



26 - 28 MARZO 2009
HOTEL NELVA-MURCIA

VIERNES 27 DE MARZO

Manejo de la FA crónica en el paciente anciano

(Cuándo control de ritmo y cuándo control de frecuencia)

Dr. José M^a Cepeda Rodrigo

Servicio de Medicina Interna

Hospital de Torrevieja. Alicante

Anticoagulación

Dr. Agustín Urrutia de Diego

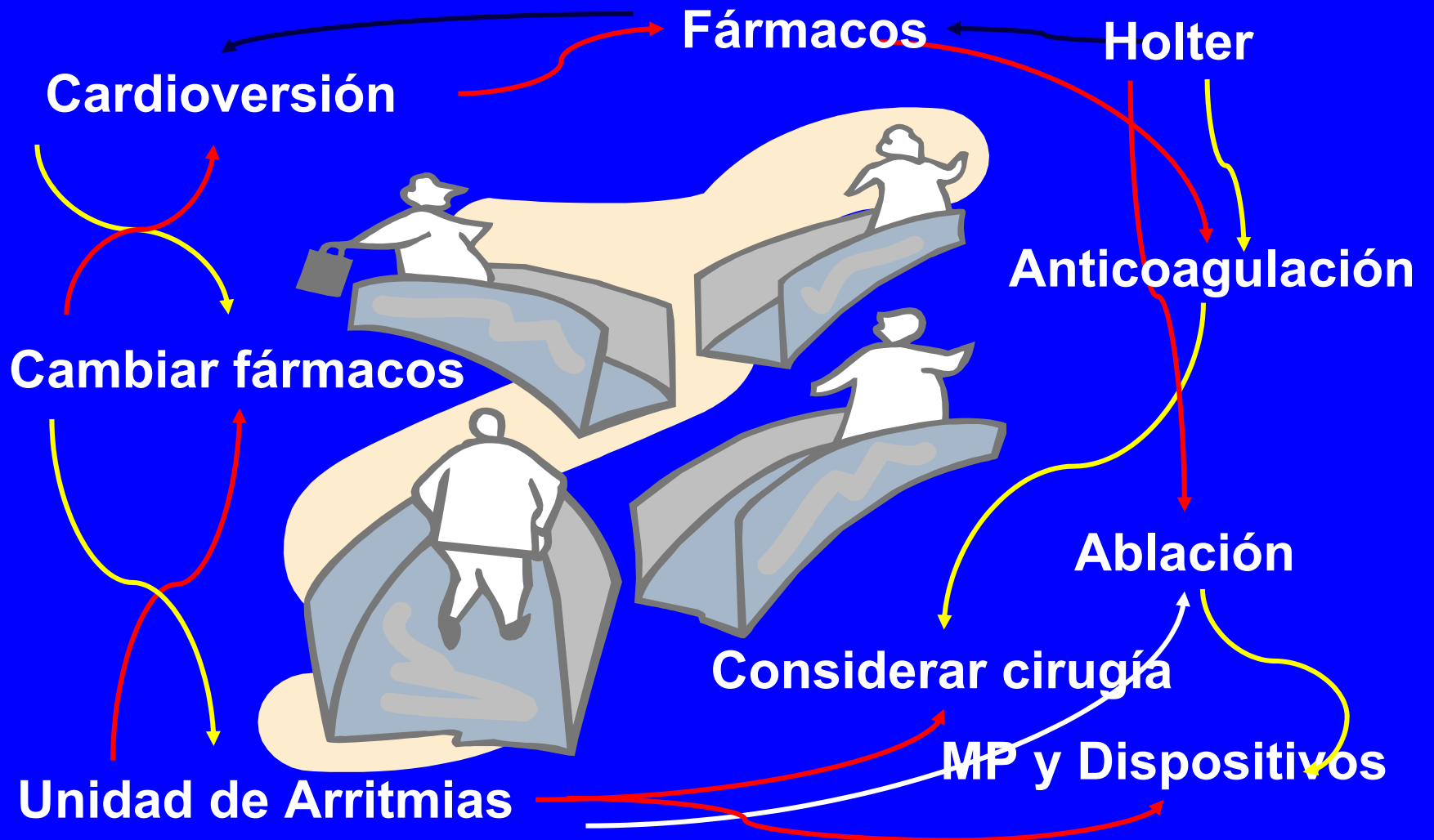
Servicio de Medicina Interna

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

Fibrilación auricular



Manejo de la FA en el paciente anciano



Manejo de la FA en el paciente anciano

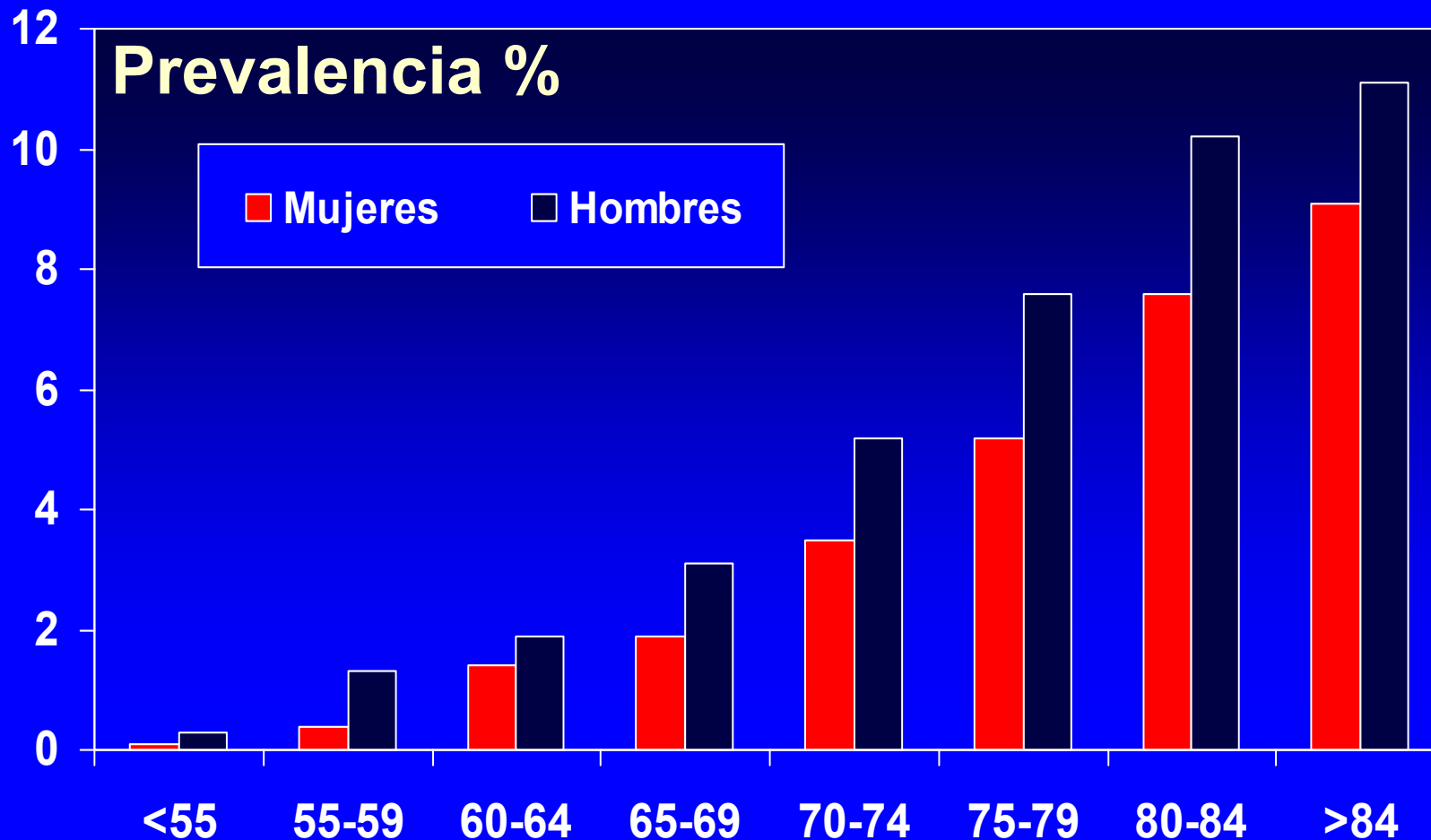
- Magnitud del problema
- ¿Cómo tratar al paciente con fibrilación auricular?
 - Anticoagulación, ¿a quién, cuando y cómo?
- ¿Qué hacer ante una fibrilación auricular recién diagnosticada?
- ¿Cómo controlar la frecuencia ventricular?
- Quando control del ritmo y cuando control de la frecuencia o ¿Cardiovertir o no cardiovertir?, esa es la cuestión.
- ¿Cómo mantener el ritmo sinusal?
- Fármacos en fase de desarrollo
- Fibrilación auricular e insuficiencia cardiaca
- ¿Qué pacientes con FA hay que enviar a la Unidad de Arritmias y para qué?

Manejo de la FA en el paciente anciano

- **Magnitud del problema**
- **¿Cómo tratar al paciente con fibrilación auricular?**
 - Anticoagulación, ¿a quién, cuando y cómo?
- ¿Qué hacer ante una fibrilación auricular recién diagnosticada?
- ¿Cómo controlar la frecuencia ventricular?
- Quando control del ritmo y cuando control de la frecuencia o
¿Cardiovertir o no cardiovertir?, esa es la cuestión.
- ¿Cómo mantener el ritmo sinusal?
- Fármacos en fase de desarrollo
- Fibrilación auricular e insuficiencia cardiaca
- ¿Qué pacientes con FA hay que enviar a la Unidad de Arritmias y para qué?

Magnitud del problema

PREVALENCIA



Go AS. JAMA 2001;285(18):2370-2375.
ATRIA

Magnitud del problema

MORBILIDAD

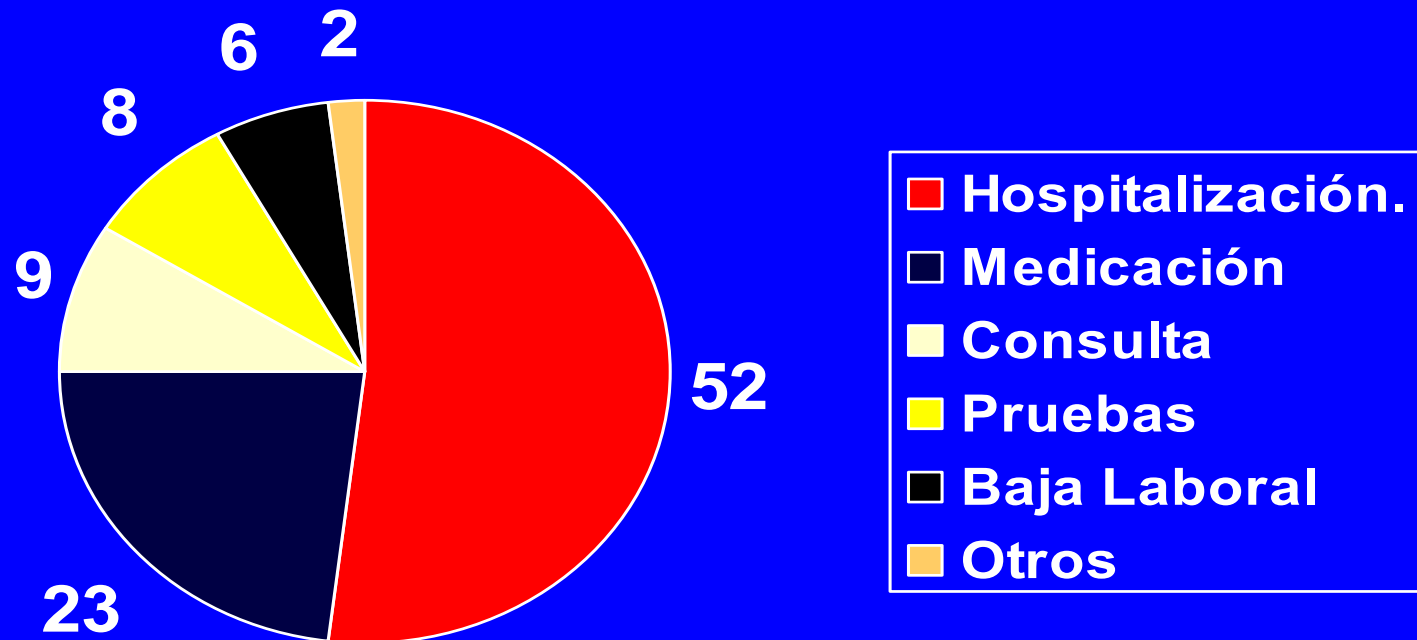
- Hospitalizaciones en varones con FA

	Incidencia anual
55 a 64 años	2%
65 a 74 años	5,8%
>75 años	17,3%

Los gastos médicos en un año de los pacientes con patología cardiovascular y FA asociada eran entre 9,2 a 16,9 puntos mayores que los pacientes ingresados por eventos cardiovasculares, pero sin FA

Coste económico de la FA

El coste medio de la FA es 3000 € por paciente y año



El coste en la unión europea son 13.000 millones de euros

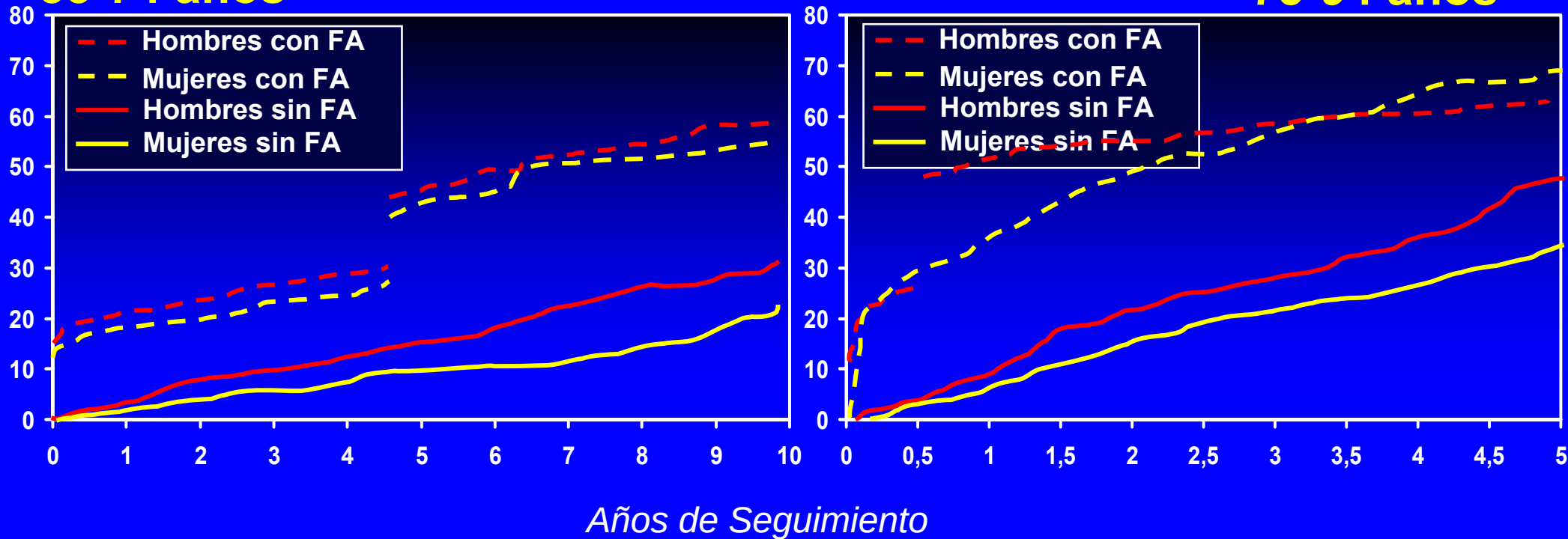
Fibrilación Auricular: Factor de Riesgo

Estudio de Framingham

55-74 años

Mortalidad durante el seguimiento

75-94 años



La FA se asocia con un Aumento de Mortalidad de 1,5-1,9 veces

Etiología de la FA

- Hipertensión arterial (50,8%)
- Cardiopatía isquémica (26,1%)
- Valvulopatías (4,9%)
- Miocardiopatías (4,8%)
- EPOC, *cor pulmonale*
- Embolismo pulmonar
- Pericarditis, miocarditis, cirugía
- Hipertiroidismo
- Intoxicación etílica
- FA aislada (10-20%)

Fibrilación auricular "**solitaria**": Edad <60 años y ausencia de cardiopatía, incluyendo HTA.

