

**PARA COMPRENDER LAS ARRITMIAS:
INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA
PACIENTES Y FAMILIARES**



PATROCINADO POR BOSTON SCIENTIFIC CORPORATION

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

CÓMO FUNCIONA EL CORAZÓN

Estructura física del corazón	3
El corazón en funcionamiento	3
Sistema eléctrico del corazón	4

COMPRENSIÓN DE ARRITMIAS

¿Qué es una arritmia?	5
¿Cuáles son sus síntomas?	5
¿Es posible sentir una arritmia?	5

TIPOS DE ARRITMIA

Taquicardia supraventricular	6
Fibrilación atrial	
Aleteo atrial	
Taquicardia por reentrada nodal atrioventricular	
Taquicardia atrioventricular recíproca	
Taquicardia ventricular	7
Fibrilación ventricular	7

OPCIONES DE TRATAMIENTO

Cambios en el estilo de vida	8
Medicación	8
Cardioversión	8
Ablación cardíaca	8

MÁS INFORMACIÓN SOBRE ABLACIÓN CARDÍACA

¿Cuáles son los riesgos?	9
Cómo prepararse para un procedimiento de ablación	9
En el laboratorio de electrofisiología (EF)	10
Procedimiento de ablación	10
En la sala de recuperación	11
En casa después del procedimiento	12

¿DESEA OBTENER MÁS INFORMACIÓN?	12
---------------------------------	----

PREGUNTAS COMUNES	13
-------------------	----



Es posible que haya recibido información acerca de una afección cardíaca conocida como arritmia que lo ha dejado perplejo y quizás algo preocupado. Este folleto le permitirá comprender mejor de qué se trata esta afección y cuáles son las opciones de tratamiento. Si tiene alguna duda, consulte a su médico. Además puede consultar los sitios web que figuran en este folleto para obtener más información.

Arritmia

Trastorno que se produce en el sistema eléctrico normal del corazón y que ocasiona un ritmo cardíaco irregular o anormal sin motivo aparente.

Taquicardia

Tipo de arritmia que implica una considerable aceleración del ritmo cardíaco.

Bradicardia

Tipo de arritmia que implica una considerable disminución en el ritmo cardíaco.

Aleteo atrial

Tipo de taquicardia que hace que los atrios latan más rápido que los ventrículos.

CÓMO TRABAJA EL CORAZÓN

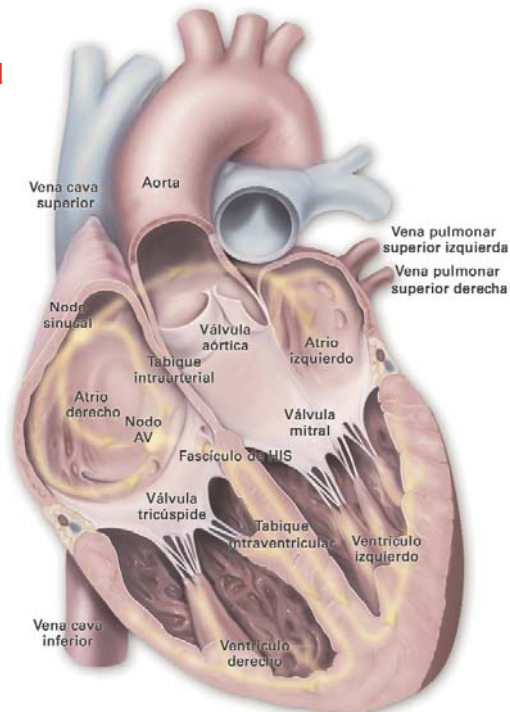
Estructura física del corazón

El corazón es un músculo cuyo tamaño es similar al tamaño de un puño cerrado. Se ubica debajo de las costillas, entre los pulmones. Se divide en dos lados, el izquierdo y el derecho, mediante una pared muscular conocida como tabique. Cada lado tiene dos cámaras: las cámaras superiores o atrios y las cámaras inferiores o ventrículos. Los atrios y los ventrículos se conectan por medio de válvulas que actúan como portales de una sola vía que se abren para permitir el bombeo de la sangre desde los atrios hacia los ventrículos y posteriormente se cierran para evitar el retroceso de la sangre.

