Paciente masculino de 72 años con antecedentes de infarto previo, que presenta TVNS – 2010

Dr. Adrián Baranchuk

Amigos

La prevención primaria con CDI, es aún muy discutible ya que muchos pacientes asumirán los riesgos del implante, sufrirán un deterioro de su calidad de vida, tendrán reemplazos del generador, y nunca habrán de recibir un choque o una terapia apropiada.
¿Cuándo hay que implantar un CDI por prevención primaria?
Caso:
Paciente de 72 años, HTA, ex fumador, Infarto Anterior hace 5 años, Fey 29%. Consulta por palpitaciones leves, pero molestas. Se encuentra medicado con ASA, Metoprolol 50 X2, ramipril 5, simvastatina 40. NYHA CF I-II.
Se realizó Holter que mostró ritmo sinusal, FC promedio 64 lpm, 2 colgajos de 4 latidos de TV no sostenida. Un colgajo de taquicardia auricular de 7 latidos.

¿Cuál es su conducta?
1. EEF para estratificar el riesgo
2. CDI
3. Amiodarona
4. T-wave alternans para estratificar el riesgo
5. Aumentar los BB
6. Ninguna es correcta

Saludos desde los -15 grados,

Adrián Baranchuk

OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Dr. Baranchuk:
Soy residente de cardiología de primer año y estoy dando los primeros pasos en la especialidad.
Ma atrevo a opinar, porque si me equivoco con esta opinión, no me la voy a olvidar más y finalmente terminaré aprendiendo.
Este paciente, ¿no reúne los criterios de una paciente Madit II? Infarto previo con Fey menor del 35%. Además tiene episodios de TVNS.
Creo que tiene indicación de CDI, sin estudios previos.

Saludos

Dr. Gerardo Ranpiez Pacheco

Estimado Gerardo

Bienvenido al foro. Sentite libre de omitir tu opinión, y como hiciste en este caso, provee la referencia de tu opinión.
Antes de empezar el debate, escuchemos más opiniones. La tuya es: implante de CDI porque el paciente es un Madit II. No más estudios.
Te mando un fuerte abrazo y en tu próximo email contanos donde estás haciendo la residencia.

Adrián Baranchuk

Hola amigos, primero yo evaluaría si el sustrato es modificable, o sea si tiene miocardio viable y posibilidades de revascularización, sino lo podemos modificar:

1- necesitamos entre 14 y 17 de este tipo de pacientes para salvar una vida con implante de CDI por prevención primaria

2- si decidimos ir por el implante de CDI, no dejaría de tener en cuenta si presenta desincrónica eléctrica (QRS mayor 120 ms), a pesar de la CFI-II, deberíamos evaluar la posibilidad de resincronizar, si es que tiene desincronía

3- si le pondria amiodarona, por un lado es el mejor antiarrítmico para la arritmia ventricular en este tipo de pacientes, nunca superior en términos de mortalidad que el CDI y segundo nos ayudaría a controlar la arritmia auricular, dado que en este tipo de pacientes la patada auricular es importante mantenerla y disminuir la posibilidad de FA, TA, Flutter

4- no aumentaría los BB, estamos con una FC de 64 y la dosis de metoprolol es interesante

5- ¿Cómo evaluar el riesgo? con todo o con nada, yo al menos creo que en los próximos años volverán a tener mucha importancia todos aquellos estudios que nos permitan junto con el sentido común, decidir mejor a qué paciente hay que indicarle un CDI por PP, es más creo que volveremos a utilizar más frecuentemente el EEF, a pesar de su limitación para evaluar pronóstico en el paciente con cardiopatía isquémica

Saludos

Francisco Femenia

En el caso planteado de que se encontraría dentro del grupo de pacientes del MADIT II, es cierto pero creo que primero no se trata de un paciente del MADIT II, más bien parecería uno del MADIT I. Ya que en el MADIT dos solo hay que mirar los criterios de inclusión y este paciente no cumple con el criterio del IAM dentro de los 30 días.

In MADIT II, the inclusion criteria for implantation of an ICD was expanded, requiring only that patients had a prior MI at least 30 days previous to implantation, and that they have an EF of 0.30 or less. The trial, supported entirely by ***Guidant*** *(Indianapolis, IN), randomized 1232 patients from 71 US centers and 5 European centers to receive either an ICD, or to continue on conventional medical therapy.*

Initially, the paper notes, eligible patients were required to have frequent or repetitive ventricular ectopic beats on 24-hour Holter monitoring,

Martín Ibarrola

Se que muchos se van por CDI conforme las guías, no se como será el tema de demandas en Canadá, pero yo voto por estudio electrofisiológico para estratificar el riesgo, basamento científico MUSTT, seguimiento 5 años y NNT de 3 DAI para salvar una vida si no estoy equivocado, esto basado en el mail de Francisco donde el MADIT II y SDHFT se necesitan 14 a 17 DAI para salvar un paciente, se que esto es polémico porque muchos pacientes sin DAI pueden igual necesitarlo, veamos el desenlace de la encuesta.
Carlos Rodríguez Artuza

Querido Francisco:

¡Excelente tu razonamiento!

Sólo quiero hacer una reflexión sobre el que colocás como punto 1

1- necesitamos entre 14 y 17 de este tipo de pacientes para salvar una vida con implante de CDI por prevension primaria

Me parece que este punto de vista no debiera ser aplicado a un paciente concreto; por lo menos te pido que no lo apliques conmigo si fuera el caso. Es una reflexión ¿epidemiológica?, más acorde con el pensamiento de un economista o contador que el pensamiento que debiera regir nuestras decisiones médicas. ¿Cómo saber a priori qué número de suerte le toca al paciente en cuestión? ¿y si **ÉL** fuera el paciente Nº 17?