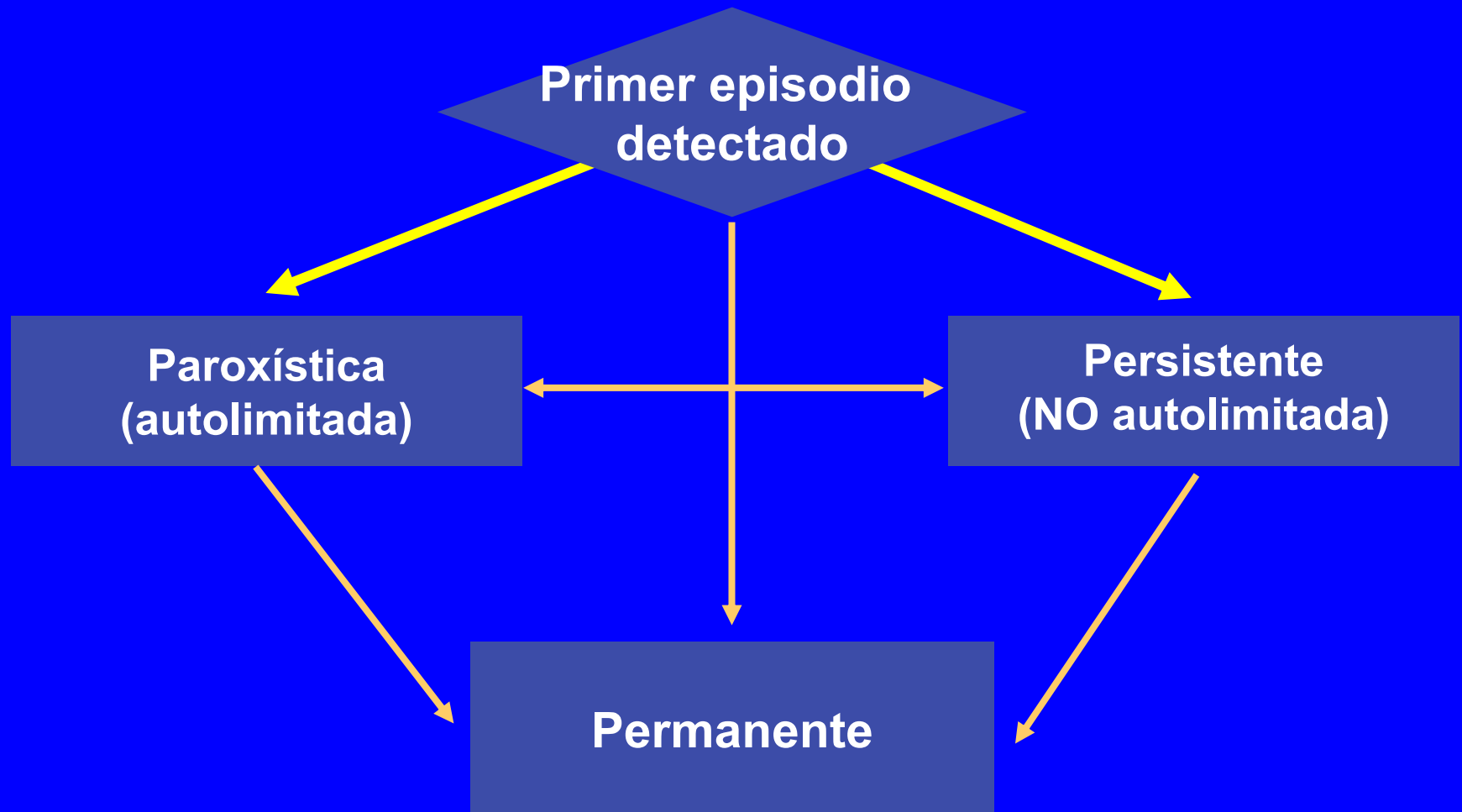
Fibrilación auricular silenciosa: riesgo y pronóstico Olmsted County, MN (1980-2000)

- 4618 Olmsted County residents (mean age 73 ± 14 years, range 18 to 107 years; 51% men) had first AF identified.
- 20% (n=916) were silent, 35% (n=1599) were associated with nonspecific symptoms, and 18% (n=816) with typical AF symptoms.
- Risk for silent AF was positively associated with older age, higher diastolic blood pressure, and slower heart rate.
- **La supervivencia de la FA silenciosa no difiere de la sintomática**
- **Riesgo de taquimiocardiopatía**

Table 1

Variable	Odds Ratio	Lower 95% CI	Upper 95% CI	P-value
Age	1.031	1.024	1.038	<0.0001
Diastolic blood pressure	1.017	1.011	1.024	<0.0001
Heart rate at AF	0.982	0.979	0.985	<0.0001
History of MI	0.347	0.273	0.442	<0.0001
History of CHF	0.454	0.358	0.576	<0.0001
History of valvular heart disease	0.723	0.591	0.884	0.0016
History of COPD	0.669	0.539	0.832	0.0003

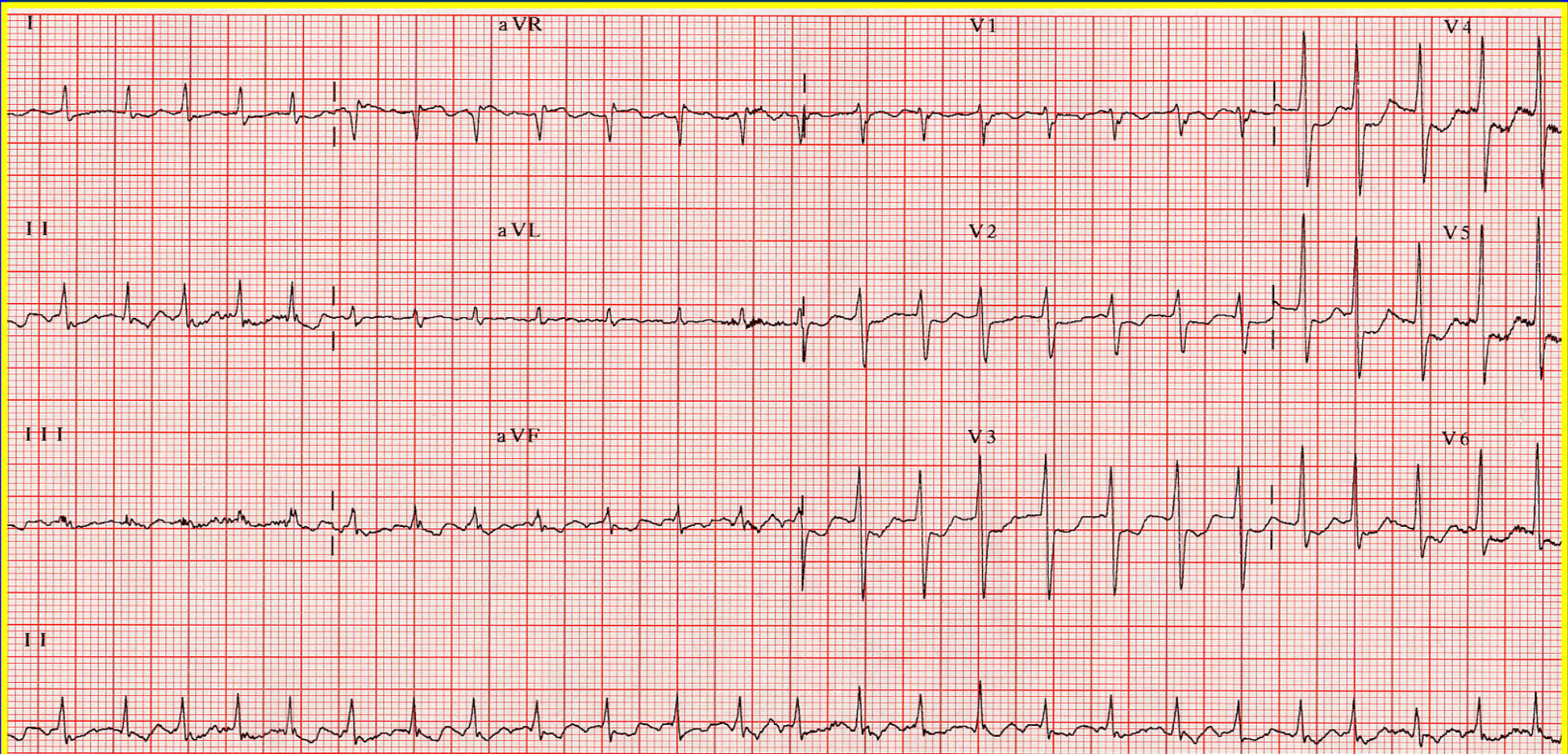
Clasificación de la FA



Fibrilación Auricular:

¿Como tratar al paciente anciano con F.A.?

- ¿Qué hacer ante una fibrilación auricular recién diagnosticada?



Diagnóstico de FA confirmado

Valoración clínica incluyendo estratificación tromboembolismo

FA paroxística

FA persistente

FA permanente

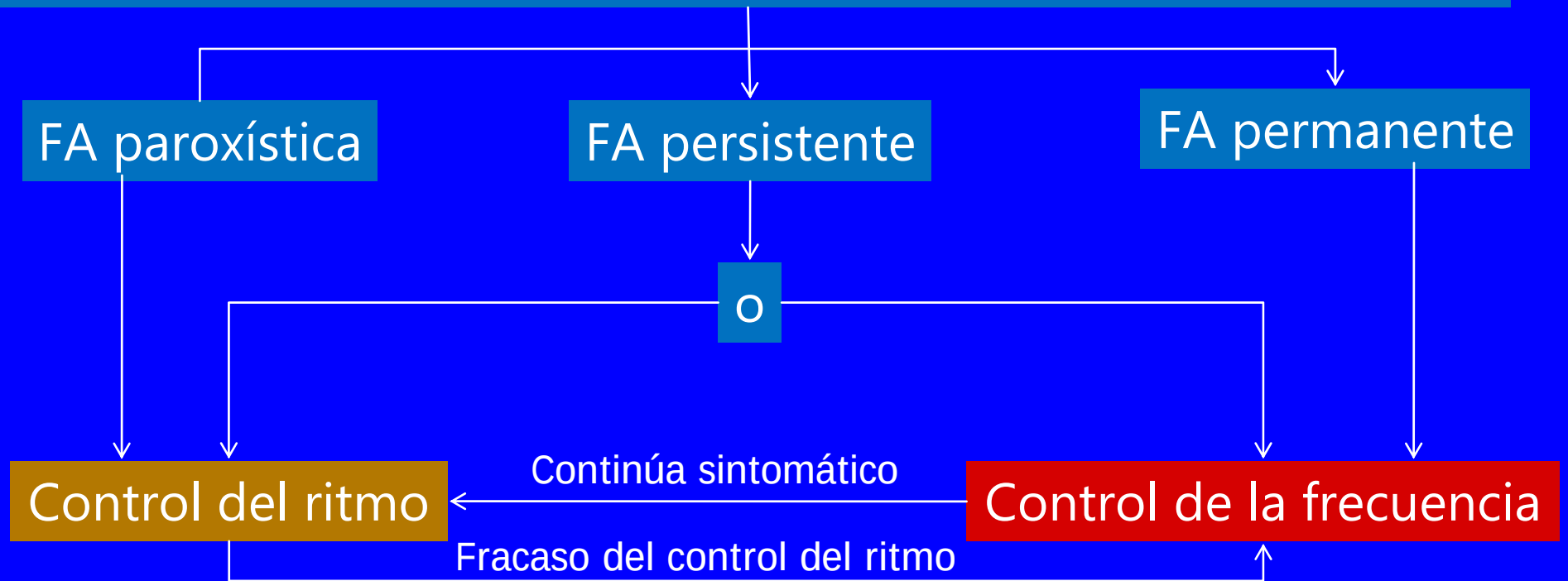
O

Control del ritmo

Control de la frecuencia

Continúa sintomático

Fracaso del control del ritmo



Manejo de la FA en el paciente anciano

- Magnitud del problema
- **¿Cómo tratar al paciente con fibrilación auricular?**
 - Anticoagulación, ¿a quién, cuando y cómo?

➤ **¿Cómo controlar la frecuencia ventricular?**

- Cuando control del ritmo y cuando control de la frecuencia o
¿Cardiovertir o no cardiovertir?, esa es la cuestión.
- ¿Cómo mantener el ritmo sinusal?

➤ Fibrilación auricular e insuficiencia cardiaca

➤ Fármacos en fase de desarrollo

- ¿Qué pacientes con FA hay que enviar a la Unidad de Arritmias y para qué?

FA

```
graph TD; FA[FA] --> HI[Inestabilidad Hemodinámica]; HI --> CU[Cardioversión Urgente]; HI --- Signs[• Mala tolerancia<br>• IC grave<br>• Angina<br>• Hipotensión<br>• Disnea intensa<br>• Signos de bajo gasto<br>• Mala perfusión];
```

Inestabilidad
Hemodinámica

- Mala tolerancia
- IC grave
- Angina
- Hipotensión
- Disnea intensa
- Signos de bajo gasto
- Mala perfusión

Cardioversión
Urgente

CONTROL DE LA FRECUENCIA VENTRICULAR

- El control agudo de la frecuencia ventricular es más eficaz con diltiazem, o betabloqueantes IV
- Los BB son especialmente efectivos en caso de tirotoxicosis o tono simpático aumentado.

CONTROL DE LA FRECUENCIA VENTRICULAR

La presencia de un ritmo irregular con complejos anchos debe hacer sospechar la coexistencia de una vía accesoria y fibrilación auricular.