El corazón en funcionamiento

Los atrios y los ventrículos trabajan conjuntamente como un equipo para bombear sangre a través del corazón. El atrio derecho recibe sangre reducida en oxígeno desde el cuerpo y la envía, a través de la válvula tricúspide, al ventrículo derecho, para luego enviarla a los pulmones. El atrio izquierdo recibe sangre rica en oxígeno desde los pulmones y la envía, a través de la válvula mitral, hacia el ventrículo izquierdo, para luego enviarla al cuerpo. Después de que el cuerpo haya utilizado todo el oxígeno, la sangre vuelve al corazón y el ciclo se repite.

Se calcula que una cantidad estimativa razonable de latidos del corazón durante el ciclo de vida es de tres mil millones.





Atrios

Las dos cámaras superiores del corazón. Los atrios reciben sangre del cuerpo (atrio derecho) y de los pulmones (atrio izquierdo) y la bombean hacia los ventrículos del corazón.

Nodo AV

Parte del sistema eléctrico del corazón. El nodo AV consiste en un grupo de células que se ubican en el centro del corazón, entre los atrios y los ventrículos, y que disminuye la señal eléctrica antes de que ingrese a los ventrículos.

Válvula mitral

Portal que controla el flujo sanguíneo entre el atrio izquierdo y el ventrículo izquierdo.

Nodo sinusal

Parte del sistema eléctrico del corazón. El nodo sinusal consiste en un grupo de células que se ubican en la parte superior del atrio derecho. Es la fuente de la señal que activa al corazón y lo hace latir.

Tabique

Pared muscular que separa los lados izquierdo y derecho del corazón.

Válvula tricúspide

Portal que controla el flujo sanguíneo entre el atrio derecho y el ventrículo derecho.

Ventrículos

Las dos cámaras inferiores más musculares del corazón. Los ventrículos bombean sangre a los pulmones y al cuerpo.

Sistema eléctrico del corazón

El latido del corazón consiste en una acción de bombeo que transporta la sangre hacia, a través de y fuera del corazón. Se controla por medio de una red de células conductoras especiales que conforman el sistema eléctrico del corazón. El latido del corazón se activa por un reducido grupo de células ubicadas en el atrio derecho. Dicho grupo se denomina nodo sinusal. El nodo sinusal emite una señal que hace que los atrios se contraigan. Esta señal se dirige hacia el nodo AV, el cual consiste en un grupo de células que se ubican en el centro del corazón, entre los atrios y los ventrículos. El nodo AV disminuye la señal eléctrica antes de que ingrese a los ventrículos. Esto permite que los atrios tengan tiempo suficiente para bombear sangre a los ventrículos antes de que estos últimos se contraigan. Finalmente, la señal eléctrica alcanza la red de His-Purkinje, la cual consiste en un grupo de fibras que hacen que los ventrículos se contraigan y permiten que salga la sangre hacia los pulmones o el cuerpo. En un corazón normal, esta secuencia ocurre de 60 a 100 veces por minuto. Por lo tanto, un corazón normal “late” a un ritmo de 60 a 100 veces por minuto.

Es común que se registren cambios en el ritmo cardíaco como consecuencia de variaciones en la realización de actividades y dietas, uso de medicamentos y edad. Es posible que la práctica de un ejercicio agotador aumente el ritmo cardíaco a 160 - 180 latidos por minuto. Al asustarse, es posible que el ritmo cardíaco aumente. Estas situaciones hacen que el corazón lata con mayor rapidez de lo normal, pero no implican ningún peligro.

COMPRESIÓN DE ARRITMIAS

¿Qué es una arritmia?

La arritmia es un trastorno que se produce en el sistema eléctrico normal del corazón y que ocasiona un ritmo cardíaco irregular o anormal sin motivo aparente. Esta afección puede afectar a cualquier persona, aún a una persona joven sin antecedentes de afecciones cardíacas. Sin embargo, las arritmias son más comunes en personas de más de 65 años que ya han sufrido infartos, se han sometido a algún tipo de cirugía de corazón o padecen alguna otra afección. Existen varios tipos de arritmia entre las cuales se incluyen:

- Ritmo cardíaco demasiado lento (bradicardia)
- Ritmo cardíaco demasiado rápido (taquicardia)
- Más latidos
- Menos latidos
- Latidos provenientes de áreas anormales del corazón

¿Cuáles son sus síntomas?

Algunas arritmias no manifiestan síntomas.

