

Juan Karlo Urrea Zapata, MD

“Consenso de expertos en implante de cardiodesfibrilador (CDI) en pacientes no incluidos en los estudios: acercándose a la realidad de la práctica diaria”

HRS/ACC/AHA EXPERT CONSENSUS STATEMENT ON THE USE OF IMPLANTABLE CARDIOVERTER-DEFIBRILLATOR THERAPY IN PATIENTS WHO ARE NOT INCLUDED OR NOT WELL REPRESENTED IN CLINICAL TRIALS

PUNTOS CLAVE PARA LA PRÁCTICA DIARIA

1. El documento no toca las indicaciones ya especificadas previamente para la prevención primaria o secundaria de muerte súbita, y no es una guía para un sujeto clínico específico. Al basarse en recomendación de expertos sin estudios que incluyan estas poblaciones, solo indican frases como “está recomendado”, “puede ser útil”, “puede considerarse” y “no está recomendado”.
2. El CDI está recomendado en pacientes con troponina elevada que no cumpla criterios de cursar con infarto agudo de miocardio, y tienen indicación de prevención primaria o secundaria de CDI.
3. No se recomienda el CDI en pacientes dentro de los 40 días de un infarto de miocardio que previamente tenían disfunción ventricular izquierda y cumplieran con criterios de prevención primaria. Se recomienda el CDI dentro de los 40 días del infarto si hay indicación de marcapasos permanente no electivo y no se puede establecer o no se espera que haya una recuperación de la función ventricular izquierda (si se espera con un alto grado de certeza que la función ventricular se recupere, solo estaría indicado el marcapasos sin CDI).
4. El CDI está indicado dentro de los 40 días post IM si se presentan taquiarritmias ventriculares sostenidas o hemodinamicamente significativas después de las 48 horas del evento y que no sean por isquemia aguda (o no corregida) y puede ser útil si estas taquiarritmias son manejadas con ablación. No se recomienda el CDI si estas taquiarritmias después de las 48 hr post IM son debidas a isquemia aguda o no corregida y haya anatomía susceptible de revascularización.
5. El CDI podría ser útil dentro de los 40 días post IM o 90 días post revascularización si hay síncope cardiogénico (determinado por historia clínica o documentación de TV no sostenida o por estudio electrofisiológico) y sin evidencia de isquemia aguda.
6. No se recomienda el CDI dentro de los 40 días post IM en pacientes en lista activa de trasplante cardiaco o que fueron a dispositivo de asistencia ventricular, podría ser útil en estos pacientes 40 días postinfarto y dentro de los 90 días postrevascularización.
7. El CDI podría ser útil después de los 40 días post IM y dentro de los 90 días post revascularización en pacientes que previamente cumplieran con criterios de prevención primaria de CDI, con FEVI \leq 35% y que no se espera que pueda haber recuperación de la función ventricular.
8. Se recomienda el CDI dentro de los 90 días postrevascularización en pacientes que cumplieran con criterios para prevención secundaria previamente (muerte súbita por

arritmia ventricular resucitada) y que tienen función ventricular izquierda afectada o que puede estar preservada pero que no hubiera estado relacionada con isquemia. Podría ser útil en estos pacientes con función preservada en donde la arritmia ventricular resucitada no fuera por isquemia aguda y tenían anatomía coronaria revascularizada. No se recomienda en estos pacientes con función preservada donde la arritmia se relacionó a isquemia miocárdica y fueron a revascularización miocárdica completa.

9. El CDI está indicado dentro de los 90 días postrevascularización en pacientes que requieren marcapasos permanente no electivo, con criterios para prevención primaria y que no se espere una recuperación en la función ventricular.
10. Dentro de los 90 días postrevascularización se recomienda CDI en pacientes con alteración estructural que presentan taquiarritmia ventricular sostenida o inestable no relacionada a un infarto agudo de miocardio o isquemia. En los que presentan esta arritmia y que pueden ser tratados con ablación, el CDI podría ser útil.
11. No se recomienda el CDI dentro de los 3 meses del diagnóstico de miocardiopatía no isquémica que tienen disfunción ventricular izquierda significativa y síntomas de falla cardíaca. Si entre el 3er y 9no meses del diagnóstico, no es posible una recuperación miocárdica, podrías utilizarse el CDI como prevención primaria. Se recomienda dentro de los 9 meses del diagnóstico si tiene indicado marcapasos permanente no electivo y que cumpla con indicación para prevención primaria de muerte súbita.
12. Está indicado el CDI en los primeros 9 meses del diagnóstico de miocardiopatía no isquémica con disfunción ventricular y síntomas de falla, con presencia de taquiarritmia ventricular sostenida o hemodinámicamente significativa. Podría estar indicado si en este periodo hay síncope cardiogénico o no explicado o el paciente se encuentra en lista de espera de trasplante o con dispositivo implantado de asistencia ventricular.
13. En caso de requerir cambio de baterías, están deben cambiarse en momento indicado de los aparatos.
14. En caso de CDI de una o dos cámaras, se recomienda electrodo atrial en disfunción del nodo sinusal sintomática, en bradicardias o bloqueos AV que limitan el uso de betabloqueadores o cronotrópicos negativos. Podría ser útil el electrodo atrial en bradicardia inducida o taquiarritmia ventricular pausa dependiente (torsión de puntas, síndrome de QT largo). El electrodo atrial podría considerarse en arritmias auriculares no fibrilación auricular o en obstrucción dinámica del tracto de salida del VI en miocardiopatía hipertrófica. No estaría indicado el electrodo atrial si no hay arritmias auriculares o en presencia de fibrilación auricular permanente.

© 2014 Heart Rhythm Society; American College of Cardiology Foundation; and American Heart Association, Inc.

Referencia:

<http://circ.ahajournals.org/content/early/2014/05/09/CIR.0000000000000056.citation>