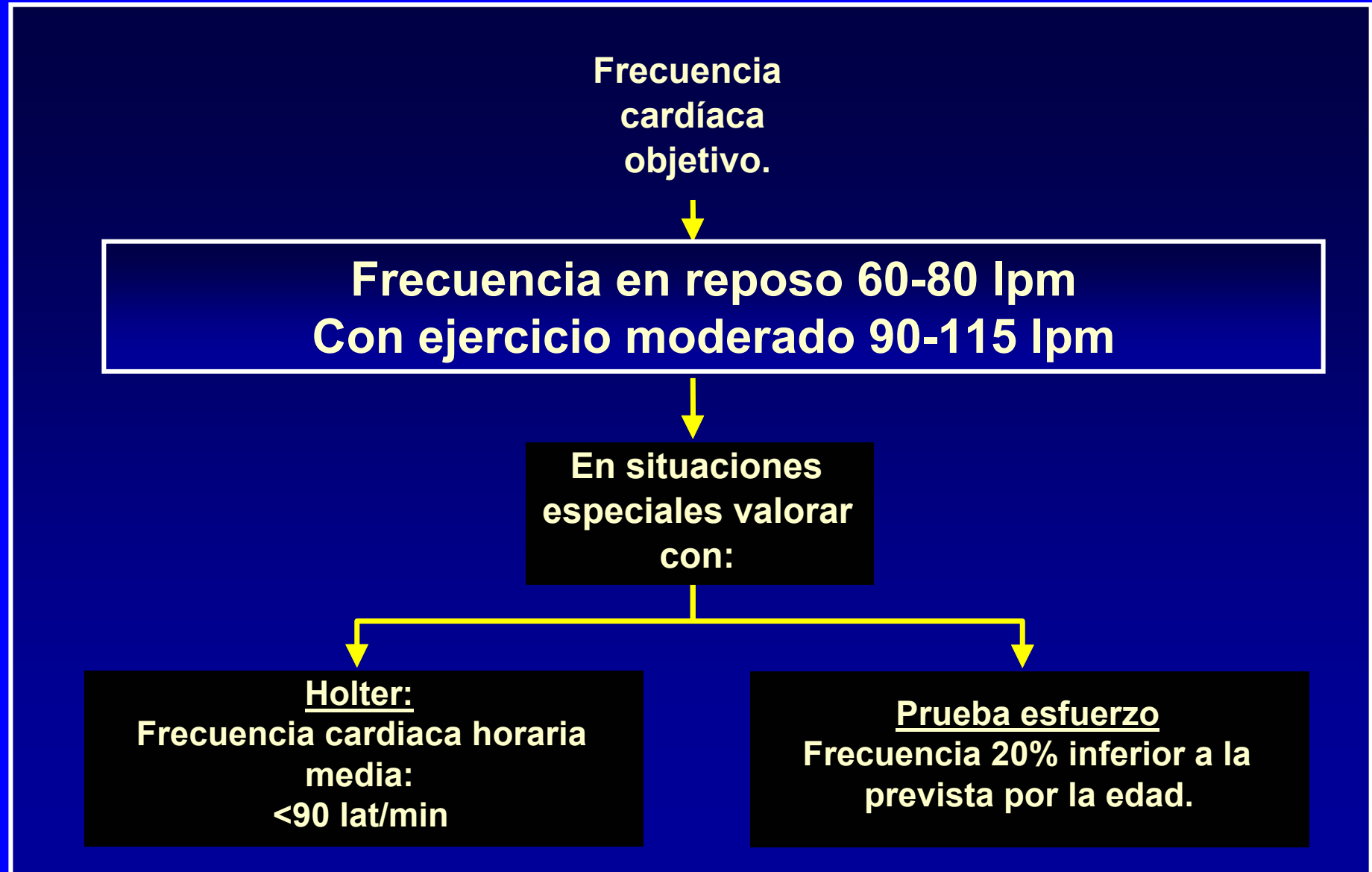


- Si hay conducción por una vía accesoria (Síndrome de preexcitación), están contraindicados los betabloqueantes, los antagonistas del calcio y la digoxina
 - En pacientes estables: AA clase I o amiodarona
 - En pacientes inestables: Cardioversión eléctrica

CONTROL DE LA FRECUENCIA VENTRICULAR

- Los pacientes con función deprimida del nodo AV pueden no requerir tratamiento.
- Puede ser necesaria la asociación de digoxina con calcioantagonistas o betabloqueantes.
- La digoxina es útil para enlentecer la frecuencia ventricular en reposo, pero proporciona un control inadecuado durante el ejercicio.

Control de la frecuencia cardíaca: objetivo



Secuencia de tratamiento

FIBRILACIÓN AURICULAR

**Sin enfermedad
cardíaca estructural**

Betabloqueantes

**Diltiazem
Verapamilo**

**Con cardiopatía
isquémica**

Betabloqueantes

**Diltiazem
Verapamilo**

**Con disf.
Ventricular
FE < 40%**

Betabloqueantes

Digoxina

Asociación de betabloqueantes o calcioantagonistas no
dihidropiridínicos con digoxina

Considerar amiodarona o valoración en U. de arritmias

Manejo de la FA en el paciente anciano

- Magnitud del problema
- **¿Cómo tratar al paciente con fibrilación auricular?**
 - Anticoagulación, ¿a quién, cuando y cómo?
- ¿Qué hacer ante una fibrilación auricular recién diagnosticada?
- ¿Cómo controlar la frecuencia ventricular?
- **Quando control del ritmo y cuando control de la frecuencia o ¿Cardiovertir o no cardiovertir?, esa es la cuestión.**
- ¿Cómo mantener el ritmo sinusal?
- Fibrilación auricular e insuficiencia cardiaca
- Fármacos en fase de desarrollo
- ¿Qué pacientes con FA hay que enviar a la Unidad de Arritmias y para qué?

Control: Ritmo/Frecuencia

Decisión

Restaurar Ritmo
Sinusal

Cardioversión
Farmacológica/
Eléctrica

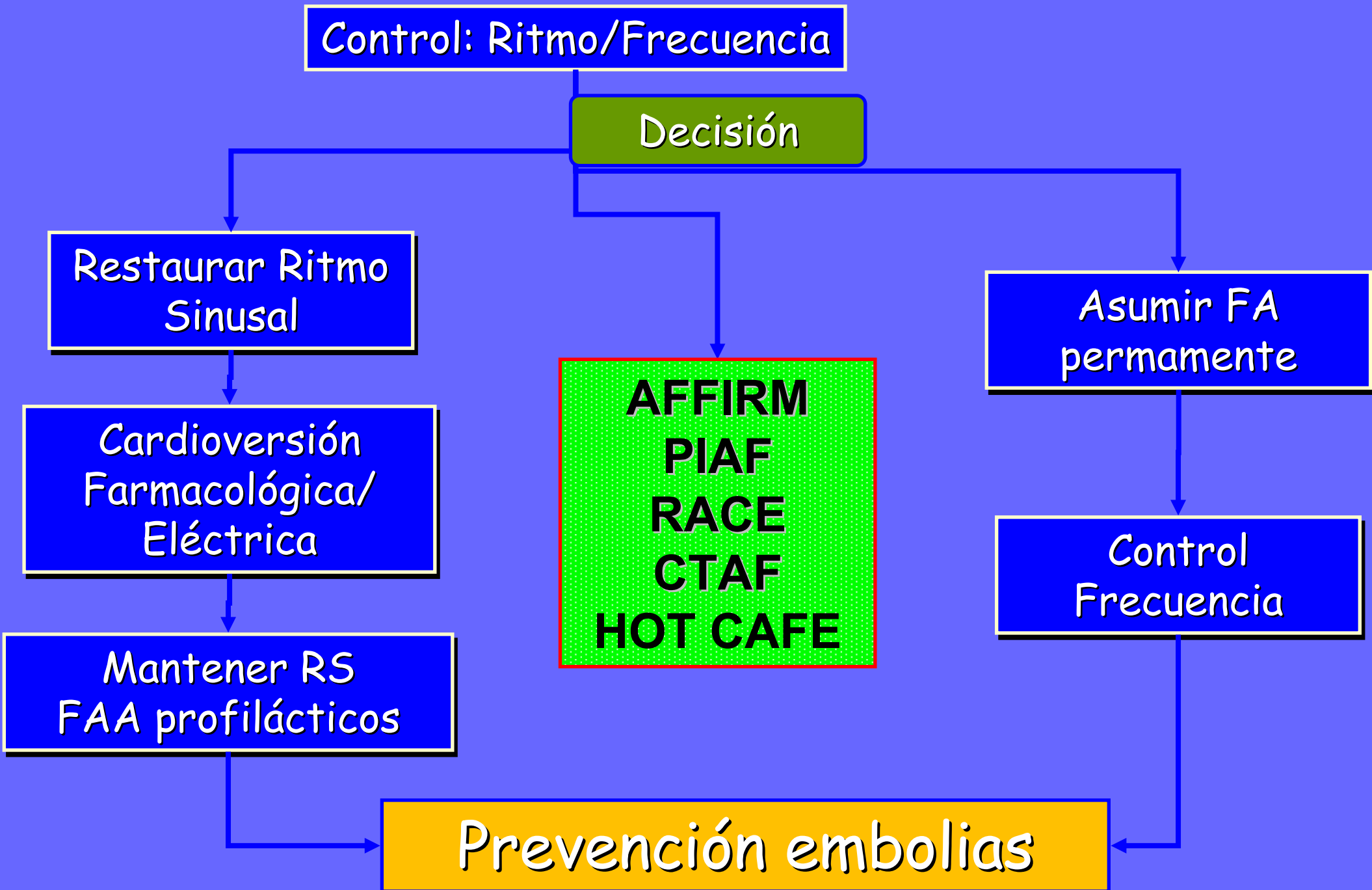
Mantener RS
FAA profilácticos

AFFIRM
PIAF
RACE
CTAF
HOT CAFE

Asumir FA
permanente

Control
Frecuencia

Prevención embolias



Control del ritmo vs Control de frecuencia

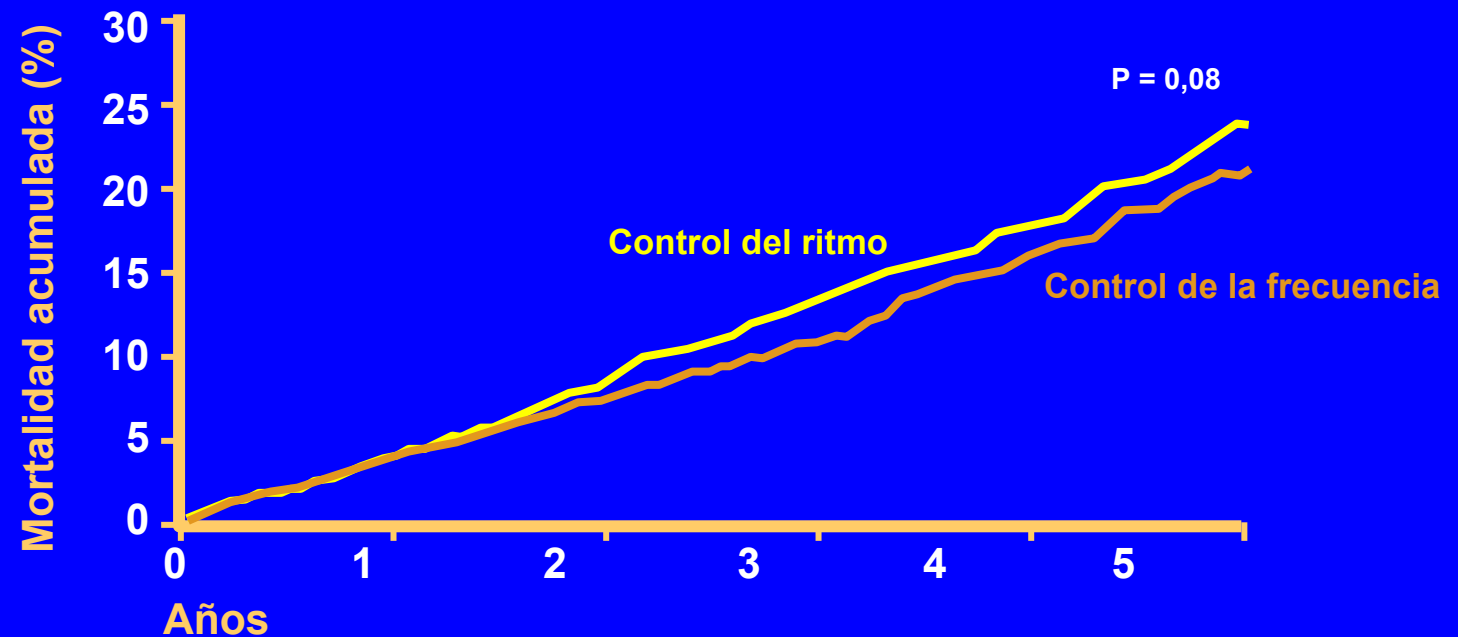
Estudio	Pacientes	Duración FA	Seguimiento	Edad	RS
AFFIRM 2002	4060	69% >2 días	3.5	70±9	35 vs 63
RACE 2002	522	1 a 399	2.3	68±9	10 vs 39
PIAF 2000	252	7 a 360	1	61±10	10 vs 56
STAF 2003	200	6±3 meses	1.6	66±8	11 vs 26
HOT CAFE 2004	205	7 a 730	1.7	61±11	? vs 64

- **No hay diferencias significativas respecto a mortalidad y a calidad de vida entre ambas estrategias.**
- **Menos hospitalizaciones con el control de la frecuencia**

Cardioversión vs control de frecuencia

ESTUDIO AFFIRM

Mortalidad acumulada por cualquier causa en el grupo de control del ritmo y en el grupo de control de la frecuencia



Nº de fallecimientos		número (porcentaje)					
Control del ritmo	0	80 (4)	175 (9)	257 (13)	314 (18)	352 (24)	
Control de la frecuencia	0	78 (4)	148 (7)	210 (11)	275 (16)	306 (21)	

Cardioversión vs control de frecuencia

ESTUDIO AFFIRM

AFFIRM Investig. N Engl J Med 2002; 347: 1825

Efectos adversos	Total	Control de frecuencia	Control de ritmo	Valor de P
End point primario (muerte)	666 (26,3)	310 (25,9)	356 (26,7)	0,08†
End point secundarios (muerte, ictus incapacitante, encefalopatía anóxica, hemorragia severa y parada cardíaca)	861 (32,3)	416 (32,7)	445 (32,0)	0,33
Torsade de pointes	14 (0,5)	2 (0,2)‡	12 (0,8)	0,007
Taquicardia ventricular sostenida	15 (0,6)	9 (0,7)	6 (0,6)	0,44
Parada cardíaca y RCP				
Fibrilación o taquicardia ventricular	19 (0,6)	10 (0,7)	9 (0,5)	0,83
Disociación EM, bradicar severa	10 (0,3)	1 (<0,1)	9 (0,6)	0,01
Episodios cerebrales:				
Total:	211(8,2)	105 (7,4)	106 (8,9)	0,93
Ictus isquémicos	157 (6,3)	77 (5,5)	80 (7,1)	0,79
Tras supresión de warfarina	69	25	44	
Durante el tratamiento con warfarina pero con INR < 2,0	44	27	17	
Fibrilación auricular concomitante	67	42	25	
Hemorragia intracerebral primaria	34 (1,2)	18 (1,1)	16 (1,3)	0,73
Hemorragia subdural o subaracnoidea	24 (0,8)	11 (0,8)	13 (0,8)	0,68

Cardioversión vs control de frecuencia

ESTUDIO AFFIRM

Efectos adversos (continuación)

Evento	Total	Grupo control de frecuencia	Grupo control de ritmo	Valor de P
Encefalopatía anóxica	9 (0,3)	4 (0,2)	5 (0,4)	0,74
Infarto de miocardio	140 (5,5)	67 (4,9)	73 (6,1)	0,60
Hgia que no afecta al SNC	203 (7,3)	107 (7,7)	96 (6,9)	0,44
Embolismo sistémico	16 (0,5)	9 (0,5)	7 (0,4)	0,62
Embolismo pulmonar	8 (0,3)	2 (0,1)	6 (0,5)	0,16
Total hospitalizaciones	2.594 (76,6)	1.220 (73,0)	1.374 (80,1)	< 0,001

Cardioversión vs control de frecuencia

ESTUDIO AFFIRM

Variable

Edad

< 65 años (n = 969)

≥ 65 años (n = 3.091)

Ritmo en la randomización

Fibrilación auricular (n = 1.778)

Ritmo sinusal (n = 2.095)

Tipo de episodio de fibrilación auricular

Recurrente (n = 2.526)

Primero (n = 1.391)

Coronariopatía

No (n = 2.509)

Sí (n = 1.551)

Hipertensión

No (n = 1.184)

Sí (n = 2.876)

Insuficiencia cardíaca congestiva

No (n = 3.121)

Sí (n = 939)

Fracción de eyección de ventrículo izquierdo

< 50% (n = 788)

≥ 50% (n = 2.244)

Sexo

Mujer (n = 1.594)

Hombre (n = 2.466)

