

Paciente de 77 años con episodios de FA paroxística

Dr. Miguel Fiol Sala

Estimados colegas del foro,

Me gustaria vuestra opinión sobre el seguimiento que debe hacerse a este paciente de 77 años, asintomático que juega al golf cada dia, que presenta episodios de fibrilación auricular paroxística desde hace 13 años solo controlados con anticoagulación y la toma de flecainida 100 mg cada 12 horas (cuando suspende el tratamiento o reduce la dosis a 50 mgr cada 12 horas presenta FA paroxística; se ha intentado por ello varias veces),

Algunos datos: desde siempre el ECG muestra BRIHH avanzado (180 ms) con y sin flecainida, bloqueo interauricular avanzado y bloqueo AV de 1°.

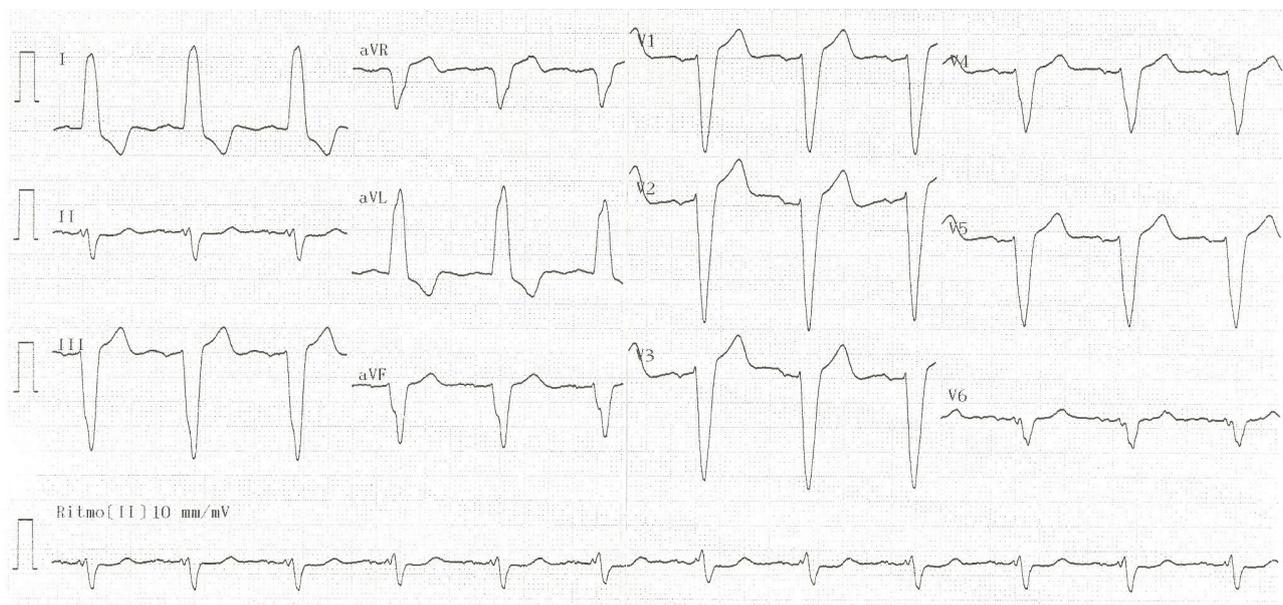
El ECO : diámetro diastolico de VI 60 mm, FE 47%, insuficiencia aórtica 2/4. TAC coronario normal. Varios Holvers no muestran ninguna onda P bloqueada. Es reactio a practicarse un estudio electrofisiológico para determinar si presenta un intervalo HV prolongado.

Saludos

Miquel Fiol Sala, MD, PhD

Director Científico del Instituto de Investigación

Sanitaria de Palma (IdISBa)



OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Dr. Fiol Sala,

Si fuera mi paciente, le diría que es muy peligroso que tome flecainida, ya que puede resultar en bloqueo A-V más avanzado y por su baja fracción de eyección esta droga puede ser pro-arrítmica. Drogas más seguras serían dofetilida y sotalol, ya que no bloquean los canales de sodio.

Saludos,

Mario D. Gonzalez

Hola Miguel:

Concuerdo con el Dr. González acerca del uso de flecainida.

Que al reducir la dosis presenta FA de ARV evidencia que no tiene enfermedad del His proximal, sino que el BAV es farmacológico.

El BAV de primer grado estoy seguro es por la flecainida y no por enfermedad del His proximal.

Una manera fácil de demostrarlo es retirar la flecainida (tiene vida media corta) y si normaliza el PR es por efecto de esta y su acción en el NAV.

Si persiste tiene una enfermedad del His proximal y la estoy equivocado

Presenta indicación de marcapasos preventivo por dos motivos:

1. Presenta FA de difícil control.
2. Necesidad de drogas que afectan el NAV y posibilidad de BAV, indicación profiláctica de marcapasos definitivo.

Por lo cual no realizaría EEF e indicaría marcapasos definitivo para poder utilizar las drogas adecuadas para un paciente con baja FEY como bisoprolol y otros BB útiles en pacientes con deterioro de la FEY, el sotalol y la doferilida no concuerdo ya que no tiene indicación en pacientes con baja FEY.

Además tratamiento pleno para su deterioro de FEY de acuerdo a tolerancia.

Un abrazo

Martín Ibarrola

Querido Miguel:

No tiene indicación de flecainida, concuerdo con González.

Este es un antiarrítmico de grupo I peligroso en pacientes con cardiopatía estructural. Este paciente tiene un grado considerable de insuficiencia cardiaca con FE comprometida, sobrecarga auricular izquierda + QRS muy ancho ambos marcadores de riesgo elevado, VI dilatado y FE comprometida además de la disincronía do LBBB. Mismo que juegue al golf es difícil a veces determinar el grupo funcional. Debe iniciar de forma "in crescendo" carvedilol hasta la dosis plena de 25mg 2 x día + espironolactona 25mg/día + diurético de alça tipo furosemida 1 x día, e inhibidor da ECA y en caso de tós BRAS. Debemos asegurarnos con transesofágico que no tenga coagulo intratrial izquierdo. Yo iniciaría la anticoagulación de inmediato si es pobre con cumínico (no debe ser porque juega al golf y vive en Mayorca: son todos ricos Ja-Ja) o los nuevos anticoagulantes. Despues de un tiempo corto controle do tamanho cardíacocom eco seriado. Si no responde y el corazón sigue creciendo mismo con los fármacos a dosis plenas en un futuro puede llegar a ser un posible resincronización.

Debe hacer una resonancia magnética del encéfalo porque estos pacientes pueden tener FA silente con émbolos asintomáticos que no se manifiestan o aparece algún compromiso cognitivo.

Dr. Andrés R. Pérez Riera

¿Por qué no una ablación de fibrilación auricular?

Cordialmente.

Sergio Pinski

Hola Sergio: si tiene una miocardiopatía su aurícula debe estar fibrosada y dilatada, realizaría una RNM y evaluaría grado de fibrosis y anatomía auricular para decidir si presenta o no signos de alta recidibará la misma.

Además de esto refirió Miguel que se niega al estudio electrofisiológico.

Andrés, ¿por qué TRC? con esa FEY no le encuentro indicación

Un abrazo a ambos

Martín Ibarrola

Sería la mejor opción, pero no sugerí la ablación porque es "reactio" a un estudio electrofisiológico.

Mario D. González