

Duración de la fibrilación auricular y anticoagulación – 2016

Dr. Benjamín Elencwajg

Entre la multitud de dudas que me deja la FA tengo una cruel:

¿Cuánto debe durar una FA asintomática descubierta por casualidad (Holter, monitoreo por otras causas, etc. etc.) en un paciente con ChadsVasc mayor de 3 para tener indicación de ACO? Por ejemplo: 15 minutos continuos, 2 horas totales en 24 hs, 30 minutos por día en 5 días consecutivos, 3 horas totales en 1 semana con un loop recorder, etc.

Me interesa tanto la conducta personal de cada uno como la bibliografía en la que se basan (la conducta en la práctica de cada uno no necesariamente debe estar avalada por bibliografía ni la bibliografía determinar la conducta de cada uno.

Gracias!

Benjamín Elencwajg

OPINIONES DE COLEGAS

¿Ud. Habla de lone atrial fibrillation? Este artículo sobre la historia natural de la misma habla del asunto: *"We conclude that lone atrial fibrillation in patients under the age of 60 at diagnosis is associated with a very low risk of stroke. This suggests that routine anticoagulation may not be warranted. (N Engl J Med 1987; 317:669–74.)"*.

Saludos.
Luciano Pereira

Hola

Pido disculpas, no pude seguir el caso pero me apunto a la pregunta de Benjamín.

Un Chads VASc > 3 requiere anticoagulación, arranca con un 4-5% de riesgo anual de stroke y trepa acorde al incremento del Chads VASc.

Si uno se guía por el estudio ASSERT, una FA > de 10 min debiera ser considerada de riesgo, sin embargo, el corte es arbitrario. ¿Por qué no 15 min?

En lo personal creo que el riesgo NO esta dado por la FA sino por el CHADs Vasc. Es decir, no me importa tanto la FA, pero claro, por el momento, no anticoagulamos si NO vemos FA, pero quién sabe en el futuro.

En Junio lanzamos el registro BAYES. Será un estudio internacional coordinado desde España y Canadá, pero incluirá centros de Latino América también.

Criterios de Inclusión al registro: >70 años, cardiopatía estructural, Chads VASc \geq 3, por lo menos 50 PACs por día y luego se dividen 3 grupos: P normal, BIA parcial y BIA avanzado.

Seguimiento a 3 años. En el BIA avanzado esperamos una detección de FA de por lo menos el 35%.

La hipótesis es que en esta población el desarrollo de FA es tan grande, que uno podría hacer un estudio randomizado de NOACs vs placebo, en pacientes en alto riesgo de desarrollar FA, pero todavía en ritmo sinusal.

Los invito a leer esta hipótesis que está publicada en el volumen de Abril de la Rev Esp Cardiol, está en Inglés y Español y se llama "*Should we anticoagulate patients at high risk of AF but still in sinus rhythm?*". Espero les guste.

Hola Luciano

Es un lindo artículo, pero un poquito Viejo. Si Ud tiene 55 años, HTN y DM, su riesgo de padecer un stroke al año es de 6-7%. El riesgo de stroke y la necesidad de anticoagular NO se guía por la manifestación fenotípica de la FA, sino por los scores de riesgo (CHADS 2 o Chads VASc).

Y eso según cualquier guía internacional, requiere anticoagulación de por vida.

Saludos

Adrián Baranchuk

Sí, Adrián. Ciertamente es viejo, pero relata la historia natural de una F.A. aislada. Hoy por, el CHADS VASC es nuestra guía cotidiana.

Un abrazo.

Luciano Pereira

Estimado Benjamín,

La duración de la FA no me aporta información para decidir la anticoagulación. Si dura 5 minutos o 5 meses me da lo mismo.

La anticoagulación la defino en base al CHADS-VASC.

Si tiene 1 o más, le recomiendo anticoagulación. Yo se que el 1 es "dudoso" y se podría usar AAS o anticoagulación, pero el paciente tiene que hacer fuerza para no tomar anticoagulantes y que yo lo deje en paz!. De última prefiero que tome una dosis menor de los nuevo anticoagulantes orales, a que tome AAS.

La bibliografía: las guías, o mejor dicho, mi interpretación de las guías.

Un abrazo,

Daniel Banina

Hola Dani

¡Qué gusto leer tu escrito!

Me voy a focalizar en los puntos de disenso, dando por entendido que en el resto concuerdo:

1. CHADS Vasc de 1 presenta un riesgo bajísimo de stroke. Empujar por la anticoagulación te lleva al límite de ecualizar el beneficio de la prevención de stroke (en el rango de un 1% anual) con el riesgo de sangrado (0.90% anual). Es decir, el beneficio sobre el perjuicio es casi nulo. Si te referías al CHADS2 de 1, ahí si tenes razón, ya que el riesgo anual de stroke es del 3-4%, casi igualando a una CHADS Vasc de 3.
2. Dosis menor de anticoagulantes: así como lo pusiste, constituye un error, muchas veces no percibido por algunos colegas. La dosis reducida (digamos Apixaban 2.5 BID o Xarelto 15 OD o todavía peor Dabigatran 110 BID) es más seguro pero MENOS eficaz. Reducir la dosis por presentar MENOR riesgo (CHADS Vasc de 1) es un oximoron, y me animo a decirte, sencillamente un error médico. Ese grupo es el que MENOS se beneficia de la anticoagulación, y encima le das una menor dosis que en todos los casos resulta en menor eficacia. O sea, un negocio de cero beneficio para el paciente. Pensalo.
3. Históricamente, los NOACs se han vendido basados en su "perfil de seguridad" en vez de en su perfil de eficacia: el motivo es simple: nadie recordará el paciente al que le "previno" un stroke, sin embargo, todos recordaremos el paciente que sufrió una hemorragia intracranial por tomar NOACs. Eso nos llevó a casi un lustro de confusión en el verdadero valor de los NOACs, que no es encontrar el que NO produzca sangrado (todos lo hacen) sino en el que prevenga más Strokes.

Dejo abierta la discusión, saludos.

[Adrian Baranchuk MD FACC FRCPC](#)

Discusión interesante

<http://www.medscape.com/viewarticle/859617>

Sergio Pinski