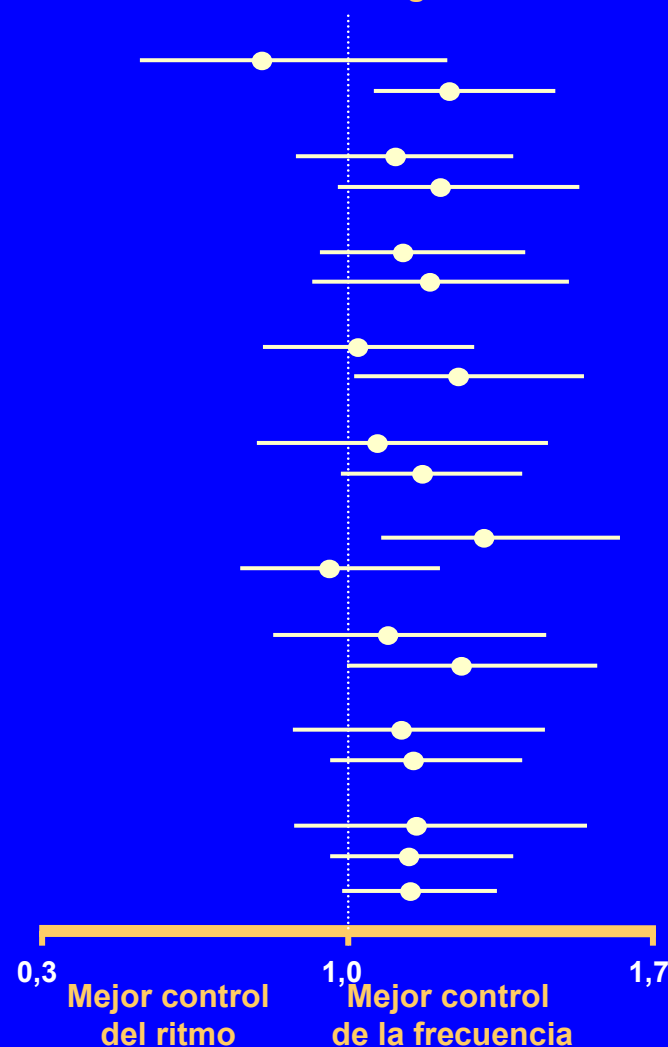
Duración de la fibrilación auricular

< 2 días (n = 1.251)

≥ 2 días (n = 2.808)

Total (n = 4.060)

Tasa de riesgo



Diagnóstico de FA confirmado

Valoración clínica incluyendo estratificación tromboembolismo

FA paroxística

FA persistente

FA permanente

O

Control del ritmo

Control de la frecuencia

Continúa sintomático

Fracaso del control del ritmo

Jóvenes
Sintomáticos
Primer episodio de FA aislada
Factor precipitante tratado o corregido
Con insuficiencia cardiaca

Mayores de 65 años
Con enfermedad coronaria
Contraindicación de antiarrítmicos
Inadecuados para cardioversión

Cardioversión



Sopesar sintomatología y posibilidades de eficacia / recidiva

Marcadores de ineficacia

**Estenosis mitral
Duración > 1 año
AI > 55 mm**

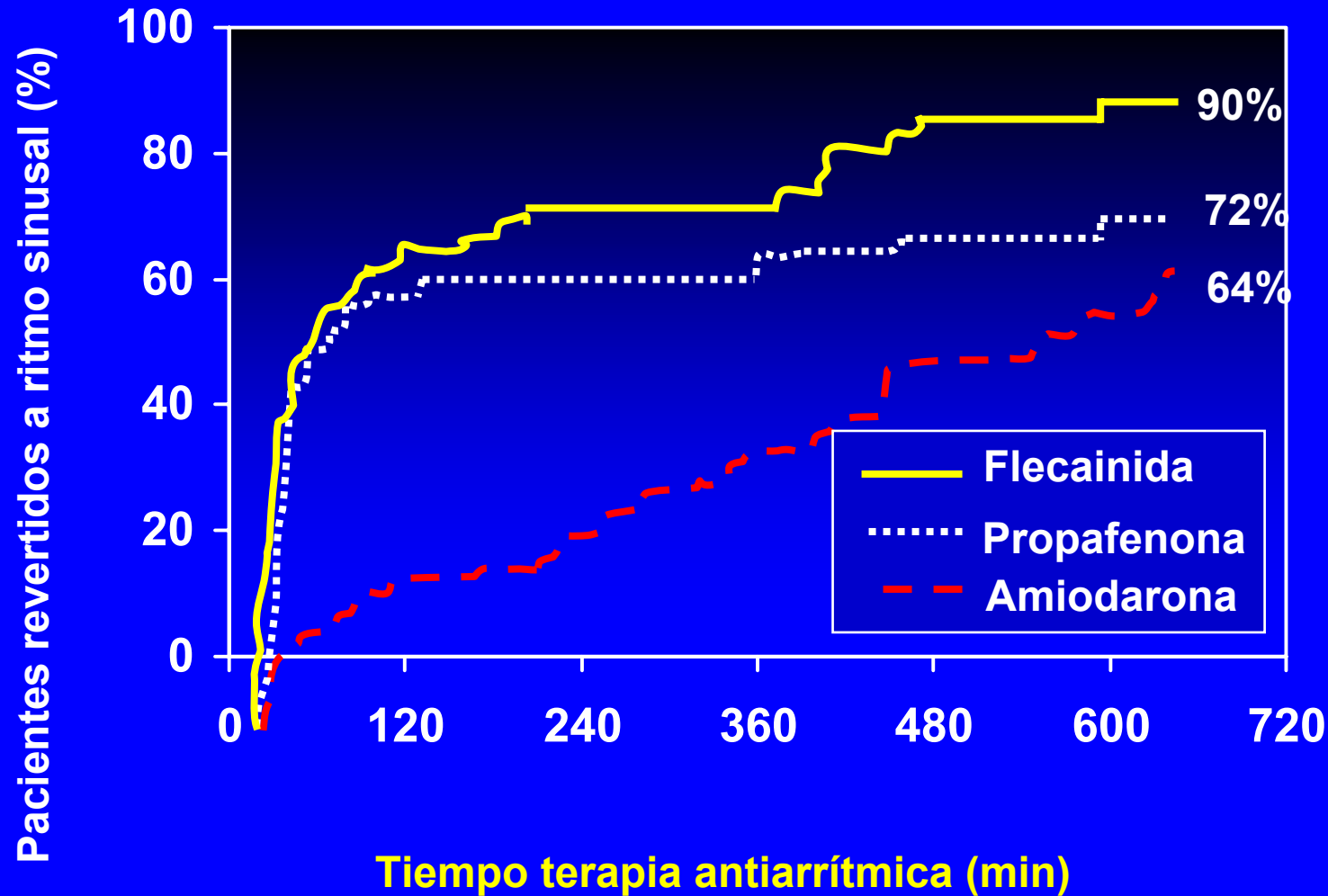
Marcadores de riesgo de recidiva

**Edad > 65 a
Duración > 1 año
AI > 45 mm
Recaída precoz**

**Cardiopatía estructural
VI dilatado o ICC
NYHA >2
Fracaso previo FAA**

Fármaco	Vía	NR	NE
Dofetilide	Oral	I	A
Flecainida	Oral/IV	I	A
Ibutilide	Oral	I	A
Propafenona	Oral/IV	I	A
Amiodarona	Oral/IV	IIA	A
Quinidina	Oral	IIB	B
Procainamida	IV	IIB	C
Digoxina	Oral/IV	III	A
Sotalol	Oral/IV	III	A

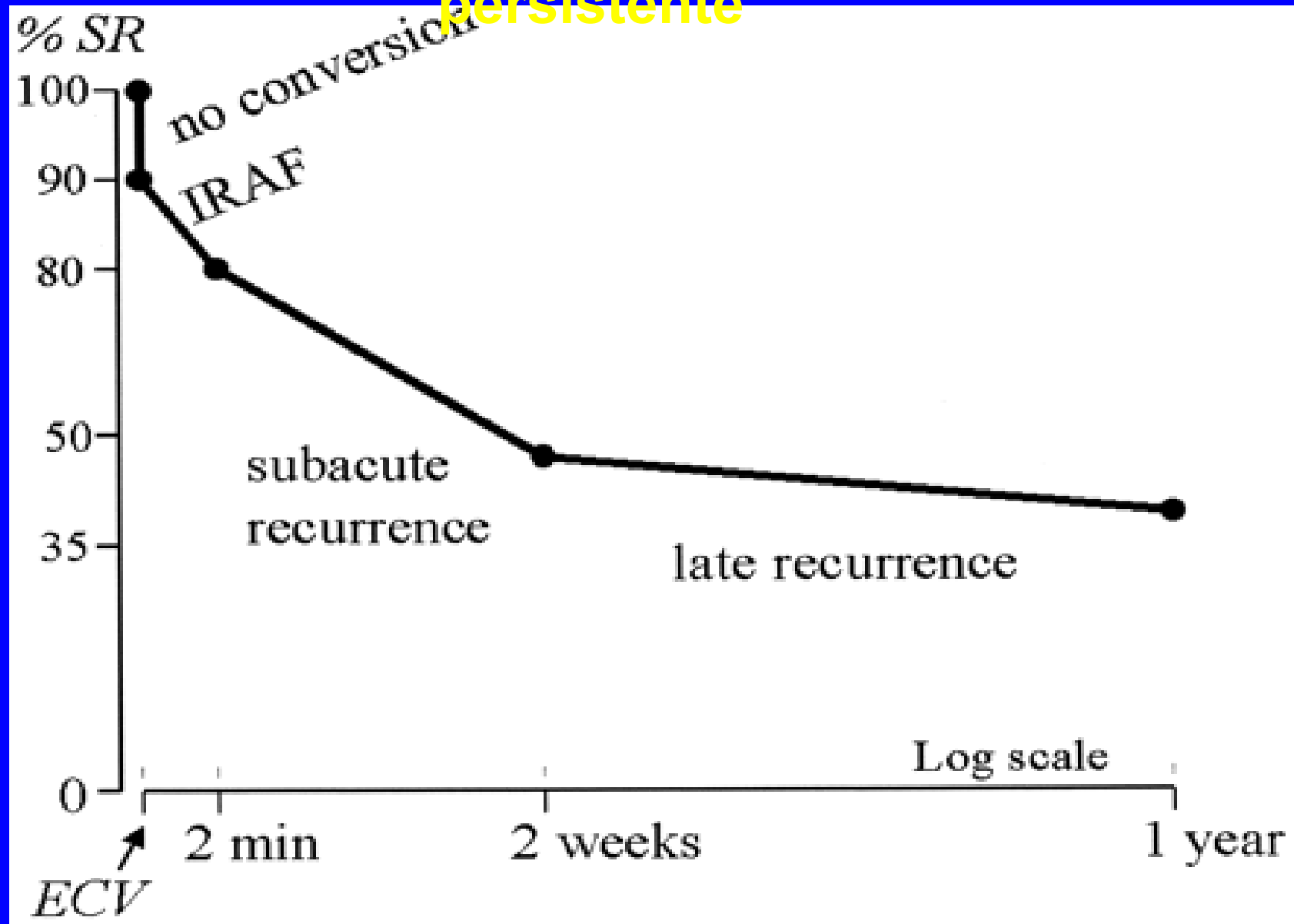
Cardioversión farmacológica



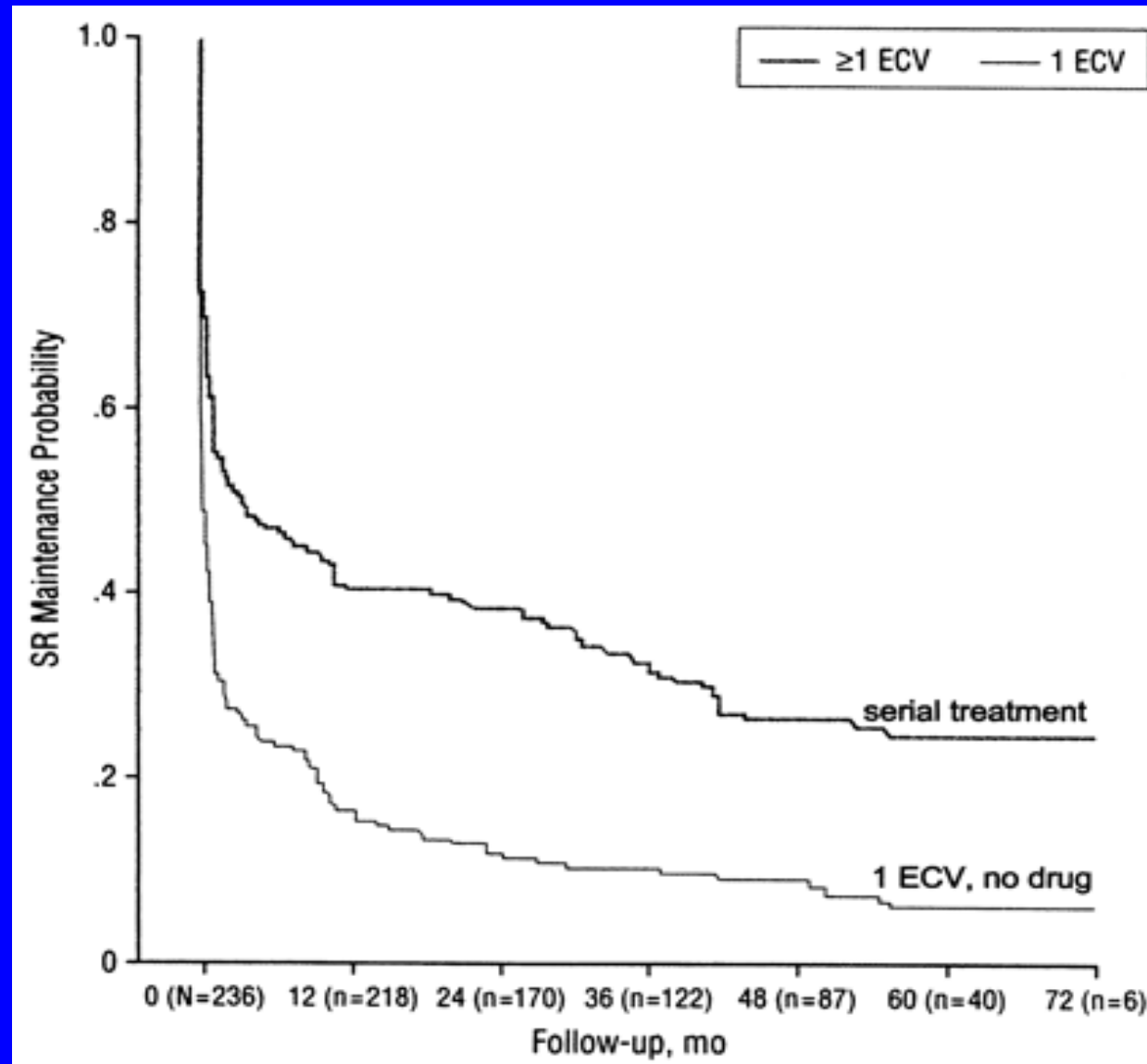
Manejo de la FA en el paciente anciano

- Magnitud del problema
- **¿Cómo tratar al paciente con fibrilación auricular?**
 - Anticoagulación, ¿a quién, cuando y cómo?
- ¿Qué hacer ante una fibrilación auricular recién diagnosticada?
- ¿Cómo controlar la frecuencia ventricular?
- Quando control del ritmo y cuando control de la frecuencia o
¿Cardiovertir o no cardiovertir?, esa es la cuestión.
- **¿Cómo mantener el ritmo sinusal?**
- Fibrilación auricular e insuficiencia cardiaca
- Fármacos en fase de desarrollo
- ¿Qué pacientes con FA hay que enviar a la Unidad de Arritmias y para qué?

