



SCC CAS CLÍNIC EN FIBRIL·LACIÓ AURICULAR

Andrés Fernández Gasalla

R4 Cardiologia

Hospital del Mar

ANTECEDENTS

- Home de 29 anys, sense AMC ni hàbits tòxics.
- Asma bronquial en tractament amb inhaladors.
- Exercici intens anaeròbic al gimnàs fins fa un any (inici de malaltia actual)

HISTÒRIA CARDIOLÒGICA



- Abril 2012: Agudització asmàtica, es detecta per primera vegada FA. Inici de sintrom, verapamil i amiodarona. Seguiment a H. de Valls.
- Setembre 2012: CVE fallida. Canvi a flecainida + verapamil. Es mantè en FA persistent.
- Sol·liciten RMN i es deriva a Unitat d'aritmies H. Mar.

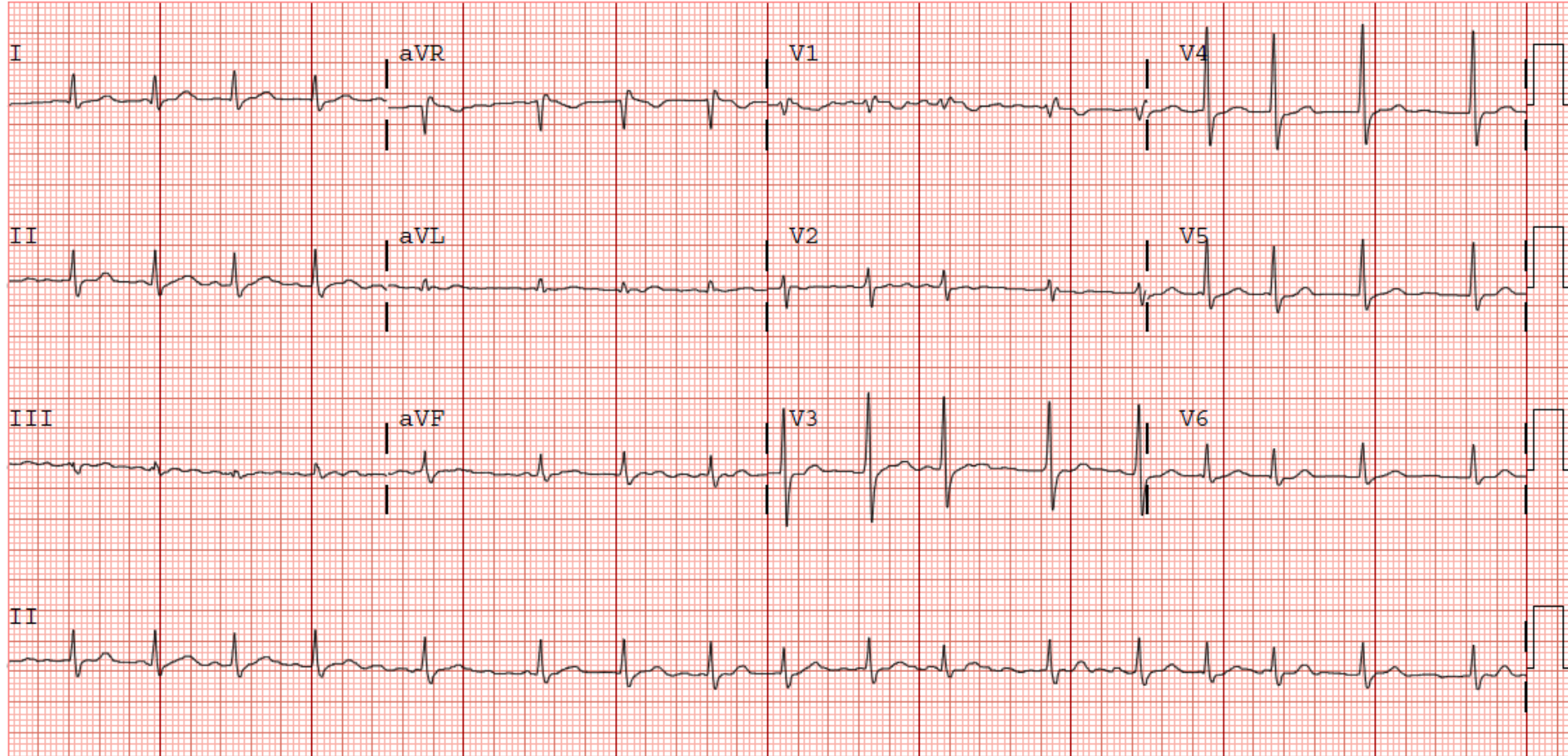
PRIMERA VISITA 5/6/13

- Tractament: Sintrom, foster[®] 1-0-1, flecainida 100mg 1-0-1, verapamil 120mg/12h
- EF: Sorolls irregulars, sense altres alteracions.