Otras pueden llegar a manifestar síntomas notorios, como por ejemplo:

- Desmayos
- Mareos, sensación de aturdimiento
- Sensación de aleteo cardíaco (palpitaciones)
- Sensación de más o menos latidos
- Debilidad
- Fatiga
- Dificultad para respirar
- Dolor en el pecho

¿Es posible sentir una arritmia?

Los síntomas característicos de una arritmia pueden variar considerablemente según la persona. Una arritmia puede durar varios minutos, varias horas, varios días y hasta varias semanas por vez. Algunas personas no sienten ningún tipo de síntoma. Es muy normal que los pacientes sientan que su ritmo cardíaco está acelerado, y esto se describe como una sensación de "aleteo". De acuerdo con la gravedad de su arritmia, es muy posible que éste sea el único síntoma que sienta. En otras personas, los síntomas pueden ser dificultades para respirar, fatiga, mareos o desmayos.

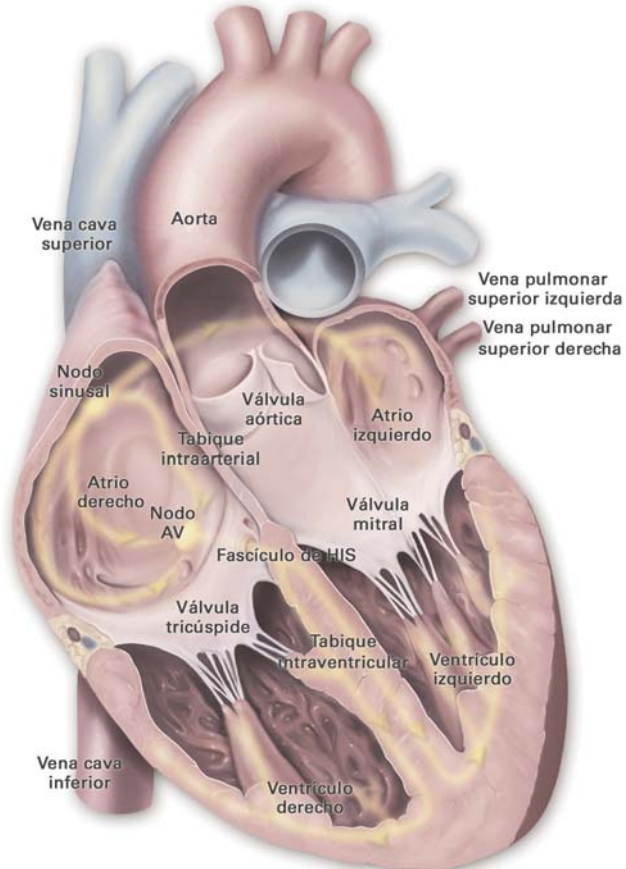


Tipos de arritmia

Nuestro tema se centra en arritmias que hacen que el ritmo cardíaco aumente considerablemente. Esta categoría de arritmia se denomina taquicardia. Existen diferentes tipos de taquicardias que se categorizan de acuerdo con el lugar donde se originan en el corazón.

- **Taquicardia supraventricular (TSV)** es el término general que describe cualquier tipo de ritmo cardíaco acelerado que se origine en los ventrículos (cámaras inferiores del corazón). Las TSV más comunes se describen a continuación.
- **Fibrilación atrial (FA o FibA)** es la TSV más común. Afecta a más de 2 millones de personas en los Estados Unidos. Durante una FA, el ritmo cardíaco producido por los atrios es *irregular* y *rápido*. Algunas veces, el mismo es 4 veces más rápido de lo normal. Esto impide que el corazón pueda bombear sangre de manera eficiente y aumenta el riesgo de formación de coágulos, lo cual puede ocasionar un ataque isquémico transitorio (AIT) o un infarto.

La señal eléctrica que hace latir al corazón se origina en el nodo SA, el marcapasos natural del corazón.