Recurrencia después de la CV eléctrica en la FA persistente



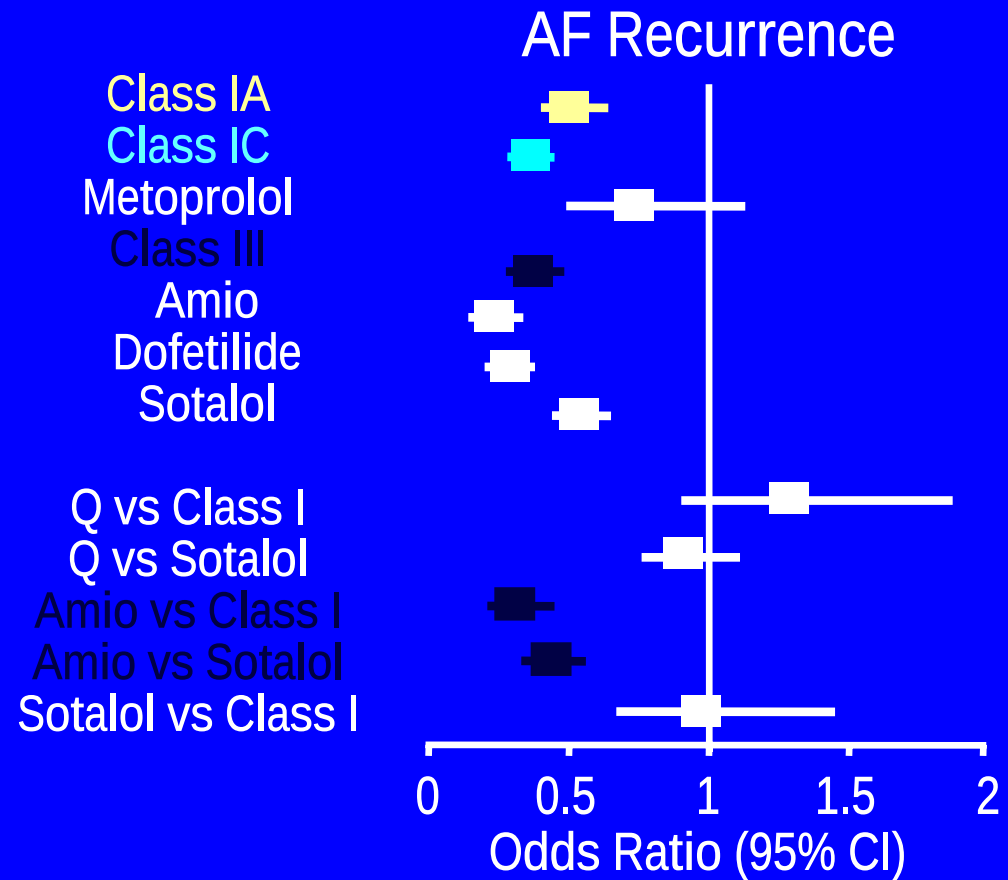
Supervivencia libre de arritmia después de CV eléctrica en pacientes con FA persistente



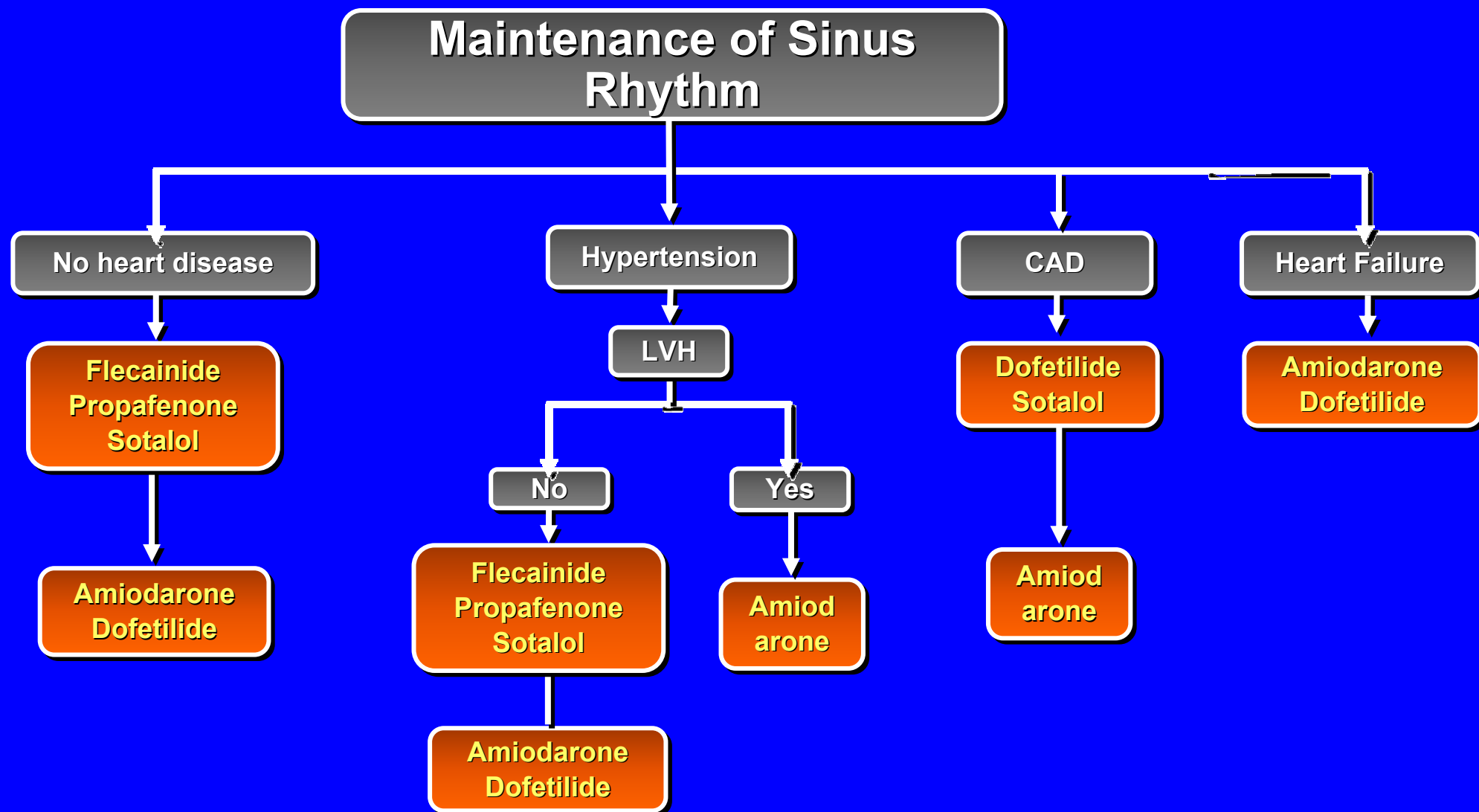
Antiarrítmicos para la prevención de recurrencias

RCT included into analysis

Total	44
No. of patients	11,322
Placebo controlled	25
Active comparator	14
Persistent AF	38 (60% pts)
PAF/recent onset	6
EF > 50%	41
Lone AF	1
Follow-up	1 year



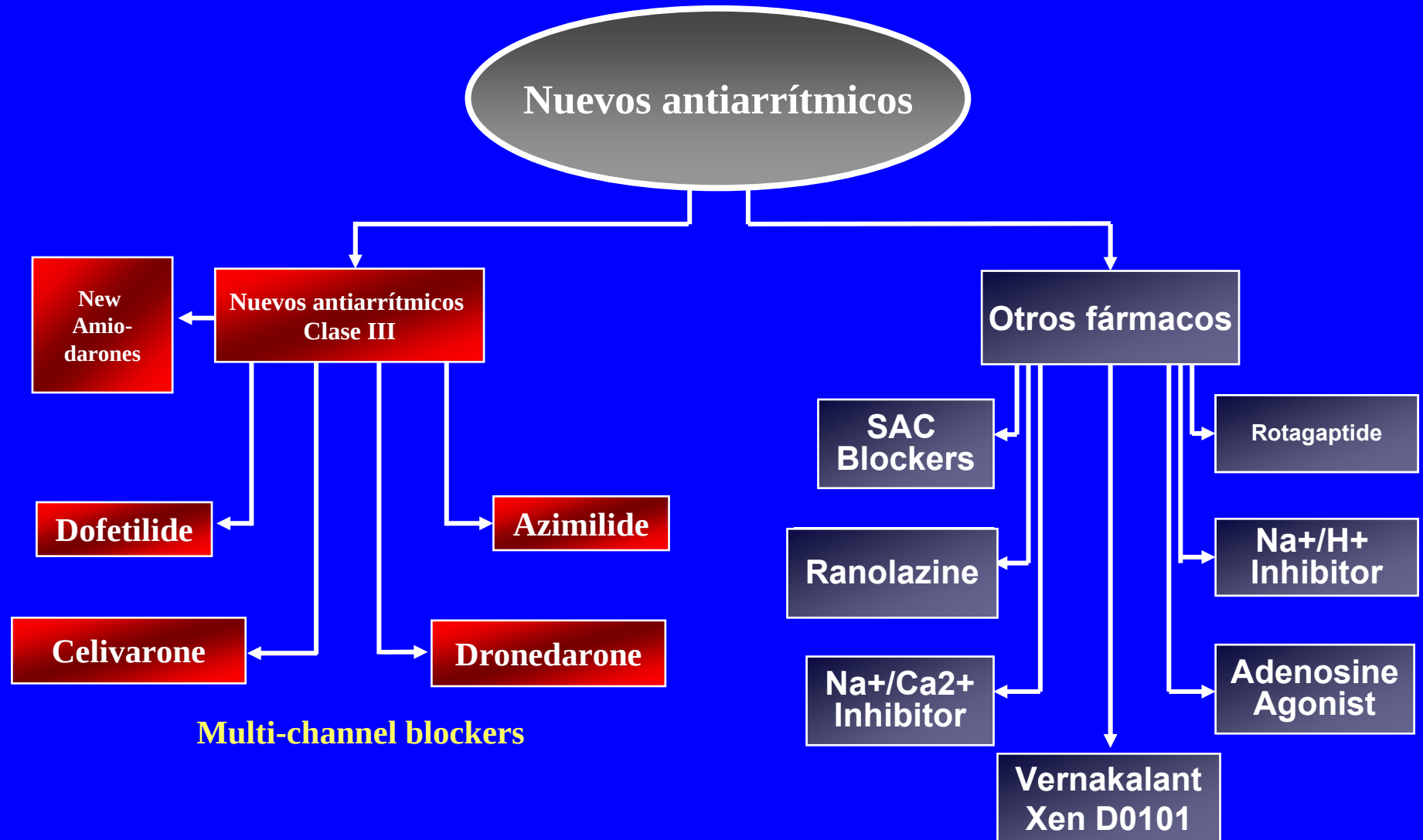
ACC/AHA/ESC AF Guidelines Revised 06



Manejo de la FA en el paciente anciano

- Magnitud del problema
- **¿Cómo tratar al paciente con fibrilación auricular?**
 - Anticoagulación, ¿a quién, cuando y cómo?
- ¿Qué hacer ante una fibrilación auricular recién diagnosticada?
- ¿Cómo controlar la frecuencia ventricular?
- Quando control del ritmo y cuando control de la frecuencia o ¿Cardiovertir o no cardiovertir?, esa es la cuestión.
- ¿Cómo mantener el ritmo sinusal?
- **Fármacos en fase de desarrollo**
- Fibrilación auricular e insuficiencia cardiaca
- ¿Qué pacientes con FA hay que enviar a la Unidad de Arritmias y para qué?

Nuevos Antiarrítmicos

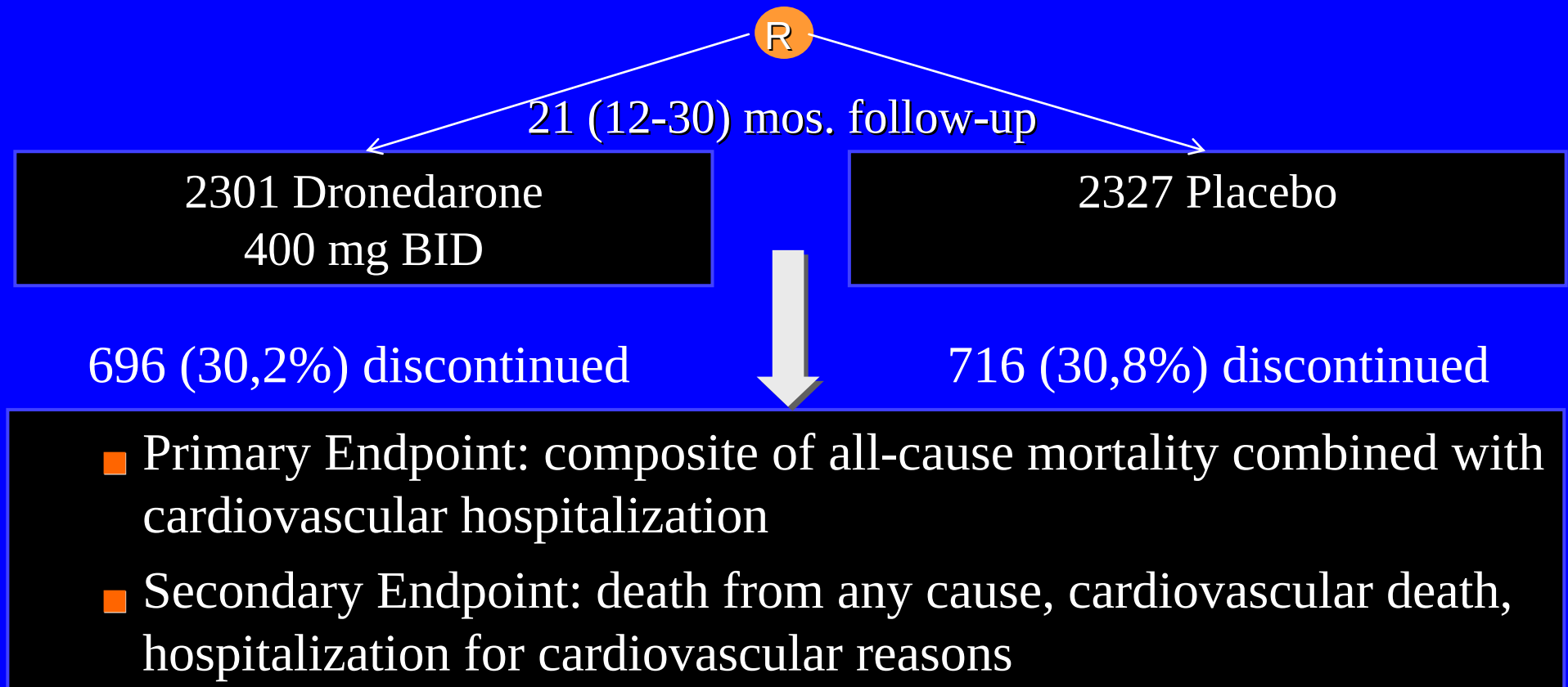


DRONEDARONA

- Dronedarona es un nuevo bloqueante multicanal que afecta a los canales de sodio, potasio y calcio y tiene propiedades antiadrenérgicas.
- A diferencia de amiodarona, no contiene radical yodo y, por tanto, no da lugar a efectos adversos sobre tiroides y pulmón.