ECG 1a VISITA

IMAS - HOSPITAL DEL MAR (001-00101-01)

Not confirmed



Device: UNIDAD04

Speed: 25 mm/sec

Limb: 10 mm/mV

Chest: 10 mm/mV

F 50- 0.15-100 Hz

PH100B CLP?

RMN 10/4/2013

VE no dilatat (161/81ml), FEVE 49.6%, sense HVE (10/8mm). VD de mida i contractilitat normal. **AE 3.6cm** (N 1.9-4cm). Sense captacions patològiques ni altres alteracions.



Figura 1

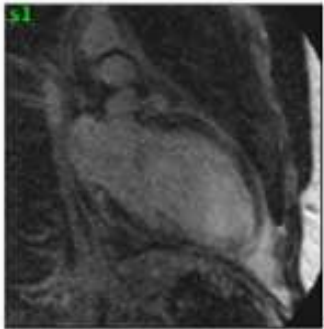


Figura 2

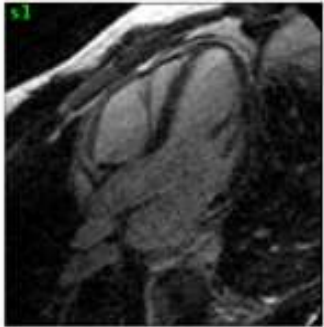


Figura 3



Figura 4

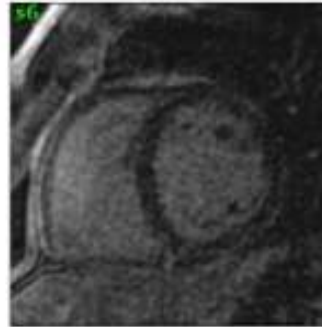


Figura 5

- OD: FA persistent de llarga durada (1 any i 2 mesos) CHA₂DS₂-VASc 0, EHRA II

(b) Risk factor-based approach expressed as a point based scoring system, with the acronym CHA₂DS₂-VASc
 (Note: maximum score is 9 since age may contribute 0, 1, or 2 points)

Risk factor	Score
Congestive heart failure/LV dysfunction	1
Hypertension	1
Age ≥ 75	2
Diabetes mellitus	1
Stroke/TIA/thrombo-embolism	2
Vascular disease ^a	1
Age 65–74	1
Sex category (i.e. female sex)	1
Maximum score	9

Escala EHRA (European Heart Rhythm Association) para la evaluación de síntomas relacionados con la fibrilación auricular

Clasificación sintomática

EHRA I	Sin síntomas.
EHRA II	Síntomas mínimos sin afectación de las actividades habituales de la vida diaria.
EHRA III	Síntomas moderados con afectación de las actividades habituales de la vida diaria.
EHRA IV	Síntomas severos con imposibilidad de las actividades habituales de la vida diaria.

QUE FEM?



- 1. Control FC
- 2. Nova CVE
- 3. Ablació VVPP

EVIDÈNCIA

ESC 2010

Recommendations for left atrial ablation

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref. ^c
Ablation of common atrial flutter is recommended as part of an AF ablation procedure if documented prior to the ablation procedure or occurring during the AF ablation.	I	B	33
Catheter ablation for paroxysmal AF should be considered in symptomatic patients who have previously failed a trial of antiarrhythmic medication.	IIa	A	96, 131, 132, 133, 135, 137, 138
Ablation of persistent symptomatic AF that is refractory to antiarrhythmic therapy should be considered a treatment option.	IIa	B	33
In patients post-ablation, LMWH or i.v. UFH should be considered as 'bridging therapy' prior to resumption of systemic OAC, which should be continued for a minimum of 3 months. Thereafter, the individual stroke risk factors of the patient should be considered when determining if OAC therapy should	IIa	C	

AHA 2014

6.3. AF Catheter Ablation to Maintain Sinus Rhythm: Recommendations

Class I

1. AF catheter ablation is useful for symptomatic paroxysmal AF refractory or intolerant to at least 1 class I or III antiarrhythmic medication when a rhythm control strategy is desired (363, 392-397). *(Level of Evidence: A)*
2. Prior to consideration of AF catheter ablation, assessment of the procedural risks and outcomes relevant to the individual patient is recommended. *(Level of Evidence: C)*