TIPOS DE ARRITMIA

- **Aleteo atrial (AA)** es similar a la fibrilación atrial en cuanto a que se caracteriza por un *rápido* ritmo cardíaco que, en ocasiones, puede ser 4 veces más rápido de lo normal, y que se origina en los atrios. Se diferencia de la fibrilación atrial (FA) en que el ritmo cardíaco originado es *regular*, no irregular. Además, el aleteo atrial también implica un riesgo de formación de coágulos, aunque no tan significativo como en el caso de la FA. En el caso de un aleteo atrial, la señal eléctrica queda “atrapada” en el atrio derecho. Se desplaza en círculos una y otra vez dentro del atrio derecho y se “libera” ocasionalmente, a través del nodo AV, hacia los ventrículos. Esto hace que los atrios latan más rápidamente que los ventrículos del corazón, a ritmos de entre 150 y 450 latidos por minuto.
- **Taquicardia por reentrada nodal atrioventricular (TNAV)** es el segundo tipo de TSV más común. Un corazón normal cuenta con una vía eléctrica individual, o “compuerta”, que se denomina nodo atrioventricular (nodo AV) y que controla la *sincronización* y *dirección* de la señal eléctrica cuando la misma se dirige desde las cámaras superiores (atrios) hacia las cámaras inferiores (ventrículos) del corazón. En el caso de una TNAV, se forma una vía eléctrica adicional que permite que la señal eléctrica *retroceda* a través de la “compuerta” (nodo AV) al mismo tiempo, dando origen a otro latido. Durante una TNAV, las señales eléctricas se desplazarán continuamente en círculos por ambas vías. Tal cosa se denomina reentrada. Esto puede ocasionar un considerable aumento en el ritmo cardíaco equivalente a 160 - 220 latidos por minuto.
- **Taquicardia atrioventricular recíproca (TAV)** es similar a la TNAV en cuanto a que cuenta con una vía eléctrica *adicional* que permite que la señal eléctrica *retroceda* desde los ventrículos hacia los atrios. Sin embargo, en el caso de una TAV, la vía adicional *da un rodeo* al nodo AV o “compuerta”. Esta vía adicional que rodea la parte externa del nodo AV se denomina *vía accesoria*.
- **Taquicardia ventricular (TV)** es el ritmo cardíaco acelerado (160 a 240 latidos por minuto) que se origina en los ventrículos. Puede evitar que el corazón bombee sangre a todo el cuerpo de manera adecuada. La TV ocurre más frecuentemente en pacientes con algún tipo de afección cardíaca estructural subyacente como, por ejemplo, una afección cardíaca isquémica.
- **Fibrilación ventricular (FV)** es un tipo de taquicardia que hace que los ventrículos se contraigan de manera *irregular* y *muy rápida*. El corazón pierde inmediatamente su habilidad de bombear sangre a todo el cuerpo. La FV ocasiona una pérdida de consciencia inmediata y es invariablemente fatal en minutos, a menos que se detenga (en general, mediante el uso de un desfibrilador).

Antiarrítmico

Medicamento que hace que el el corazón lata a un ritmo más normal.



Opciones de tratamiento

Se consideran varios factores para determinar un método de tratamiento adecuado:

- Edad del paciente
- Historia clínica familiar, personal y de salud
- Medicamentos que el paciente puede estar tomando para otras afecciones
- Enfermedades o afecciones subyacentes que pueden contribuir con la ocurrencia de la arritmia
- Naturaleza y gravedad de la arritmia y sus síntomas

Su médico evaluará su caso en particular y le recomendará un tratamiento adecuado para su afección. Las posibles opciones de tratamiento pueden ser:

Cambios en el estilo de vida

Esto puede ayudar a mejorar o disminuir la ocurrencia de arritmias. Entre algunos de estos cambios se pueden incluir los siguientes: alimentarse más sanamente, limitar o eliminar por completo el consumo de cafeína, hacer ejercicios de manera regular y dejar de fumar.

Medicación

Se utilizan dos clases de medicamentos para tratar las arritmias: antiarrítmicos, los cuales controlan el ritmo cardíaco, y betabloqueadores, los cuales controlan el ritmo al cual late el corazón. Pueden utilizarse solos o con otros tratamientos.

Ablación cardíaca

Procedimiento mediante el cual se neutralizan (o extirpan) las células que ocasionan una arritmia en el corazón.

Cardioversión

Al aplicar una pequeña descarga eléctrica controlada al corazón, los desfibriladores o cardioversores hacen que el mismo pueda recuperar su ritmo normal. Durante una situación de emergencia, esta descarga deberá aplicarse mediante un dispositivo externo. Normalmente, el dispositivo se implanta en el pecho del paciente. Algunas veces, los medicamentos se utilizan para lograr una cardioversión.