ATHENA Trial: Study Design

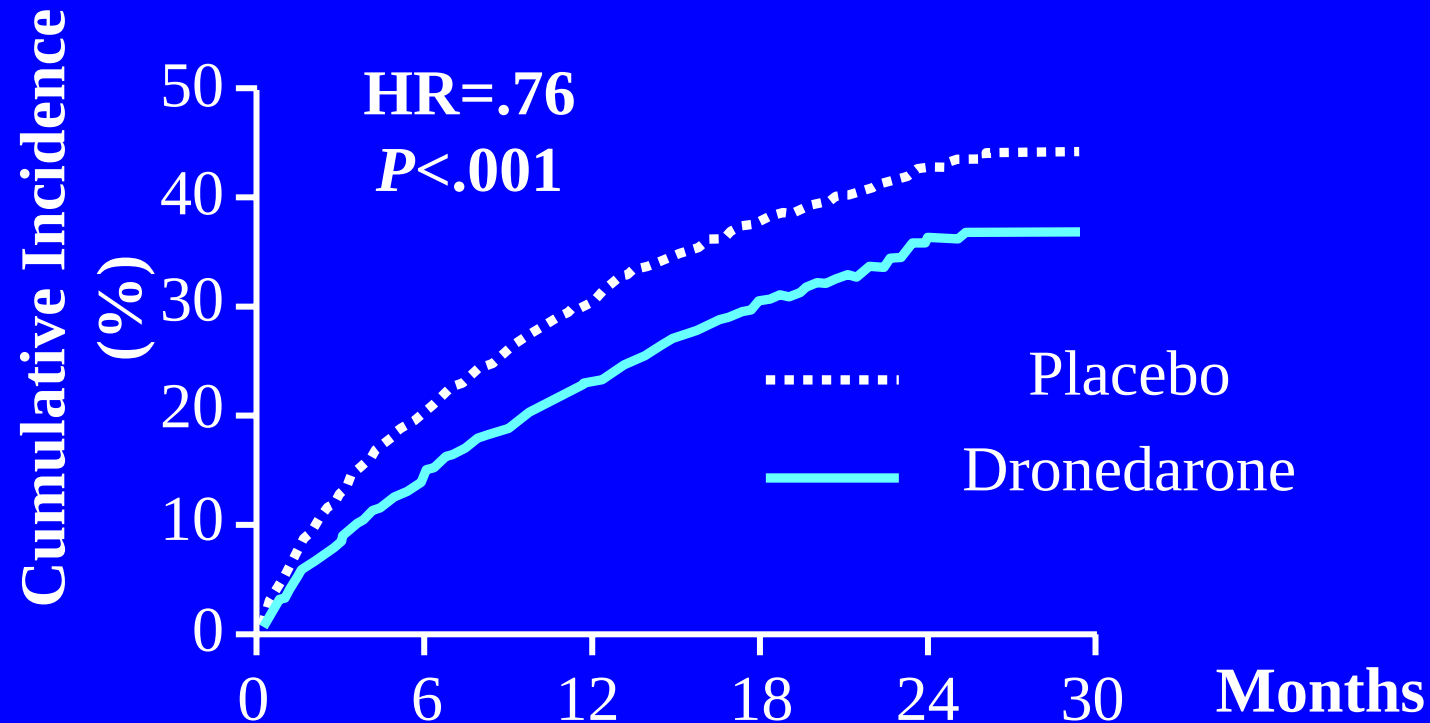
- 4,628 patients ≥ 75 years with atrial fibrillation or 70-75 years with atrial fibrillation and at least one additional cardiovascular risk factor prior to randomization.
- Double blind. Randomized. Placebo controlled. International multicenter. Mean follow-up 21 months.



NEJM 2009, 360:688-78

ATHENA: Objetivo primario

Time to first cardiovascular hospitalization or death



Patients at risk

Placebo	2327	1858	1625	1072	385	3
Dronedarone	2301	1963	1776	1177	403	2

Mean follow-up 21 ± 5 months.

ATHENA Trial: Secondary Endpoint Results

- Comparado con placebo, dronedarona redujo significativamente el riesgo de muerte cardiovascular en un 30% (63/2,7% vs 90/3,9%, $p=0.034$).
- No hubo diferencias significativas en la mortalidad total, aunque hubo menos muertes en el grupo de Dronedarone (16%, $p=0.17$).
- La primera hospitalización de causa cardiovascular se redujo en un 25% ($p=<0.001$).

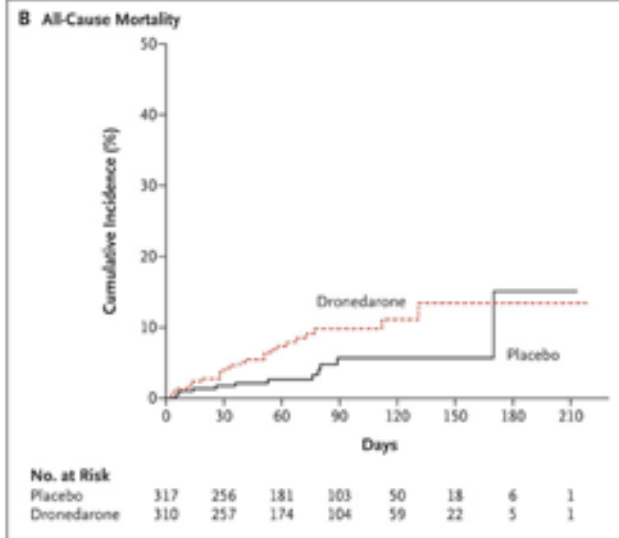
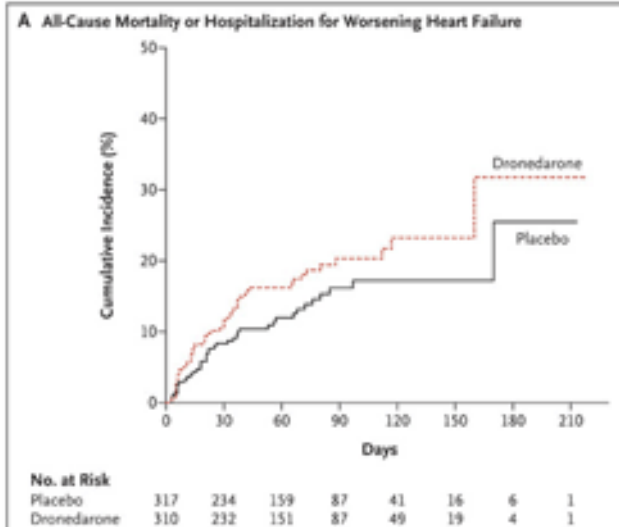
ANDROMEDA

Mortalidad total u hospitalización por empeoramiento de insuficiencia cardiaca

- 627 con IC y FEVI mala. 2 meses seguimiento

- 400 mg de dronedarone 2 veces al día o placebo.

- El ensayo fue suspendido prematuramente por razones de seguridad



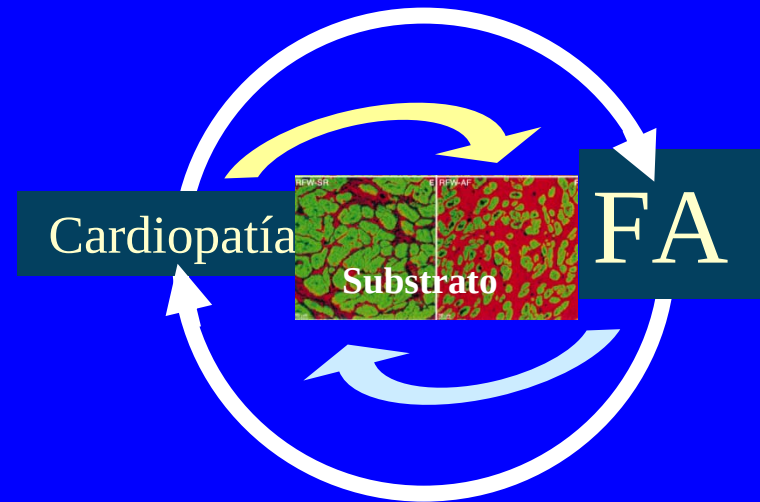
- Murieron 25 pacientes en dronedarone (8.1%) y 12 en placebo (3.8%) (hr 2.13; 95% [CI], 1.07 to 4.25; P=0.03).

- El exceso de mortalidad se relacionó fundamentalmente con el empeoramiento de la IC: 10 muertes en dronedarone y 2 en el grupo placebo.

Otras alternativas terapéuticas

Tratamientos	Posible diana
IECA y ARA II	Hypertension Heart failure Direct effects (anti-fibrotic, antiarrhythmic?)
Antagonist. aldosteron	Hypertension, heart failure Direct effects (anti-fibrotic, antiarrhythmic?)
Estatinas	Coronary artery disease Systemic atherosclerosis Direct effects (anti-inflammatory, antioxidant)
Corticoide	Anti-inflammatory effects
n-3 PUFA (fish oil)	Lipid-lowering effects Direct antiarrhythmic effects
Betabloc	Reduction of BP, CHF MI, etc. Direct antiarrhythmic effects

Remodelado auricular



Prevención de FA

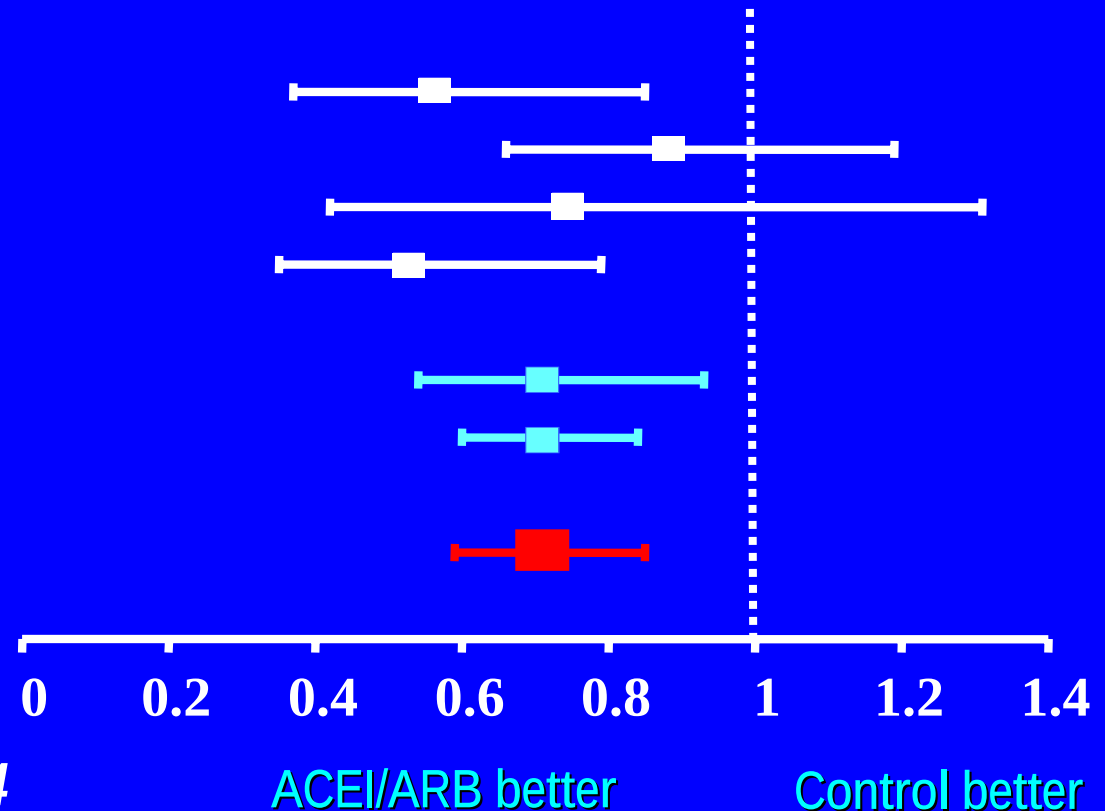
Metanálisis

- 11 studies
- 47,457 patients

- CHF: 4, 10,314 pts
- MI: 2, 10,441 pts

- HTN: 3, 26,403 pts
- AF: 2, 299 pts

CHF	0.56 (0.37 – 0.85)
HTN	0.88 (0.66 – 1.19)
MI	0.94 (0.42 – 1.31)
AF	0.52 (0.35 – 0.79)
ACEI	0.71 (0.54 – 0.93)
ARB	0.71 (0.60 – 0.84)
Total	0.71 (0.59 – 0.85)