Class IIa

1. AF catheter ablation is reasonable for selected patients with symptomatic persistent AF refractory or intolerant to at least 1 class I or III antiarrhythmic medication (394, 398-400). *(Level of Evidence: A)*
2. In patients with recurrent symptomatic paroxysmal AF, catheter ablation is a reasonable initial rhythm control strategy prior to therapeutic trials of antiarrhythmic drug therapy, after weighing risks and outcomes of drug and ablation therapy (401-403). *(Level of Evidence: B)*

Class IIb

1. AF catheter ablation may be considered for symptomatic long-standing (>12 months) persistent AF refractory or intolerant to at least 1 class I or III antiarrhythmic medication, when a rhythm control strategy is desired (363, 404). *(Level of Evidence: B)*
2. AF catheter ablation may be considered prior to initiation of antiarrhythmic drug therapy with a class I or III antiarrhythmic medication for symptomatic persistent AF, when a rhythm control strategy is desired. *(Level of Evidence: C)*

Class III: Harm

1. AF catheter ablation should not be performed in patients who cannot be treated with anticoagulant therapy during and following the procedure. *(Level of Evidence: C)*

QUE FEM?



–1. Control FC

–2. Nova CVE

–3. Ablació VVPP

FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA

El corazón se contrae de forma irregular.



Electrocardiograma arritmico



Venas pulmonares

Son las responsables de la arritmia, pues generan impulsos eléctricos descoordinados.

Aurícula izquierda

En un corazón sano, los impulsos eléctricos se generan aquí.

CRIOABLACIÓN

La técnica consiste en aplicar frío en las venas pulmonares para aislarlas.

1 El catéter llega hasta la aurícula izquierda del corazón.

2 Se hincha el balón.

3 Se coloca bloqueando la vena.

4 Inyección de nitrógeno a $-40/-70$ °C

La zona de contacto ya no transmite las señales eléctricas.

Los impulsos eléctricos de las venas pulmonares no pueden llegar hasta el corazón.

El proceso se repite en todas las venas pulmonares. Luego se retiran balón y catéter.

Vena pulmonar

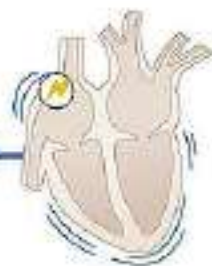
Catéter

Aurícula izquierda

Impulsos eléctricos desacomodados



Electrocardiograma rítmico

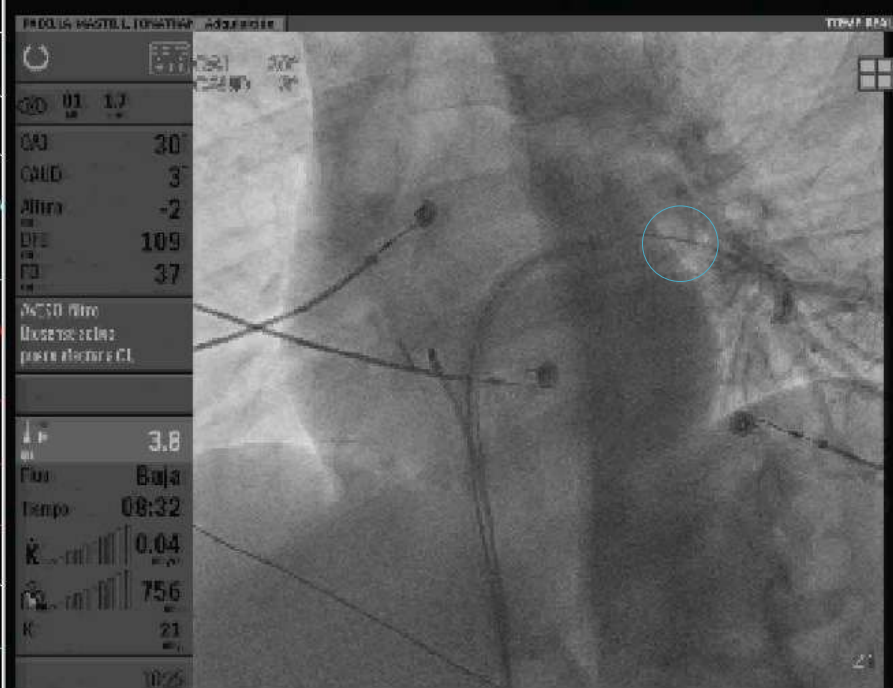


RECUPERACIÓN

Tras el tratamiento, los pulsos eléctricos de las venas pulmonares no interfieren en los latidos. El corazón vuelve a contraerse acompasadamente.