Ablación cardíaca

Consiste en un procedimiento mínimamente invasivo que puede utilizarse en las personas que padecen varios tipos de arritmias. Mediante este procedimiento se neutralizan (o extirpan) las células que ocasionan una arritmia en el corazón. Es un procedimiento seguro y muy utilizado. Sin embargo, algunas arritmias se tratan más fácilmente que otras a través de un procedimiento de ablación por catéter. Su médico constituye el mejor recurso de información sobre opciones de tratamiento para su arritmia.

MÁS INFORMACIÓN SOBRE ABLACIÓN

La ablación cardíaca es un procedimiento que se utiliza para neutralizar aquellas células que ocasionan una arritmia en el corazón. Esto permite reconstituir las vías eléctricas normales del corazón y hace que el ritmo del mismo se normalice. Este procedimiento está a cargo de un cardiólogo especializado o electrofisiólogo (EF) al cual lo referirá su médico.

La ablación cardíaca constituye un avance importante en el tratamiento de arritmias. Para ciertas arritmias, éste es un procedimiento muy utilizado que ha resultado ser seguro, efectivo y duradero. Mientras se continúan investigando numerosas fuentes de energía para llevar a cabo procedimientos de ablación por catéter, el tipo de energía más utilizado actualmente es la energía eléctrica de radiofrecuencia (RF). La energía de RF consiste en una serie de ondas de radio de alta frecuencia. Este tipo de energía se ha utilizado de manera segura durante muchos años en procedimientos quirúrgicos. Cuando la energía de RF se emite a través de catéteres colocados en su corazón, la misma neutraliza aquellas células que ocasionan una arritmia en el mismo.

Electrofisiólogo

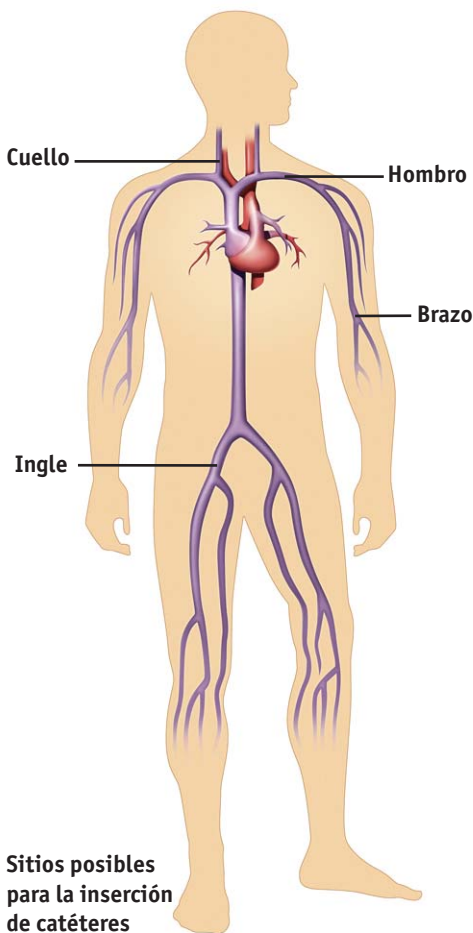
Cardiólogo especializado en el diagnóstico y tratamiento de problemas relacionados con los sistemas eléctricos del corazón.

¿Cuáles son los riesgos?

Cualquier tipo de procedimiento médico que involucre al corazón y a los vasos sanguíneos implica un riesgo potencial. Entre los riesgos más comunes relacionados con el procedimiento de ablación se pueden incluir infecciones o hemorragias. Su médico le explicará todos los riesgos potenciales y le responderá cualquier tipo de pregunta relacionada con la seguridad del procedimiento de ablación cardíaca.

Cómo prepararse para un procedimiento de ablación

Unos días antes de someterse a un proceso de ablación cardíaca, se le indicarán una serie de estudios de sangre de rutina. Asegúrese de que su médico esté al tanto de





todos los medicamentos que está tomando e indique si es alérgico(a) a algún medicamento o tinte para rayos X.

Es posible que la noche anterior al procedimiento deba hacer ayuno después de medianoche. A menos que su médico indique lo contrario, es posible que se le permita tomar sus medicamentos durante la mañana del día en que se realizará la ablación con tan sólo un sorbo de agua.