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Está clarísimo profe, lo puse a propósito dado que siempre que se debaten estos temas se piensa en esto, lo puse para recordar nada más y pensar en lo complejo que es la toma de conductas, yo al menos en lo último que pienso es en lo económico (mi bolsillo, el de la prepaga, el del estado, el del paciente) cada paciente es individual, particular y se merece todo lo que podamos hacer por él, primando lo mucho o poco que podamos haber aprendido y el sentido común, asumiendo también que la muerte es parte de la vida, También creo que en la toma de desiciones tan complejas debe participar el paciente y su familia, y otros profesionales como los que participan de este foro, donde podemos consultar sin temor a parecer ridículos y sacar entre todos elementos que básicamente le sirvan a mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes, un abrazo querido amigo,

Francisco Femenia

Queridos amigos:

El mensaje de Martín me sirve en un doble sentido.

Voy a partir del segundo punto que insensiblemente me llevará al primero.

Me refiero al tema de los traductores automáticos, que, como bien propone Martín y retoma Ricardo, -que cual torre de Babel, se le animó a Luciano hasta con el guaraní-, pueden ser una **aproximación** al tema tratado, pero no pueden reemplazar al traductor profesional, especializado en cuestiones médicas, y en particular en nuestro caso, cardiológicas.

Estoy de acuerdo en que cada uno, en su intimidad, se ayude con el traductor de Google para al menos saber qué tema se está discutiendo cuando el idioma de origen no es el propio o no se domina.

Pero no estaría de acuerdo en usarlo como herramienta académica en nuestro Foro.

Porque -como siempre con cariño y total respeto- si Martín utilizó el traductor de Google para afirmar que "...*este paciente no cumple con el criterio del IAM dentro de los 30 dias*", esta no es una traducción correcta de

*In MADIT II, the inclusion criteria for implantation of an ICD was expanded, requiring only that patients had a*prior MI at least 30 days previous to implantation, and that they have an EF of 0.30 or less*.*

Ya que aquí se está haciendo referencia a pacientes que cursen un primer infarto **al menos** (at least) 30 días previos a la indicación del implante.

Y en el caso de Adrián, este criterio se cumple holgadamente. "Al menos" hace referencia a pacientes que tengan más de 30 días de evolución.

¡**Y ojo que no estoy discutiendo los criterios del Madit II sino la traducción a la que se está haciendo referencia**

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Estmado Dr. Edgardo la lectura y la errónea interpretación de los criterios de inclusión en el estudio MADIT fue mía, un GROSERO ERROR MIO (cuasi imperdonable), no utilicé para leer del paper original el traductor, simplemente en el apuro interpreté mal yo.

Fue una idea simplemente y como lo dije algo loca. No utilice mi error en la interpretación del texto como arma para demotar que si o no es válido. Yo me equivoqué al realizar la lectura. No utilicé traductor.

Y si es no, no importa Dr. solo fue una sugerencia, podía sumar, tal vez no. Fue solo una sugerencia frente a la discusión.

Muchas gracias y lo saludo atte.

Martin Ibarrola

BUenos dias. Un gusto discutir nuevamente de pacientes. En particular si este paciente se hizo un Holter me gustaría saber porqué se lo pidieron (no sea que tenga síncope aunque ese detalle no se hubiera olvidado) La clase funcional es buena, por lo que parece no tener isquemia pero me gustaría por lo menos una perfusión miocárdica (antes de hacer cualquier otra cosa ya que como alguien bien acotó si se modifica sustrato al mejorar la FE y se quita el gatillo de la isquemia es otra cosa). Igual creo que el IAM lo tiene y si es de cara anterior no creo que no lo estudiaran para descartar isquemia, hasta debe tener una CCG (pasen el informe aunque cada uno la vea distinto) Si debo hacer fácil lo simple y no quiero tener posibilidades de error un CDI está indicado de acuerdo a la evidencia disponible hoy en día. Los métodos de estudio actual tienen un valor predictivo negativo que no me deja tranquilo, yo no quiero saber quien va a tener una muerte súbita sino quien NO VA A TENERLA en este caso. RESUMO. Si no tiene nada revascularizable, el CDI ya se lo ganó salvo que exista algún método que me permita con la certeza que uno quisiera para su padre o uno mismo descartar que vaya a tener una MS. (igualmente la chance de tenerla sé que no es alta).

Simón Pero

Estimado Adrián ¡has desatado la polémica!
Si uno sigue estrictamente los trials, parece que no hay demasiadas dudas en colocar un CDI a un paciente post IAM crónico (5 años) y Fey 29%. La Fey es predictor independiente de mortalidad total, no de mortalidad arrítmica específicamente.
Desde mi punto de vista para PP hay que agregarle otros elementos. Vos señalás que tiene inestabilidad eléctrica ya que el Holter muestra 2 colgajos de TVNS. Aquí otro problema, es lo mismo que tenga 2, 5, 10 colgajos y de 4, 10 o 20 latidos? No está determinado puntualmente (hasta mi conocimiento). Sin dudas esas TVNS no son sintomáticas. Las palpitaciones pueden ser de otro origen. Aclaro que no tenemos T wave alternans.
Nosotros miramos mucho al estudIo MUSTT y tomamos una postura: IAM más de 40 días (demostrando obviamente que no tenga isquemia residual), bajo tratamiento con BB+IECA+AAS+estatinas, Fey < 35% y en Holter TVNS lo sometemos a EEF, si se induce TVMS creemos que el CDI es beneficioso. Te aclaro, que de esta forma durante este año estudiamos 3-4 pacientes e indujimos a 1 solo.
Y seguirá el debate...

Oscar Pellizzón.