez el antiarrítmico de mayor uso en nuestro medio¹³, gracias a su mecanismo de acción "amplio", su capacidad de resolver efectivamente gran cantidad de eventos arrítmicos agudos supra- y ventriculares, así como de controlar en forma crónica los mismos, además de ser el tratamiento más costo efectivo⁴. Su perfil de toxicidad y la frecuencia de aparición de sus efectos adversos, sugiere emplearlo solo cuando exista contraindicación o fracaso de otros agentes antiarrítmicos⁵. La amiodarona, con mecanismo de acción de bloqueo multicanal (corrientes de sodio, calcio, potasio), acción antagonista beta-adrenérgica, tiene una larga vida media por depósito en el tejido adiposo. Sus efectos cardiovasculares pueden presentarse marcadamente al inicio de la terapia, y los eventos adversos entre días hasta semanas. Los síntomas gastrointestinales pueden disminuir si se fracciona la dosis, y estos se dan en relación con dosis mayor a 600 mg/día (dosis de carga). Puede causar neumonitis intersticial que progresa a fibrosis pulmonar, siendo esta la complicación por toxicidad más relevante de cara al daño permanente y el riesgo de muerte secundario, entre 10 a 23% de los casos⁶⁻⁸. Ocurre por dos mecanismos, el primero por un efecto citotóxico directo por radicales libres de oxígeno y el segundo por reacción de hipersensibilidad^{9,10}. Inhibe competitivamente las glicoproteínas CYP3A y CYP2C9, zona de metabolismo de múltiples medicaciones, por lo que interactúa ampliamente con varios fármacos, en especial warfarina y digoxina, obligando a la modificación de sus dosis. La toxicidad extracardiaca incluye alteraciones de la función tiroidea y hepática, cambios en la pigmentación ocular y de la piel, entre otros¹¹ ([tabla 2](#)); recientemente un estudio relacionó el aumento de la incidencia de ataque cerebrovascular con el uso de amiodarona en pacientes con fibrilación auricular no valvular¹².

Se recomienda la evaluación clínica y paraclínica de los efectos adversos y las posibles complicaciones, cada 3 a 6 meses durante el primer año y cada 6 meses por el tiempo de seguimiento. Este debe incluir al menos una vez al año: electrocardiograma, radiografía de tórax, pruebas de función tiroidea y enzimas hepáticas. Los niveles de amiodarona pueden ser útiles en los casos de arritmias recurrentes, aunque no se solicita de rutina¹³ (clase I, nivel de evidencia C) ([tablas 3 y 4](#)).

El sotalol, por su parte, previene la recurrencia, con tasas de efectividad de control del ritmo a un año entre el 30 al 50%. Se debe tener especial precaución en los pacientes con insuficiencia renal, dada su eliminación por orina, que implica el ajuste de su dosis. Debe evitarse el uso con otros fármacos que prolonguen el segmento QT. Los estudios han revelado una tendencia al aumento de la mortalidad asociada a la terapia con sotalol. Lamentablemente este fármaco no está disponible en nuestro medio.

La dronedarona es un análogo estructural de la amiodarona; tiene menor interacción y menor cantidad de efectos adversos, pero por la misma razón menor efectividad. Cuenta con múltiples acciones electrofisiológicas tal como la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5620471>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5620471>

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