En el laboratorio de electrofisiología (EF)

Los procedimientos de ablación cardíaca se realizan en el laboratorio de electrofisiología (EF) del hospital. Un grupo de enfermeras y técnicos especializados en EF trabajarán junto con su electrofisiólogo para poder proporcionarle un cuidado adecuado. Una vez que llegue al laboratorio de EF, se deberá colocar una bata de hospital y se le ubicará sobre una mesa acolchonada para rayos X. Una enfermera le colocará almohadillas para ECG en el pecho y la espalda para que el médico pueda monitorizar su ritmo cardíaco durante el procedimiento. Su presión sanguínea y ritmo cardíaco se monitorizarán durante todo el procedimiento.

Se le colocará una línea intravenosa (IV) y se le administrará un sedante suave que le ayudará a relajarse. Esto puede producir somnolencia. Sin embargo, es muy posible que permanezca despierto(a) durante el procedimiento. Esto se denomina sedación consciente, lo cual significa que usted estará consciente de lo que ocurre a su alrededor y podrá comunicarse con el personal, pero no sentirá ningún tipo de dolor.

Se deberá limpiar y afeitar una porción de ambas áreas de la ingle (lado de adentro de ambas piernas) y, posiblemente, el lado derecho de su cuello a modo de preparación para la inserción de los catéteres. Su médico anestesiará los sitios donde se colocarán los catéteres en su cuerpo. Para ello, utilizará una anestesia local. Sentirá un “pinchazo” cuando se le coloque la anestesia. Luego se le cubrirá desde el cuello hasta los pies con una sábana grande y estéril. Tanto el médico como el personal de laboratorio utilizarán cubrebocas, batas y guantes para mantener condiciones de esterilización adecuadas durante el procedimiento. Se disminuirá la intensidad de las luces del laboratorio de EF para que tanto el personal de laboratorio como el médico puedan ver los monitores y pantallas de rayos X con mayor facilidad.



Catéteres de ablación cardíaca

Procedimiento de ablación

Se insertará una serie de pequeños tubos flexibles, o vainas, dentro de los vasos sanguíneos en el sitio de inserción. Luego, el médico introduce uno o más catéteres dentro de la vaina. Durante el procedimiento, una máquina de rayos X (fluoroscopia) proporciona imágenes de su corazón para que su médico pueda colocar

MÁS INFORMACIÓN SOBRE ABLACIÓN

el(los) catéter(es) adecuadamente. No debería sentir cómo se insertan los catéteres en su corazón.

Antes de que el médico realice la ablación correspondiente, éste deberá identificar el área específica desde donde proviene su arritmia. Para ello se crea un “mapa” eléctrico de su corazón. Esto se realiza al registrar la actividad eléctrica de su corazón mientras su arritmia está activa. Es posible que sienta palpitaciones en el pecho; de lo contrario, podrá descansar tranquilamente.

Una vez que el médico haya localizado el origen preciso de su arritmia, se le insertará un catéter para ablación especial. La punta del catéter para ablación se coloca al lado del tejido cardíaco, dentro del área a tratar. La energía de RF se emite a través de la punta del catéter para neutralizar las células problemáticas, reconstruir las vías normales del corazón y permitir que el mismo vuelva a latir normalmente.

De acuerdo con la complejidad de su arritmia, el procedimiento puede durar una o varias horas. Si experimenta algún tipo de molestia en el pecho o siente cierta presión sobre el mismo durante el procedimiento, asegúrese de avisarle al personal. No dude en preguntar lo que precise, en cualquier momento. El personal de laboratorio hará todo lo que esté a su alcance para hacer que usted se sienta cómodo(a).

En la sala de recuperación

Una vez finalizado el procedimiento, se le trasladará a una sala de recuperación. Se le quitarán todos los catéteres y las vainas y se le aplicará presión en los sitios afectados durante aproximadamente 20 minutos para evitar cualquier posibilidad de hemorragia. Una vez detenida la hemorragia, se le colocará un vendaje sobre el área de inserción. Una vez que su condición sea estable, se le transferirá a una habitación común.

Deberá permanecer en posición horizontal de 4 a 6 horas. Para que los sitios de inserción puedan comenzar a curarse adecuadamente, no deberá doblar las piernas. Una enfermera monitorizará regularmente su presión sanguínea, su ritmo cardíaco y los sitios de inserción. Se le permitirá comer. Debido a que no podrá trasladarse hasta el baño, deberá utilizar una bacinilla o un mingitorio. Si siente dolor o nota algún tipo de hemorragia en los sitios de inserción, llame inmediatamente a su enfermera.

