

Fibrilación auricular

Fibrilación auricular en pacientes con dispositivos cardiacos electrónicos implantables

Finn Akerström, Marta Pachón, Alberto Puchol, Andrés Sánchez Pérez y Miguel A. Arias*

Unidad de Arritmias y Electrofisiología Cardíaca, Servicio de Cardiología, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España

Palabras clave:

Anticoagulación
Dispositivos electrónicos cardiacos implantables
Fibrilación auricular
Flutter auricular
Ictus
Taquicardia auricular

RESUMEN

La fibrilación auricular es la arritmia más frecuente en la práctica clínica. Su prevalencia está aumentando considerablemente debido al envejecimiento de la población de los países desarrollados. La fibrilación auricular es la causa principal del ictus cardioembólico, y el tratamiento anticoagulante oral es una terapia eficaz para disminuir su riesgo de manera considerable. También es creciente el número de pacientes portadores de dispositivos cardiacos electrónicos implantables que, por su capacidad para detectar alteraciones del ritmo y almacenar electrogramas, son una herramienta de alto rendimiento en la detección de episodios de alta frecuencia auricular, que corresponden normalmente a episodios de fibrilación auricular (en menor medida, flutter auricular y taquicardia auricular) en gran número de pacientes. Diversos estudios han demostrado que los episodios de fibrilación auricular subclínica se asocian con un aumento del riesgo de eventos tromboembólicos, aunque no se ha podido demostrar una relación temporal entre ambas circunstancias. Sin embargo, la evaluación de la eficacia del tratamiento con anticoagulantes orales en pacientes con fibrilación auricular subclínica solo se ha evaluado en un ensayo clínico cuyos resultados han sido negativos. Por ello, a falta de más información, la decisión clínica de indicar un tratamiento con anticoagulantes orales para pacientes con fibrilación auricular subclínica es compleja y hasta la fecha no se apoya en evidencia firme.

Atrial Fibrillation in Patients with Cardiac Implantable Electronic Devices

ABSTRACT

Atrial fibrillation is the most common arrhythmia seen in clinical practice. Its prevalence has increased substantially in developed countries because of population aging. Atrial fibrillation is the primary cause of cardioembolic stroke and oral anticoagulant therapy can considerably reduce its risk. Moreover, the number of patients with a cardiac implantable electronic device is increasing. Since these devices have the ability to detect heart rhythm alterations and to store electrograms, they are highly effective tools for detecting atrial high rate episodes, which in most patients usually correspond to episodes of atrial fibrillation or, to a lesser extent, to atrial flutter or tachycardia. Numerous studies have shown that episodes of subclinical atrial fibrillation are associated with an increased risk of thromboembolic events, although it has not been possible to demonstrate a temporal relationship between the two. To date, the efficacy of oral anticoagulants in patients with subclinical atrial fibrillation has been assessed in only one clinical trial, with negative results. Therefore, and until more information is available, the clinical decision on whether to start oral anticoagulant therapy in patients with subclinical atrial fibrillation is not straightforward and, at present, such treatment is not supported by solid clinical evidence.

Keywords:

Anticoagulation
Cardiac implantable electronic devices
Atrial fibrillation
Atrial flutter
Stroke
Atrial tachycardia

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia clínica más frecuente, con una prevalencia estimada de 8,8 millones de personas afectadas en Europa en el año 2010, y se ha estimado un incremento hasta 17,9 millones en 2060 debido al envejecimiento de la población^{1,2}. La FA

está reconocida como la causa principal de la mayoría de los ictus cardioembólicos, un subtipo de ictus que normalmente se asocia con mayor gravedad y pérdida funcional³. En pacientes con FA, el tratamiento con anticoagulantes orales (ACO) es más efectivo para disminuir el riesgo de ictus que el tratamiento antiagregante (el 39 frente al 22%)⁴. Asimismo, la tasa de recurrencia de ictus en pacientes con FA en tratamiento antiagregante, que es el tratamiento convencional del ictus, es de un 15% y con ACO se ha comunicado una reducción de la tasa anual de recurrencia de ictus de un 40%⁵. Por ello, el tratamiento con ACO está indicado tanto en prevención primaria para pacientes con FA sin ictus previo y riesgo tromboembólico significativo⁶ (CHA₂DS₂-VASc [insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad

*Autor para correspondencia: Unidad de Arritmias y Electrofisiología Cardíaca, Servicio de Cardiología, Hospital Virgen de la Salud, Avda. Barber 30, Pl. Semisótano, 45004 Toledo, España.

Correo electrónico: maapalomares@secardiologia.es (M.A. Arias).

Abreviaturas

ACO: anticoagulante oral
 DAI: desfibrilador automático implantable
 DCEI: dispositivos cardiacos electrónicos implantables
 ET: episodios tromboembólicos
 FA: fibrilación auricular
 TRC: terapia de resincronización cardiaca

≥ 75 años [doble], diabetes mellitus, evento tromboembólico [ET] – ictus o tromboembolia sistémica arterial– [doble], enfermedad vascular, edad ≥ 65 años y sexo [mujeres] ≥ 1) como en prevención secundaria (pacientes con antecedentes de ictus secundario a FA). Tradicionalmente se ha considerado que el riesgo de ictus es similar para todos los pacientes con FA independientemente de la carga arrítmica. No obstante, ahora hay datos de relación positiva entre la carga arrítmica y el riesgo de ictus, y se estima un riesgo anual de ictus de, respectivamente, el 2,1, el 3,0 y el 4,2% para pacientes con FA paroxística, persistente o permanente en ausencia de tratamiento antitrombótico⁷.

