Documento descargado de http://www.revespcardiol.org el 22/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Embolias silentes tras cardioversión eléctrica de fibrilación auricular: ¿qué aporta la resonancia magnética cerebral? Respuesta

Silent Embolism After Electrical Cardioversion of Atrial Fibrillation: What Does Brain Magnetic Resonance Imaging Provide? Response

Sra. Editora:

El mantenimiento del ritmo sinusal es uno de los principales objetivos en el tratamiento de la fibrilación auricular. Sabemos que la cardioversión eléctrica es una de las terapias más eficaces en restablecerlo en dicha arritmia. El paso a ritmo sinusal se asocia a un porcentaje de eventos embólicos, tanto por la migración de trombos preexistentes como por su formación tras recuperarse la contracción auricular. Por ello, antes de realizar una cardioversión eléctrica en pacientes con fibrilación auricular, se ha de mantener con anticoagulación oral 3-4 semanas antes y 4 semanas después.

En nuestro estudio[1] hemos querido evaluar qué ocurre con las embolias clínicamente silentes pero que con las nuevas técnicas de imagen de resonancia magnética cerebral podemos detectar en las primeras horas del episodio isquémico.

Hemos realizado la resonancia cerebral antes y 24 h después de la cardioversión siguiendo el protocolo de los estudios realizados previamente en pacientes sometidos a ablación[2,3] de fibrilación auricular.

En cuanto a la anticoagulación oral, en nuestro trabajo hemos sido muy exigentes a la hora de mantener la razón internacional normalizada (INR) dentro del rango terapéutico, de tal forma que realizábamos INR con un máximo de 10 días entre dos determinaciones, y sólo programábamos el procedimiento en las que se encontraban en rango terapéutico. Por eso llegamos a la conclusión de que manteniendo la anticoagulación entre 2 y 3 no sólo evitamos fenómenos embólicos con repercusión clínica, sino también las embolias silentes.

María Vázquez Caamaño

Servicio de Cardiología, Hospital Povisa, Vigo, Pontevedra, España

Correo electrónico: macrisvc@yahoo.es

On-line el 28 de marzo de 2012

BIBLIOGRAFÍA

1. Vázquez M, Santos E, Rodriguez I, Pato A, Vilar M, Arias JC, et al. Valoración mediante resonancia magnética cerebral de embolias clínicamente silentes en pacientes con fibrilación auricular sometidos a cardioversión eléctrica. Rev Esp Cardiol. 2012;65:139–42.
2. Gaita F, Caponi D, Pianelli M, Scaglione M, Toso E, Cesarani F, et al. Radiofrequency catheter ablation of atrial fibrillation: a cause of silent thromboembolism in patients undergoing ablation of atrial fibrillation. Circulation. 2010;122:1667–73.
3. Schrickel JW, Lickfett L, Lewalter T, Mittman-Braun E, Selbach S, Strach K, et al. Incidence and predictors of silent cerebral embolism during pulmonary vein catheter ablation for atrial fibrillation. Europace. 2010;12:52–7.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
DOI: 10.1016/j.recesp.2011.12.010

doi: 10.1016/j.recesp.2012.01.010

El cambio de tipo de fibrilación auricular, observaciones al registro Val-FAAP

Change in Atrial Fibrillation Status, Comments to Val-FAAP Registry

Sra. Editora:

Hemos leído con atención el artículo de Barrios et al[1] acerca del manejo de la fibrilación auricular (FA) en las consultas de atención primaria (AP) de nuestro país, en el que, efectivamente, se muestra la elevada comorbilidad de estos pacientes, así como el margen de mejora en el tratamiento anticoagulante. No podemos dejar de destacar el interés de este estudio por el elevado número de sujetos evaluados para obtener la prevalencia de FA entre los pacientes atendidos en AP, en este caso el 6,1% de todos los que acuden a consulta, que probablemente, dado el alto número individuos incluidos, se aproxime al porcentaje real para una población que acude al consultorio de AP, objetivo de este tipo de muestreos.

Nuestro interés surge de que Barrios et al[1] muestran los predictores de progresión a FA permanente, dato que, debido al diseño transversal del estudio, no han podido evaluar en cuanto a su impacto pronóstico, y que nuestro grupo sí ha mostrado en el estudio AFBAR[2] como un elemento determinante en cuanto a morbilidad y mortalidad (muerte o ingreso hospitalario), de modo que un cambio en el tipo de FA durante el seguimiento casi triplicaba la posibilidad de ese evento; sin embargo, en nuestra serie, dado el pequeño número de pacientes que presentaban dicha modificación, no se realizó un análisis multivariable para conocer los predictores del cambio en el tipo de FA.

Asimismo, de la metodología y los resultados nos llaman la atención dos aspectos que, creemos, necesitan mayor explicación. En primer lugar, debido a las posteriores comparaciones que se establecen entre los distintos tipos de pacientes, no nos queda claro cuáles son los factores que se asociaron al cambio a FA permanente: ¿se refieren a los que tenían FA de reciente comienzo, a los de FA paroxística, a los de FA persistente o a todos los que pasaron a permanente? Y el segundo aspecto es el tiempo en que se produce ese cambio, ¿desde el momento en que se realiza el diagnóstico hasta la inclusión (que, imaginamos, pueden ser varios años) o desde los 6 meses previos hasta la inclusión? En el estudio AFBAR, con un seguimiento de 7 meses, el cambio de tipo de FA ocurría en un 7% de los pacientes, mientras que en Val-FAAP ocurre en el 31,6%, diferencia que nos lleva a pensar que el tiempo considerado es desde que se produjo el primer diagnóstico de FA.

Por otra parte, se menciona la prevalencia de FA en un estudio previo de nuestro grupo[3] realizado en el año 2000, en el que se registró a 6.325 pacientes que acudieron de forma consecutiva y por cualquier causa a la consulta de AP, entre los cuales el 3,86% estaban diagnosticados de FA; sin embargo, queremos aprovechar esta ocasión para actualizar esa información con los datos obtenidos durante la realización de este registro AFBAR[2] en 2008, en el cual participaron 35 médicos de AP de un área geográfica del noroeste de Galicia que atendían a una población de