Su médico lo visitará para hablar acerca del procedimiento de ablación realizado y los resultados relacionados con el tratamiento de su arritmia. A esta altura, también se le explicarán ciertos procedimientos que deberá seguir o tratamientos que precisará, si es que necesita. La mayoría de las personas son dadas de alta el mismo día pero, en algunos casos, es posible que deban pasar la noche en el hospital. Debe contar con alguien que pueda llevarlo a su casa y permanecer allí durante esa noche.





En casa después del procedimiento

La recuperación después de un procedimiento de ablación por catéter es rápida. Muchas personas pueden volver a sus actividades normales 24 horas después de efectuado el procedimiento. Durante el período de curación de los sitios de inserción, es posible que se vean moretones y que sienta un pequeño bulto de consistencia dura. Esto es normal y desaparecerá en unos días. Si experimenta alguno de los siguientes síntomas, llame a su médico:

- Hemorragia en el sitio de inserción
- Dolor en aumento
- Dolor en el pecho
- Dificultad para respirar
- Sensación de frío, hinchazón o entumecimiento del brazo o la pierna correspondiente al sitio de inserción
- Agrandamiento del moretón o bulto detectados en el sitio de inserción
- Fiebre elevada (superior a los 100° F)
- Nuevamente síntomas de arritmia

¿Desea obtener más información?

Su médico constituye la mejor fuente de información. Si desea obtener más información sobre arritmias y ablación cardíaca, existen numerosos recursos útiles disponibles. Consulte los sitios web que se enumeran a continuación:

American Heart Association
www.americanheart.org

Heart Rhythm Society
www.hrspatients.org

National Heart Foundation
www.ahaf.org

PREGUNTAS COMUNES

1. ¿Cuáles son los síntomas característicos de una arritmia cardíaca?

Los síntomas varían según la arritmia. Algunos pacientes no manifiestan síntomas. Otros pueden padecer palpitaciones, dificultades para respirar, debilidad, dolor en el pecho, transpiración, mareos o desmayos. Aquellos pacientes con fibrilación atrial (FA) pueden llegar a experimentar una sensación de aleteo en el corazón. La no manifestación de síntomas no significa que una arritmia sea inofensiva. Por otra parte, una leve sensación de “aceleración”, especialmente mientras realiza ejercicios, no debe alarmarlo. Su médico le hará varias preguntas sobre los síntomas que experimenta para llegar a comprender mejor su afección.

2. ¿Quién es más vulnerable a las arritmias cardíacas?

Al igual que otras enfermedades cardiovasculares, la mayoría de las arritmias ocurren con menor frecuencia en personas jóvenes. Su incidencia aumenta con la edad. Las personas de mayor edad suelen padecer fibrilación atrial. De hecho, esto se ha observado entre un 3% y un 5% de la población estadounidense de más de 65 años. Sin embargo, la taquicardia supraventricular (TSV), una de las arritmias atriales más comunes, se manifiesta con mayor frecuencia en personas más jóvenes. Algunas veces, las arritmias cardíacas ocurren como consecuencia de motivos que carecen de explicación, o bien se relacionan con ciertos defectos hereditarios en particular. Aunque generalmente, las mismas se desarrollan a partir de la progresión de otras enfermedades que afectan al corazón.

3. ¿Qué tan peligrosas pueden ser las arritmias cardíacas?

La respuesta a esta pregunta es difícil ya que las arritmias cardíacas se manifiestan de diferentes formas. Por ejemplo, la TSV no implica un riesgo de muerte pero sí puede ocasionar síntomas que podrían llegar a alterar la calidad de vida del paciente. Otras arritmias atriales, como por ejemplo la fibrilación atrial, implican un mayor riesgo de infarto. Las arritmias ventriculares son extremadamente peligrosas y requieren un tratamiento inmediato.

4. ¿Es posible controlar una arritmia a través del uso de medicamentos?

Los medicamentos antiarrítmicos resultan efectivos para muchos pacientes y su uso se considera una terapia inicial. Muchos pacientes son eficientemente tratados con medicamentos y no manifiestan ningún tipo de efecto secundario. Sin embargo, debido a que el paciente deberá tomar medicamentos antiarrítmicos de por vida, es posible que se manifiesten ciertos efectos secundarios a lo largo de un período de tiempo prolongado. Los efectos secundarios varían de acuerdo con los pacientes y pueden ocasionar un empeoramiento de la arritmia existente o bien inducir arritmias secundarias. Su médico le explicará cualquier tipo de efecto secundario potencial y continuará monitorizándolo continuamente.