Con el creciente aumento del uso de dispositivos cardiacos electrónicos implantables (DCEI) (marcapasos, desfibrilador automático implantable [DAI] y monitores cardiacos insertables) (figura 1) que proporcionan monitorización del ritmo cardiaco durante años, con detección de episodios de alta frecuencia auricular, que corresponden normalmente a FA (y en menor medida a *flutter* auricular y taquicardia auricular), se plantea la duda razonable de si tratar precozmente con ACO a los pacientes con FA subclínica o no⁸. No obstante, es necesaria la inspección manual de los episodios registrados para descartar falsos positivos debido a la detección de campo lejano ventricular, episodios repetidos de sincronía ventriculoauricular no reentrantes⁹, sobredetección del canal auricular, interferencias miopotenciales, etc. (figura 2). El presente artículo pretende revisar brevemente la evidencia sobre asociación de FA subclínica y riesgo de ET y su manejo terapéutico.

INCIDENCIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR SUBCLÍNICA Y RIESGO DE EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS

Varios estudios han demostrado una incidencia relativamente alta de FA subclínica detectada por los DCEI (10-79%), principalmente debido a su alta sensibilidad (monitorización continua durante varios años) y una población de riesgo, ya que los pacientes portadores de DCEI normalmente presentan disfunción sinusal, bloqueo auriculoventricular o insuficiencia cardiaca, todos asociados con mayor riesgo de FA¹⁰⁻¹⁴. Además, los mismos estudios han demostrado un aumento significativo del riesgo de ET en pacientes con FA subclínica, aunque la carga arrítmica necesaria para demostrar tal asociación de manera estadísticamente significativa varía ampliamente entre los estudios (tabla).

Tabla

Estudios que han valorado la asociación entre episodios de fibrilación auricular subclínica y el riesgo de eventos tromboembólicos

Estudio (año)	Pacientes, n	Seguimiento	Dispositivos	Definición de FA	Incidencia de FA, %	Riesgo de ET entre con y sin FA, HR (IC95%)	p
MOST ¹¹ (2003)	312	27 meses	MP	> 220 lpm > 5 min	51,3	2,79 (1,51-5,15)	0,0011
TRENDS ¹² (2009)	2.486	2,4 años	MP, 49,6%; DAI, 31,4%; TRC, 19,0%	> 175 lpm > 20 s	47	2,2 (0,96-5,05)	0,06*
ASSERT ¹³ (2012)	2.451	2,5 años	MP, 95%; DAI, 5%	> 190 lpm > 6 min	36	2,52 (1,28-4,89)	0,008
Witt ¹⁴ (2015)	394	4,6 años	MP-TRC, 52%; DAI-TRC, 48%	> 6 min	20	2,52 (1,2-5,31)	0,015
IMPACT ¹⁸ (2015)	2.718	2 años	DAI, 64%; DAI-TRC, 36%	> 200 lpm > 36/48 latidos	34,8	3,1% (Eafa) frente a 2,3% (ningún Eafa)	0,202

DAI: desfibrilador automático implantable; Eafa: episodios de alta frecuencia auricular; ET: episodio tromboembólico; FA: fibrilación auricular; HR: *hazard ratio*; IC95%: intervalo de confianza del 95%; MP: marcapasos; TRC: terapia de resincronización cardiaca.

*≥5,5h de taquiarritmia auricular.



Figura 1. El monitor cardiaco insertable Reveal LINQ de Medtronic (A) ofrece monitorización del ritmo cardiaco, incluida la detección de fibrilación auricular, durante aproximadamente 3 años; presenta una reducción muy significativa de tamaño y una mejora del algoritmo de detección de fibrilación auricular con respecto a su predecesor, el Reveal XT (B).

Los primeros indicios de asociación entre FA subclínica y ET se remontan a 2003, a partir de un subestudio¹¹ del ensayo clínico aleatorizado MOST¹⁵, que comparó la estimulación cardiaca en modo DDDR y en modo VVIR en pacientes con disfunción sinusal. De los 312 pacientes incluidos en dicho subestudio, el 51,3% sufrió al menos un episodio de FA subclínica (entendiendo por tal frecuencias auriculares > 220 lpm de duración > 5 min), durante un seguimiento de 27 meses. La presencia de FA subclínica fue un predictor independiente del objetivo primario compuesto por muerte o ictus no mortal (*hazard ratio* [HR] = 2,79; intervalo de confianza del 95% [IC95%], 1,51-5,15; p = 0,0011)¹¹. No obstante, debido a las limitaciones de memoria de los marcapasos, no se pudo valorar la asociación entre carga de FA subclínica y riesgo de ictus, y el objetivo primario compuesto se alcanzó por la mortalidad, ya que solo hubo 10 casos de ictus durante el seguimiento (8 en el grupo con FA subclínica).

Posteriormente, el estudio TRENDS¹² evaluó de manera prospectiva la asociación entre carga de FA subclínica y riesgo de ictus en 2.486 pacientes (media de edad, 71 años) portadores de marcapasos

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5620979>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5620979>

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