

Paciente masculino de 56 años con episodios recurrentes de F.A – 2015

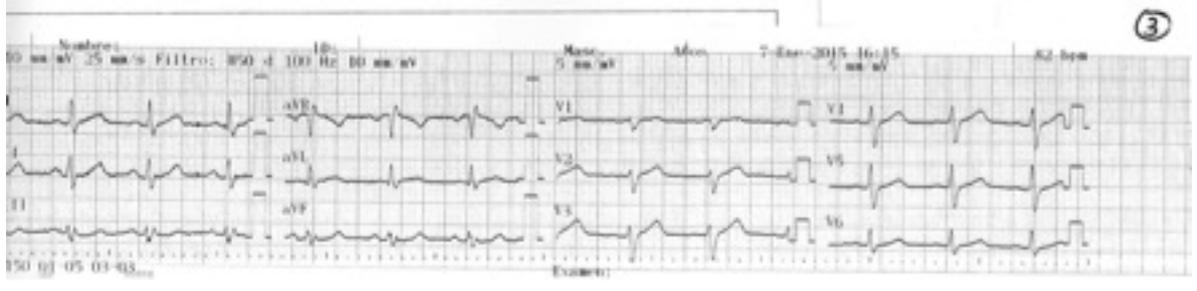
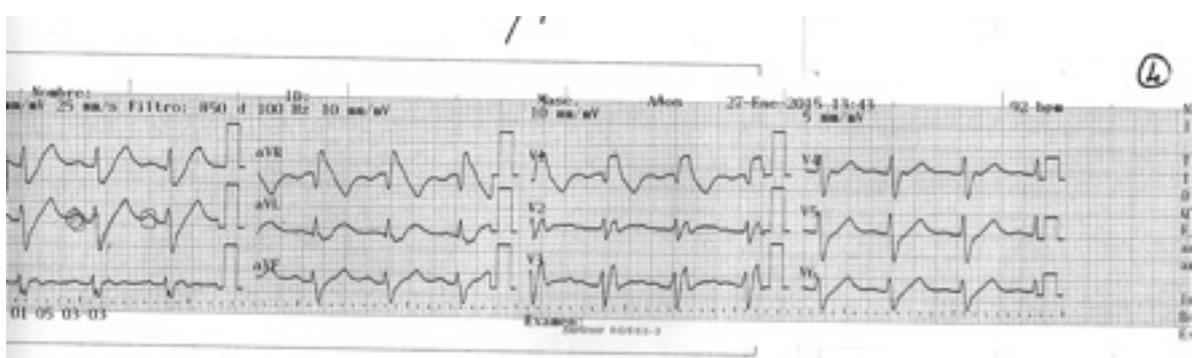
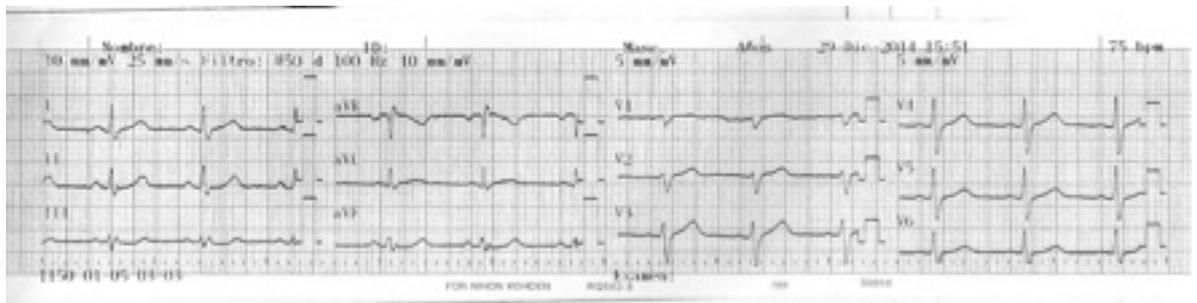
Dr. Luciano Pereira