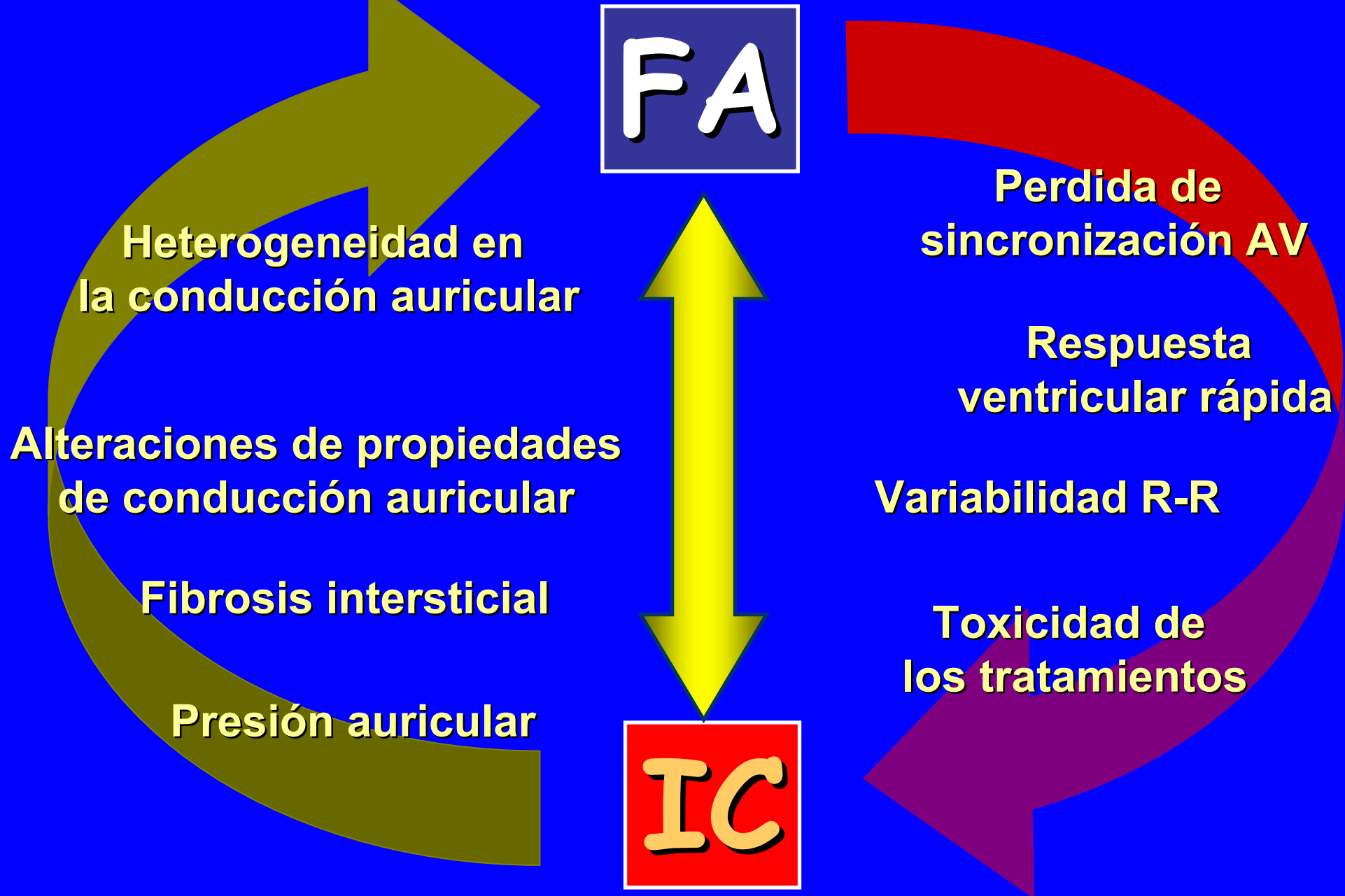


Connolly S, et al, AHA 2004

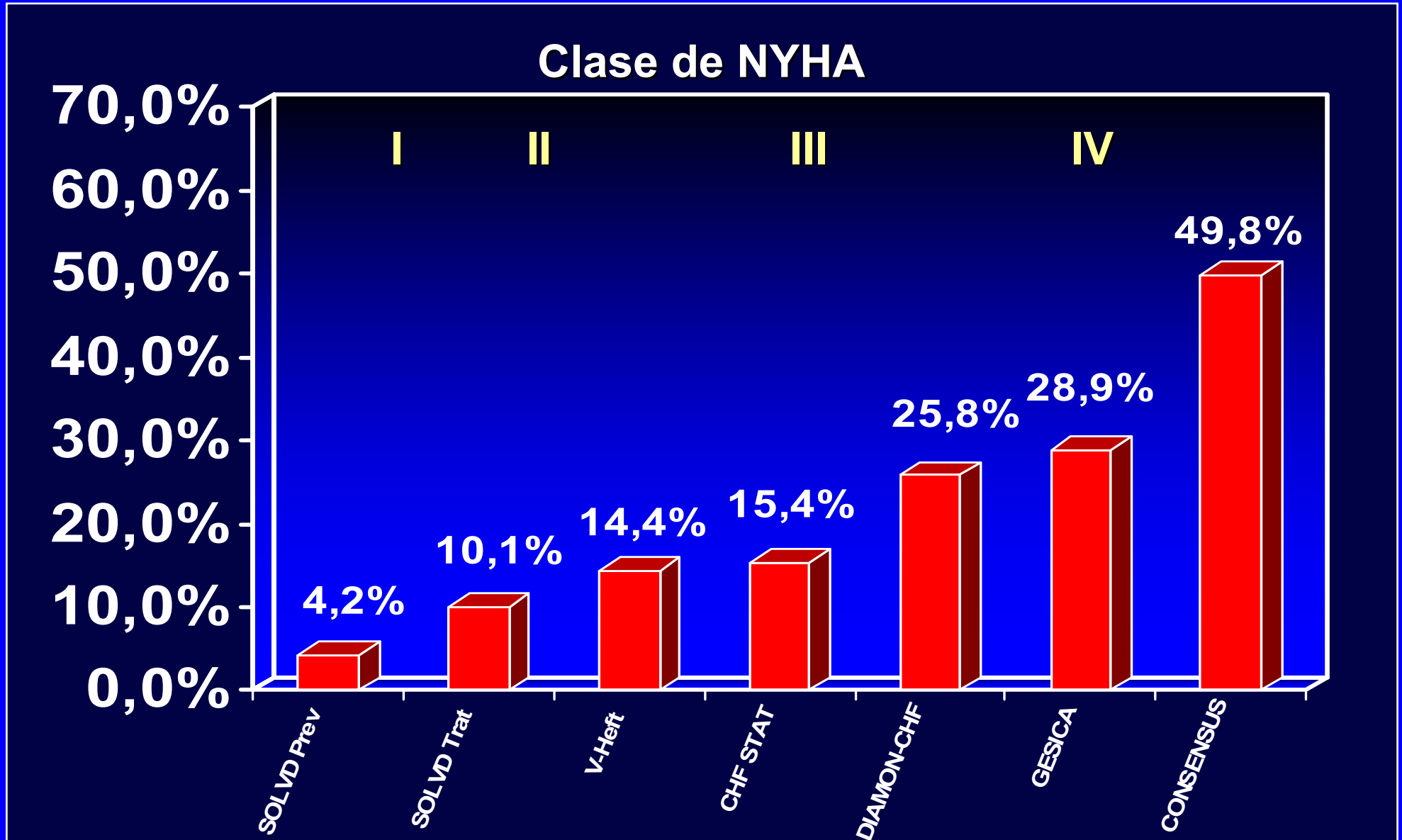
Manejo de la FA en el paciente anciano

- Magnitud del problema
- **¿Cómo tratar al paciente con fibrilación auricular?**
 - Anticoagulación, ¿a quién, cuando y cómo?
- ¿Qué hacer ante una fibrilación auricular recién diagnosticada?
- ¿Cómo controlar la frecuencia ventricular?
- Quando control del ritmo y cuando control de la frecuencia o ¿Cardiovertir o no cardiovertir?, esa es la cuestión.
- ¿Cómo mantener el ritmo sinusal?
- Fármacos en fase de desarrollo
- **Fibrilación auricular e insuficiencia cardiaca**
- ¿Qué pacientes con FA hay que enviar a la Unidad de Arritmias y para qué?

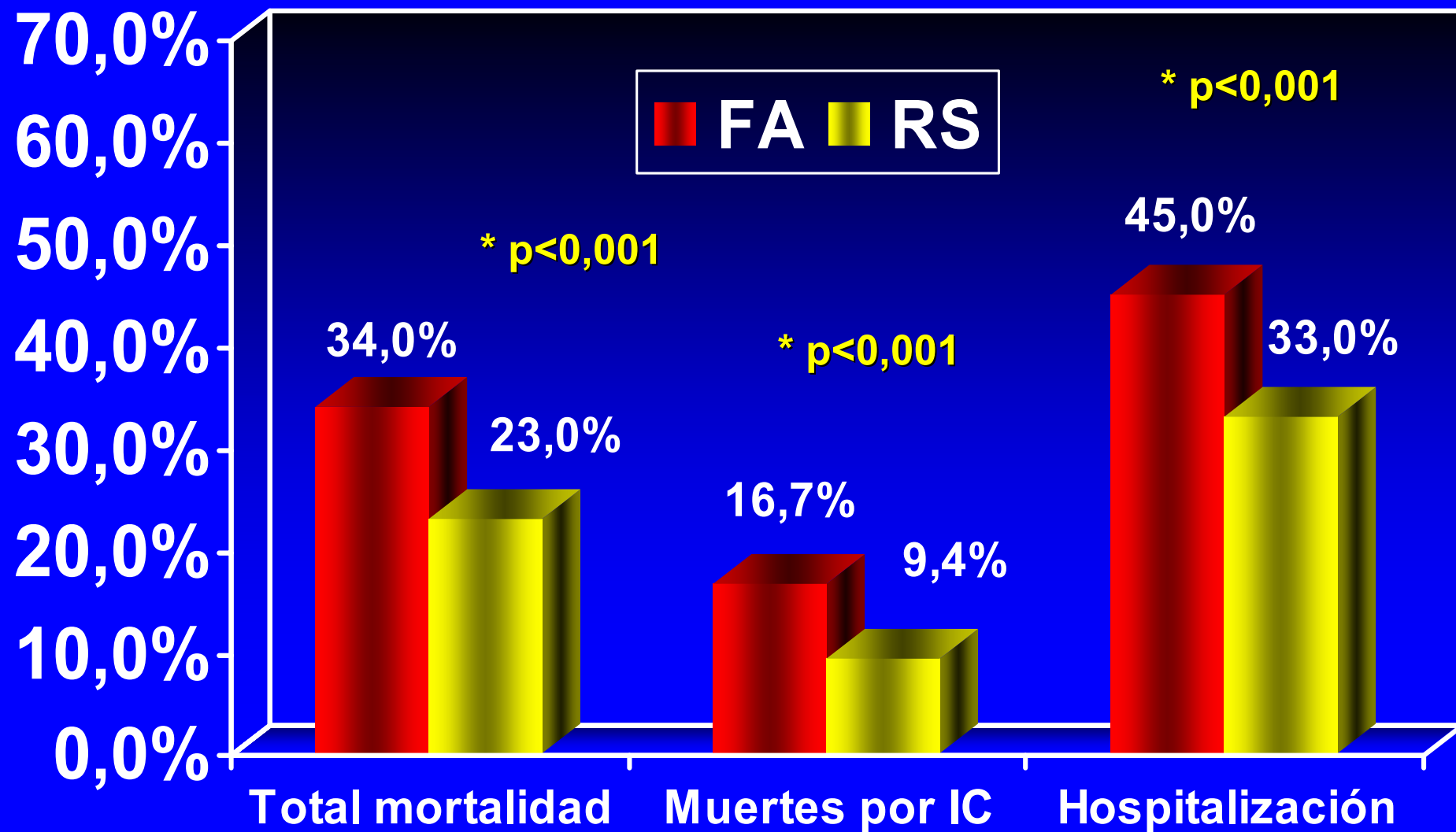
Coexistencia FA e IC



Prevalencia de FA



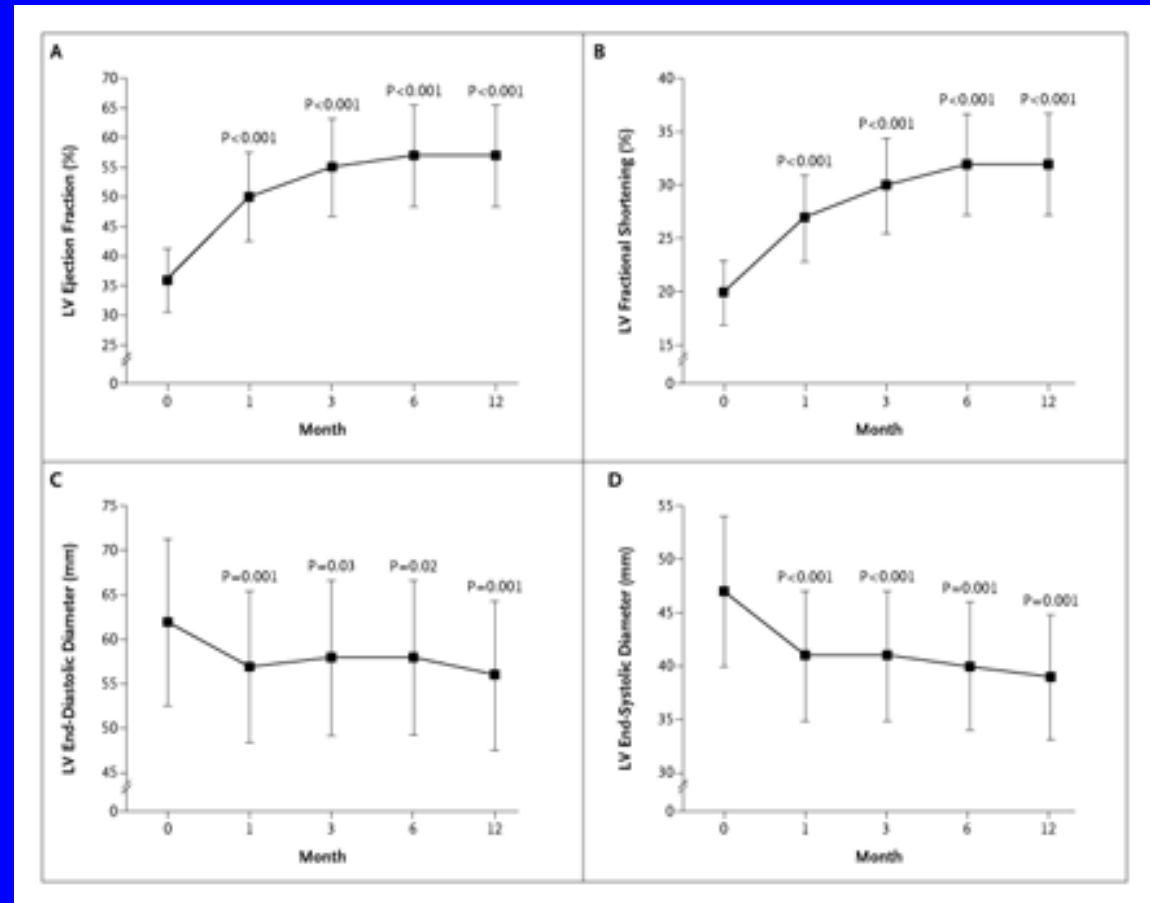
FA en pacientes con IC



Mejoría de las dimensiones y la función VI tras la ablación en pacientes con ICC

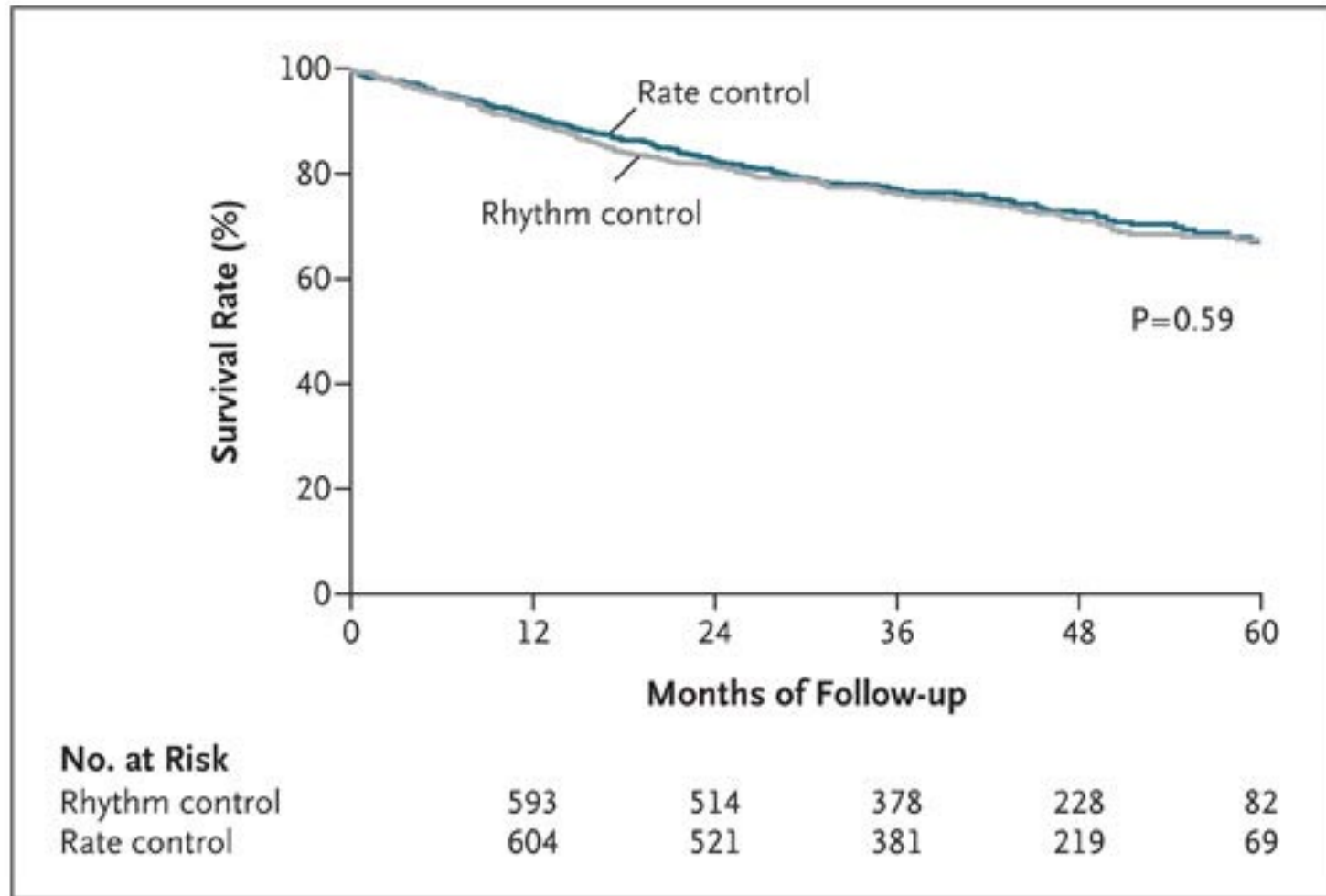
➤ 58 consecutive patients with congestive heart failure and a left ventricular ejection fraction of less than 45 percent who were undergoing catheter ablation for atrial fibrillation.