5. ¿Qué otros tratamientos se encuentran disponibles?

Los tratamientos varían de acuerdo con los diferentes tipos de arritmia. Generalmente, la TSV se trata mediante un proceso de ablación con energía de radiofrecuencia (RF). Este proceso implica la inserción de catéteres delgados en el corazón a través de los cuales se emite la energía de RF para combatir los tejidos anormales. Las arritmias ventriculares suelen requerir la implantación de un desfibrilador cardioversor implantable (DCI) para disminuir los ritmos cardíacos demasiado acelerados. La taquicardia ventricular también puede tratarse mediante un procedimiento especial de ablación por RF denominado ablación por enfriamiento con fluidos. Su médico le



recomendará someterse a un estudio electrofisiológico (estudio EF) para poder comprender mejor su arritmia.

6. ¿Cómo debo prepararme para un estudio electrofisiológico (EF)?

Su médico repasará todas las instrucciones especiales que deberá seguir antes de someterse a un estudio EF. No podrá comer ni beber absolutamente nada varias horas antes del procedimiento. Además, es posible que deba dejar de tomar ciertos medicamentos. Es posible que sea internado el mismo día en que se realice el estudio EF. Asimismo, deberá realizarse análisis de sangre, una radiografía y un ECG preliminares. Se le trasladará al laboratorio de electro-fisiología donde personal especializado llevará a cabo el procedimiento mediante el empleo de equipos de prueba especiales. Para que pueda relajarse, es posible que se le administre un sedante por vía intravenosa durante todo el procedimiento.

7. ¿Cómo se realiza un estudio EF?

Su médico o enfermera anestesiarán el sitio donde vayan a insertarse los catéteres en sus venas. Normalmente, esto se realiza en uno o a ambos lados de la ingle o del cuello para poder llegar al corazón. Se insertan pequeños tubos huecos, o vainas, dentro de los vasos sanguíneos mediante la aplicación de una técnica de punción con agujas. Esto permite que los catéteres puedan insertarse dentro de las venas, hasta llegar al corazón. No sentirá los catéteres a medida que los mismos se desplacen hacia el corazón ya que las venas carecen de terminaciones nerviosas. A través de una radiografía, su médico podrá ver cómo los catéteres avanzan hacia el corazón.

8. ¿Qué tan incómodos son estos procedimientos?

La mayoría de los pacientes sienten muy pocas molestias durante la realización del estudio EF. Recuerde que su médico deberá estimular su corazón para que se reproduzcan los síntomas y así poder identificar el tipo de arritmia que padece. Por lo tanto, es posible que experimente los mismos síntomas propios de su arritmia. Esto puede incluir palpitaciones, aturdimiento o dolor en el pecho.

9. ¿Cuáles son los riesgos que implica una ablación por RF?

La ablación por RF implica los mismos riesgos que cualquier tipo de procedimiento médico. Menos de un 1% de los procedimientos ocasionan complicaciones graves. Su médico le explicará todo tipo de riesgo antes del procedimiento. En muy pocos casos, la ablación por catéter puede dañar una pequeña parte del sistema eléctrico normal, y esto podría requerir el implante de un marcapasos permanente.

10. ¿Qué puede ocurrir después de haberme sometido a una ablación por RF?

Una vez finalizados el estudio electrofisiológico y el procedimiento de ablación por RF, se extraerán los catéteres y las vainas. Se aplicará presión intensa en el sitio de inserción para evitar posibles hemorragias. Una vez detenida la hemorragia, se le regresará a su habitación para continuar con el proceso de recuperación. Es posible que los pacientes sientan algunas molestias menores y manifiesten pequeños moretones en el sitio donde se insertaron los catéteres. Su ritmo cardíaco se monitorizará durante varias horas. Normalmente, este procedimiento no requiere internamiento. Después de ser dado(a) el alta, su médico querrá seguir de cerca cómo progresa y programará una consulta de seguimiento con usted.

INFÓRMESE.

ÉSTE ES UN SERVICIO EDUCATIVO CORTESÍA
DE BOSTON SCIENTIFIC CORPORATION

Para obtener información adicional, visite www.fluttertreatment.com

© 2005 Boston Scientific Corporation o sus afiliados. Todos los derechos reservados.

EPT-10479(s)_01/06