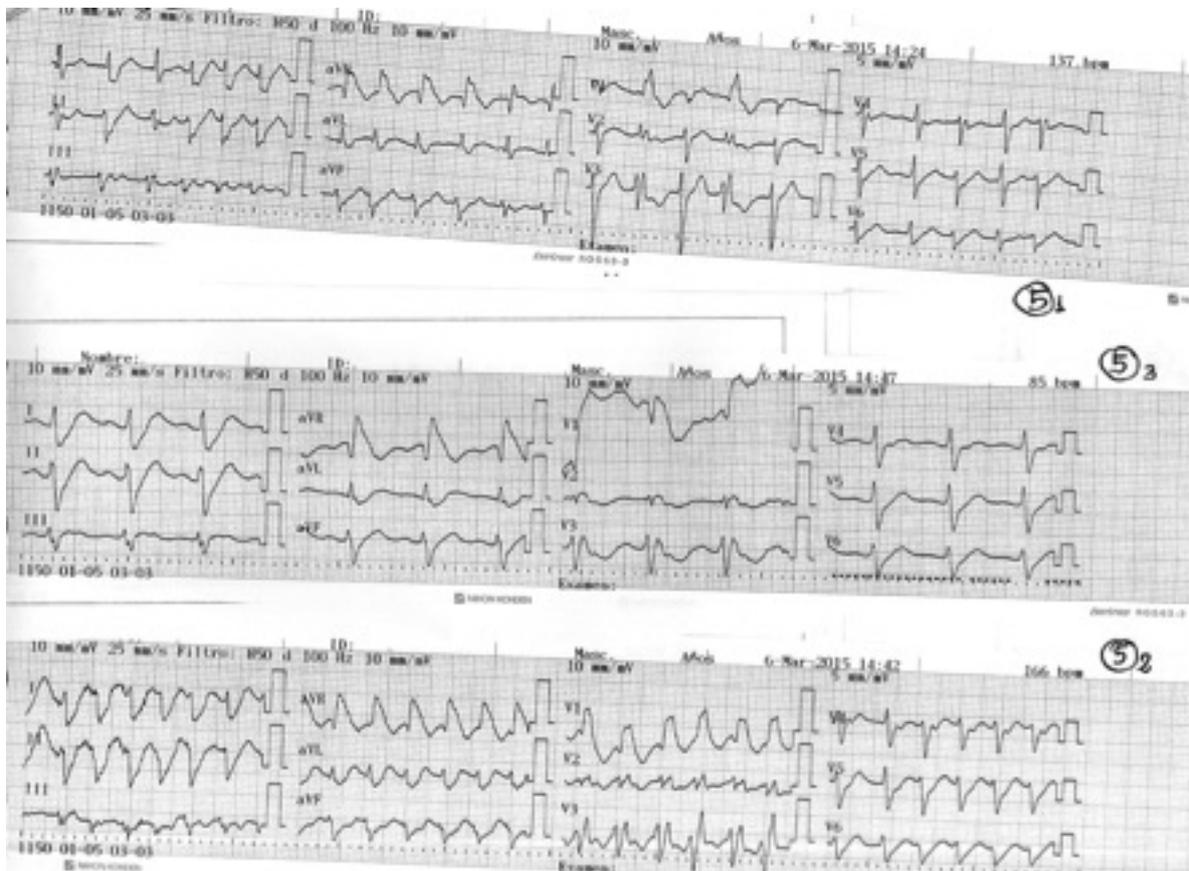
Paciente del sexo masculino, 56 años, ingeniero civil, con episodios repetidos de F.A. con rápida respuesta ventricular. Normotenso, sin factores de riesgo (excepto stress). Tiene crisis al menos una vez por semana. El problema le causa tremendas limitaciones laborales. Fue visto por varios cardiólogos, con opiniones disímiles. Es medicado en crisis con Flecainida inyectable. Consumió propafenona, le dieron nebivolol, digoxina (¿?) y ¡ninguno de los cardiólogos! le indicó anticoagulación oral. Lo convencí de tomar Dabigatran, que inició hace cuatro días. Tiene ECO normal. El paciente tiene indicación a Ablación por catéter de venas pulmonares, a mi criterio. ¿Qué opinan al respecto? Sé que se puede hacer en la Argentina ¿Qué costo tendría?

Cordial saludo.

Luciano Pereira

Ciudad del Este





OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Dr. Luciano

Caro amigo

Se considerarmos o CHADS2 ou CHA2DS2VASc, ambos são de valor 0.

Porque o anticoagulante? Para reversão? Para ablação? Gostaria de aprender mais sobre a anticoagulação, neste caso. Peço-lhe a bondade que me esclareça a razão do anticoagulante. Concordo plenamente com ablação.

Respeitosamente

Adail Paixao Almeida

Adail: Creo que tienes razón en cuanto a lo que nos marcan los scores. Pero no sé si estaríamos tranquilos con un paciente de estas características que tiene un episodio de F.A. cada semana sin anticoagulación. No sé cuándo podría estar formándose un trombo sin que lo sepamos y no creo que el dabigatran cause algún problema adicional hasta que pueda ablacionarse (ya recibí un presupuesto estimativo). Los scores son muy buenos para asumir decisiones, pero convengamos que ninguno podrá incluir todos los tipos de pacientes que vemos en nuestra práctica cotidiana.

Es mi humilde opinión.

Gracias por la tuya.

Luciano Pereira

Querido Luciano

Espero que Ud y los suyos se encuentren bien.

1. Voy a explicar porque, estoy en TOTAL desacuerdo con su comentario, y por supuesto, justificaré cada uno de mis comentarios.
2. No existe NINGUNA evidencia, sobre que 1 o varios episodios de FA, presenten riesgo diferente en cuanto a presentar stroke.
3. No existe NINGUNA evidencia, que el número de episodios de FA sea determinante para la formación de trombo. Ni para su desplazamiento. Por favor, lea los subestudios de

ASSERT en NEJM que le mostrarán qué tan lejos de la realidad está su comentario. Esto es crítico que todos los entiendan: el riesgo de stroke NO lo determina la "densidad" de la FA, sino su existencia. Podemos discutir si 1 minuto o 10 minutos constituye la existencia de FA, pero de ninguna manera "mucho o poca". FA es FA, y el riesgo se determina mediante los "scores" no mediante su densidad.