CRIOABLACIÓ VVPP 6/8/13









EVOLUCIÓ

- Alta hospitalaria amb bisoprolol 2.5mg, flecainida 100mg/12h i sintrom 1 mes
- RMN de control als 4 mesos: FEVE normal, AE en el límit superior (41mm), sense complicacions del procediment.
- Holter nov 2013 (3 mesos, amb flecainida): RS sense evidència de FA.
- Stop sintrom, flecainida i bisoprolol.

DARRER ECG



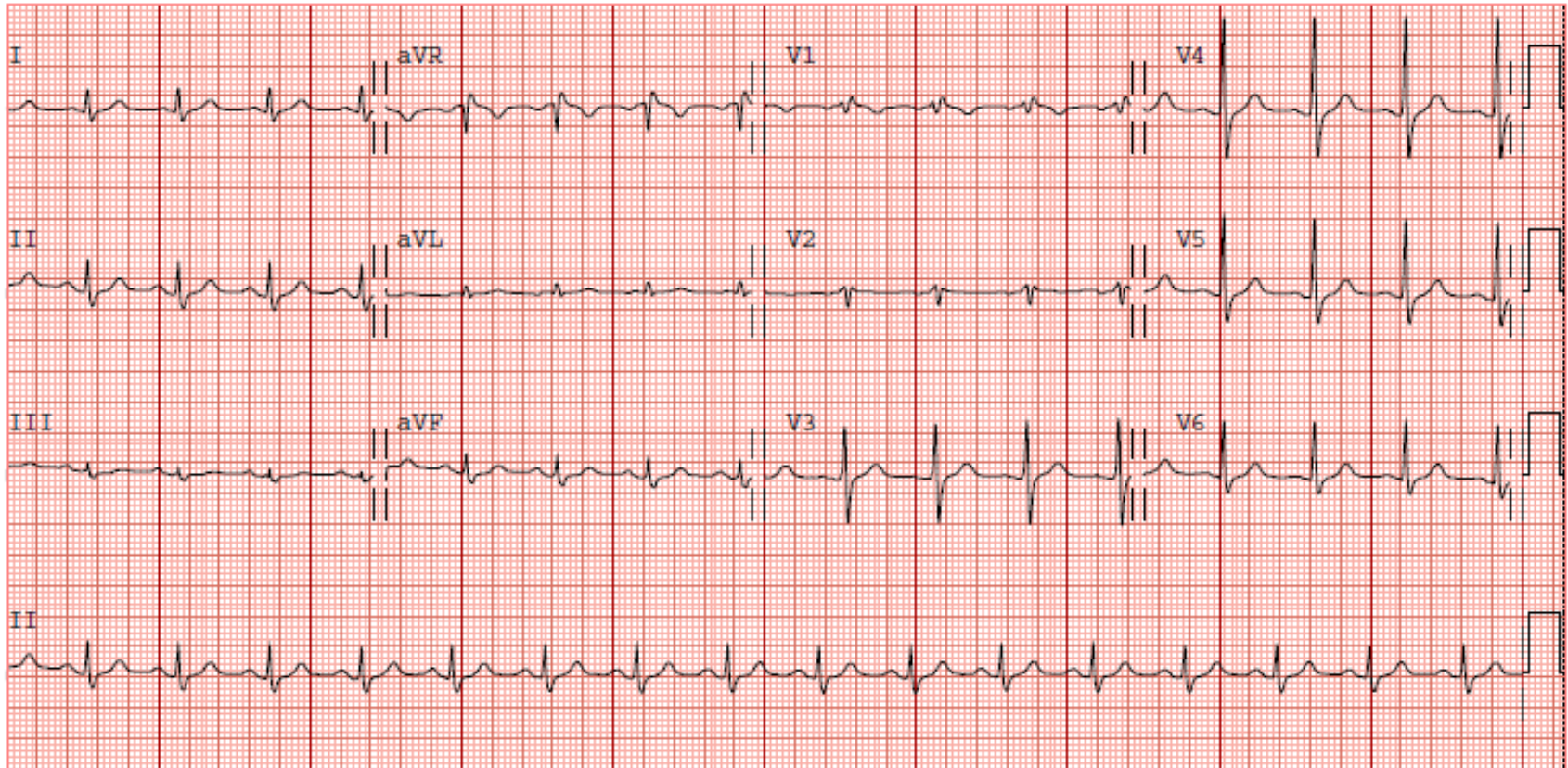
1679470
Age: 29 Years

18-Dec-2013 09:46:26

Dept: MAR_CCEE

IMAS - HOSPITAL DEL MAR (001-00101-06)

Not confirmed



Device: MAR_CCEE01

Speed: 25 mm/sec

Limb: 10 mm/mV

Chest: 10 mm/mV

F 50-0.5-100 Hz W

PH100B LP?

GRÀCIES