➤ Significant improvement in left ventricular function (increases in the ejection fraction and fractional shortening of 21 ± 13 percent and 11 ± 7 percent), left ventricular dimensions (decreases in the diastolic and systolic diameters of 6 ± 6 mm and 8 ± 7 mm)

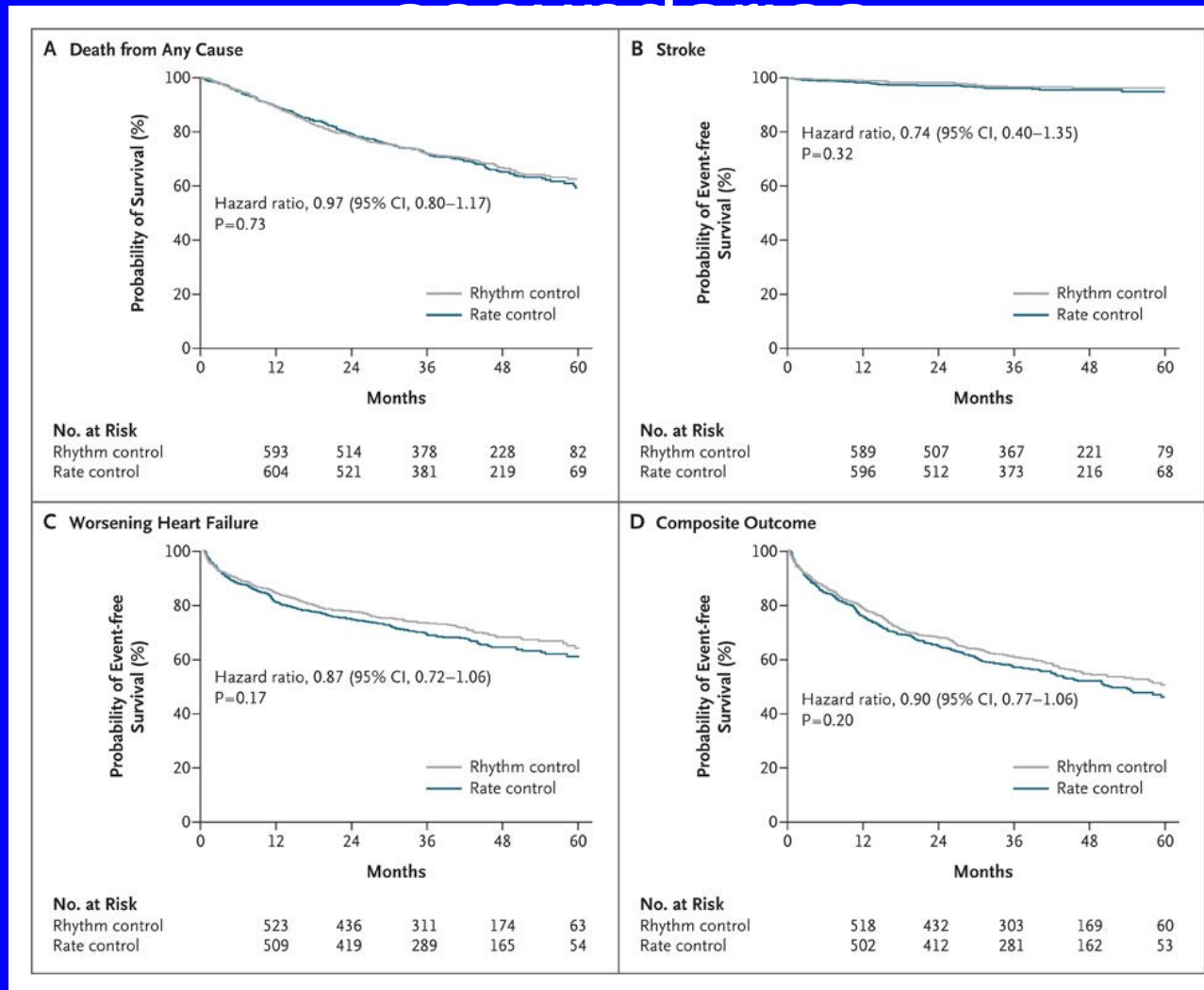


NEJM 2004, 351:2373-2383

Control del ritmo o control de la frecuencia en FA con insuficiencia cardiaca



Control del ritmo o control de la frecuencia en FA con insuficiencia cardiaca: resultados



Manejo de la FA en el paciente anciano

- Magnitud del problema
- **¿Cómo tratar al paciente con fibrilación auricular?**
 - Anticoagulación, ¿a quién, cuando y cómo?
- ¿Qué hacer ante una fibrilación auricular recién diagnosticada?
- ¿Cómo controlar la frecuencia ventricular?
- Quando control del ritmo y cuando control de la frecuencia o ¿Cardiovertir o no cardiovertir?, esa es la cuestión.
- ¿Cómo mantener el ritmo sinusal?
- Fibrilación auricular e insuficiencia cardiaca
- Fármacos en fase de desarrollo
- **¿Qué pacientes con FA hay que enviar a la Unidad de Arritmias y para qué?**

Métodos no farmacológicos

Métodos no farmacológicos

```
graph TD; A[Métodos no farmacológicos] --> B[Ablación con catéter]; A --> C[Métodos quirúrgicos]; B --> D[Marcapasos VVIR]; B --> E[Marcapasos bicameral]; B --> F[Desfibriladores automáticos implantables]; C --> G[Aislamiento de aurícula izquierda]; C --> H[Técnica de MAZE];
```

Ablación con catéter

Marcapasos VVIR

Marcapasos bicameral

Desfibriladores
automáticos implantables

Métodos quirúrgicos

Aislamiento de aurícula
izquierda

Técnica de MAZE

ORIGINAL ARTICLE

Circumferential Pulmonary-Vein Ablation for Chronic Atrial Fibrillation

Hakan Oral, M.D., Carlo Pappone, M.D., Aman Chugh, M.D., Eric Good, D.O., Frank Bogun, M.D., Frank Pelosi, Jr., M.D., Eric R. Bates, M.D., Michael H. Lehmann, M.D., Gabriele Vicedomini, M.D., Giuseppe Augello, M.D., Eustachio Agricola, M.D., Simone Sala, M.D., Vincenzo Santinelli, M.D., and Fred Morady, M.D.

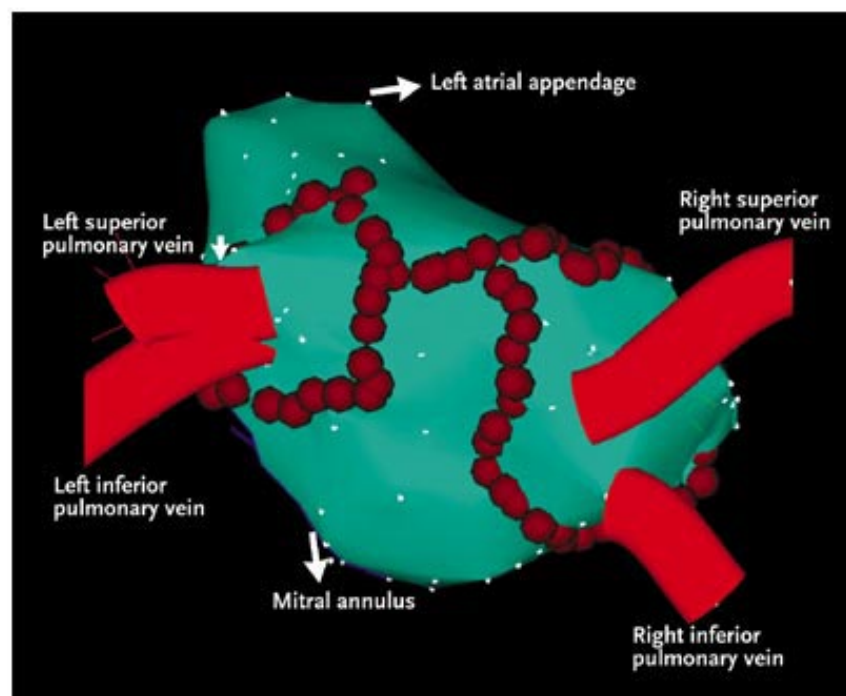


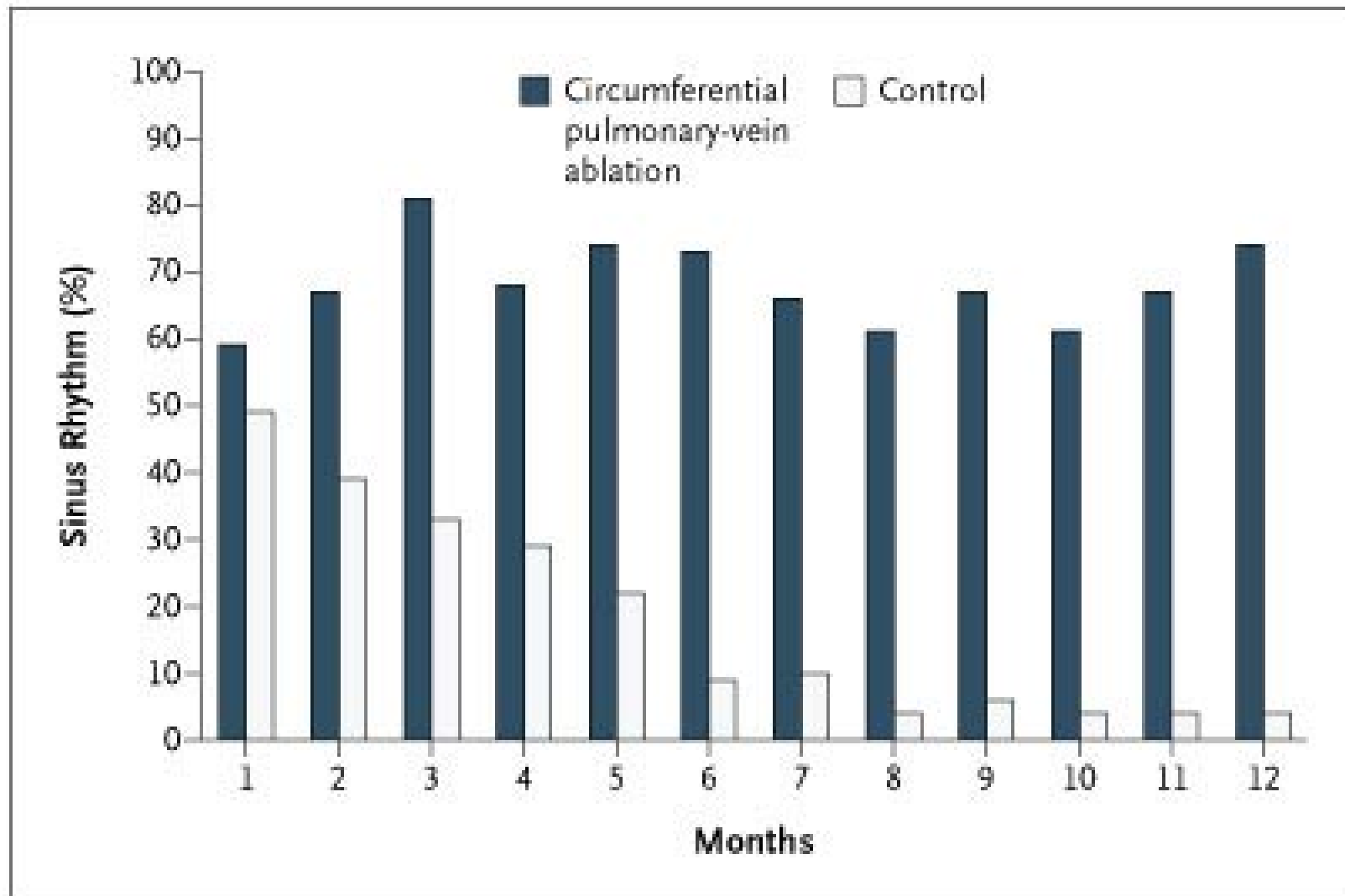
Table 2. Characteristics of the Patients.*

Characteristic	Control (N=69)	Circumferential Pulmonary-Vein Ablation (N=77)
Age (yr)	58±8	55±9†
Sex (no. of patients)		
Male	62	67
Female	7	10
Duration of atrial fibrillation (yr)	4±4	5±4
Left atrial diameter (mm)	45±5	45±6
Left ventricular ejection fraction (%)	56±7	55±7
Structural heart disease (no. of patients)	6	6
Nonischemic cardiomyopathy	1	2
Coronary artery disease	4	3
Valvular heart disease	0	1
Congenital heart disease	1	0
No. of previously ineffective anti-arrhythmic drugs	2.1±1.2	2.0±1.2
No. of prior cardioversions	1.7±1.0	2.2±1.7

* Plus-minus values are means ±SD.

† P=0.03.

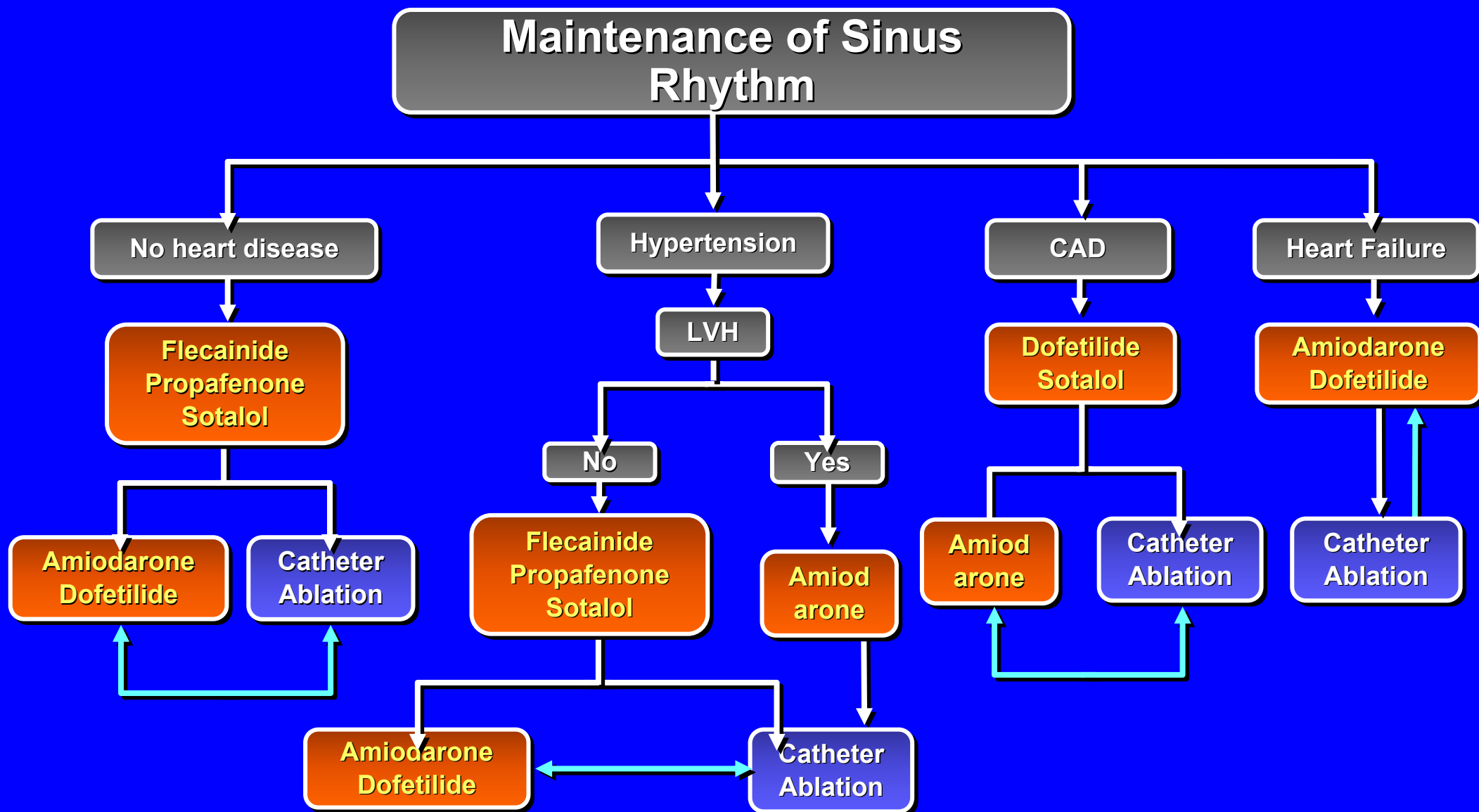
Porcentaje de pacientes sin fibrilación ni flutter auricular en ausencia de tratamiento antiarrítmico



Resultados de ablación en AF

Study	Pts	AF free at 1 year	
		Ablation	AAD / control
Wazni et al, 2005 (RAAFT)	70	87%	37% (54% after the 2 nd AAD)
Stabile et al, 2005 (CACAF)	137	56%	9% (57% crossed over to ablation)
Oral et al, 2006	146	74%	4% without amiodarone; (77% crossed over to ablation)
Pappone et al, 2006 (APAF)	189	87%	29% (51% crossed over to ablation)
Jais et al, 2006 (A ⁴ study)	112	75%	7% (63% crossed over to ablation)

ACC/AHA/ESC AF Guidelines Revised 06



Ablación Qx FA

Aislamiento de las venas pulmonares