4. Dar Dabigatran hasta tanto y en cuanto se haga la ablación NO tiene sustento alguno. La acción del Dabigatran es muy rápida, como lo es la re-coagulación cuando el mismo se discontinúa: es decir, el "onset y offset" de acción es muy rápido.

5. Los pacientes derivados para ablación **Deben** estar anticoagulados por 1 mes previo a la ablación y por 3 meses luego de la misma. La evidencia de esto es blanda, pero es lo que hacemos en centros de alto volumen. Darlo antes de manera indefinida, a quien NO lo merece (creo que su paciente tiene un CHADS2 de 0, según Adail) solo incrementa el riesgo de sangrado SIN presentar beneficio alguno. O sea, darlo por las dudas constituye un error.

6. Acabamos de publicar una revisión exhaustiva sobre Dabigatran en Exp Rev Cardiovasc Ther. Búsquela y ahí tendrá todo actualizado.

7. Si le interesa actualizarse en Reversión de anticoagulación en la era de los NOACs, léase un paper que sacamos la semana pasada en Europace, junto G. Lip. **Anticoagulation Reversal in the era of NOACs.**

8. Para el tema específico de Dabigatran y ablación, hemos publicado un paper en Cardiovasc Ther, que lo pondrá al tanto de lo último en el manejo de Dabigatran y ablación.

Lo saludo con mucho cariño y respeto.
Adrián Baranchuk

Estimado Luciano: comparto plenamente lo expresado por el amigo Adail.

En mi humilde opinión, yo estaría tranquilo con solo aspirina, y en los estudios en este grupo de pacientes sin factores de riesgo, y aurícula izquierda normal no presenta mayor incidencia de ACV ni eventos embólicos comparando la aspirina vs ACO.

En los estudios originales con warfarina vs aspirina no presentaban un beneficio este subgrupo de pacientes y si presentaban un riesgo incrementado de sangrado con la warfarina vs aspirina.

Con los NOAC este subgrupo de pacientes, no cuenta con un estudio diseñado para esto solo el estudio AVERROES, que comparo Apixabán 5mg/12h vs Aspirina 81-324mg/día, se estudió FA con al menos 1 factor de riesgo de ictus y que la warfarina no sea recomendable. En este estudio se incluye la población de menores de 65 años, pero al analizarlo los datos están entrecruzados, edad, sexo, etc no fue diseñado específicamente para estudiar este subgrupo, solo refiere menores de 65 años.

Con mayor razón aún, hay evidencias del riesgo beneficio, y no se deberían extrapolar los resultados de los estudios realizados con warfarina a los NOAC.

Los estudios SPORTIF, RELY, ARISTOTLE y AVERROES todos incluyen pacientes con 1 factor de riesgo (CHA2DS2-VASc=1).

El paciente referido no presenta ningún factor de riesgo. De acuerdo a los estudios el paciente presenta:

CHA2DS2-VASc Score for Atrial Fibrillation Stroke Risk: *Stroke risk was 0.2% per year in >90,000 patients (the Swedish Atrial Fibrillation Cohort Study) and 0.78% risk of stroke/TIA/systemic embolism.*

HAS-BLED: *Risk was 0.9% in one validation study and 1.13 bleeds per 100 patient-years in another validation study.*

El paciente un riesgo anual de 0,2% de ACV, frente al 0,9% de sangrado.

En conclusión por prevención se incrementa el riesgo de sangrado, sin mayores beneficios por sobre la terapia con aspirina. En esto estás plenamente avalado por la literatura y consensos, por el contrario no presenta ningún respaldo para la utilización de los nuevos ACO. Aún considerando que el riesgo de sangrado es similar, obviamente la relación costo-beneficio menos aún es a favor de los NOAC.

Por supuesto la decisión la tomarás vos con el consentimiento de tu paciente, pero no puedo dejar de lado que hay otros colegas que leen los mensajes y piensan que existen evidencias para avalar en este subgrupo de pacientes la indicación de anticoagulación.

Que cuando le indiquen solo aspirina sepan y conozcan que están actuando correctamente y realizando medicina basada en la evidencia, sin menospreciar tu interpretación personal.

Obviamente tiene indicación de ablación, te sugeriría dado que lo afrontará con su dinero, que le explicaras a tu paciente la tasa de recidivas y si serán necesarios nuevos procedimientos que deberá afrontar y que estime el eventual coste de estos.

Te mando un cordial abrazo

Martín Ibarrola

Gracias por tu calificada opinión, Martín, no sólo de elevado nivel científico sino también con un humanismo sobresaliente. Te aprecio mucho.

Gracias, Adrián. Muy amable, pero por favor tuteame!! Agradezco los comentarios, sesudos y exentos de soberbia (los médicos estamos expuestos a caer en este horrible defecto, raro en este foro).

Luciano Pereira