Documento descargado de http://www.revespcardiol.org el 20/05/2013. 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

Documento descargado de http://www.revespcardiol.org el 20/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

44.973 pacientes mayores de 18 años e identificaron a todos los pacientes de sus cupos diagnosticados de FA, que resultaron ser 1.045, lo que representa una prevalencia de 2,32% sobre el total de la población mayor de 18 años, dato no publicado previamente y que, aun pudiendo no ser completamente representativo de la población española, nos parece más fiable por cuanto se refiere a la población total y no a los que acuden a la consulta por alguna enfermedad.

Creemos que estudios como este[1] o el de Riesgo et al[4] representan una buena oportunidad para conocer los datos relativos a una entidad tan frecuente en las consultas de AP y con elevada morbilidad y mortalidad como es la FA, en la que cualquier información adicional siempre debe ser bienvenida.

Rafael Vidal-Pérez[a,*], Fernando Otero-Raviña[b], Victorino Turrado Turrado[c] y José Ramón González-Juanatey[a]

[a]*Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, A Coruña, España*
[b]*Sección de Coordinación Asistencial, SERGAS, Santiago de Compostela, A Coruña, España*
[c]*Centro de Salud-Ambulatorio Concepción Arenal, Santiago de Compostela, A Coruña, España*

* Autor para correspondencia:
Correo electrónico: rafavidal@hotmail.com (R. Vidal-Pérez).

On-line el 14 de marzo de 2012

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrios V, Calderón A, Escobar C, De la Figuera M; en representación del Grupo de Atención Primaria de la sección de Cardiología Clínica de la Sociedad Española de Cardiología. Pacientes con fibrilación auricular asistidos en consultas de atención primaria. Estudio Val-FAAP. Rev Esp Cardiol. 2012;65:47–53.
2. García-Castelo A, García-Seara J, Otero-Raviña F, Lado M, Vizcaya A, Vidal JM, et al. Prognostic impact of atrial fibrillation progression in a community study: AFBAR Study (Atrial Fibrillation in the Barbanza Area Study). Int J Cardiol. 2011;153:68–73.
3. Grupo Barbanza para el Estudio de las Enfermedades Cardiovasculares. Características de los pacientes con cardiopatías en un área sanitaria de la provincia de A Coruña. Estudio Barbanza 2000. Rev Clin Esp. 2003;203:570–6.
4. Riesgo A, Sant E, Benito L, Hoyo J, Miró O, Mont L, et al. Diferencias de género en el manejo de los pacientes con fibrilación auricular: análisis de base poblacional en un área básica de salud. Rev Esp Cardiol. 2011;64:233–6.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
DOI: 10.1016/j.recesp.2011.08.008
DOI: 10.1016/j.recesp.2012.01.004

doi: 10.1016/j.recesp.2012.01.003

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

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

Sra. Editora:

En primer lugar, nos gustaría agradecer el interés de Vidal-Pérez et al por el estudio Val-FAAP y sus resultados. Uno de los aspectos que se estudió en el Val-FAAP fue analizar el perfil clínico de los pacientes en los que la fibrilación auricular (FA) evolucionó a permanente en comparación con el de aquellos en que no[1]. Los que evolucionaron hacia una FA permanente tenían mayor edad y más comorbilidades. Debido al diseño del estudio, de corte transversal, no fue posible valorar el impacto pronóstico del paso a FA permanente. En este sentido, el estudio AFBAR objetivó que el cambio en el estado de FA aumentaba en casi 3 veces la variable combinada de muerte u hospitalización[2]. Sin embargo, también lo hacían la cardiopatía isquémica y la disfunción ventricular izquierda. A la luz de estos datos, surge la duda de si el cambio a FA permanente es un predictor independiente de eventos cardiovasculares o simplemente en los pacientes con una cardiopatía de base, cuya mortalidad es mayor, la FA permanente es más frecuente.

En cuanto a la metodología del estudio Val-FAAP, a la hora de comparar el perfil clínico de los pacientes que pasaron a FA permanente, se consideró a todos los pacientes que pasaron a FA permanente, independientemente de si esta inicialmente era de reciente comienzo, paroxística o persistente. Para valorar el cambio en el estado de FA, se consideró, por un lado, el tipo de FA cuando acudió por primera vez a la consulta con el diagnóstico de FA (se recogieron los datos de la historia clínica), y por otro, el tipo de FA en el momento de recoger los datos. La discordancia en el porcentaje de cambio a FA permanente con el estudio AFBAR se debe muy probablemente a que el periodo entre el diagnóstico inicial de FA y el momento de la recogida de datos fue mayor en el estudio Val-FAAP, si bien este no se cuantificó.

A la hora de determinar la prevalencia de una determinada enfermedad hay que ser muy cuidadoso con los aspectos metodológicos. Para hablar de prevalencia de una patología se debe realizar su detección en una muestra representativa de la población. Sin embargo, la mayoría de los estudios que se publican se realizan sobre población asistida en consulta y no son estudios poblacionales. Nos ha sorprendido que los investigadores de AFBAR consideren que la metodología de su estudio es más apropiada para estimar la prevalencia de la enfermedad. En este tipo de estudios es muy importante considerar la muestra que se escoge, dado que esta debe ser representativa de la población en estudio. Evidentemente, cuanto mayor sea la muestra, menor será la probabilidad de realizar algún sesgo de selección. En este sentido, en el estudio Val-FAAP se incluyó a 119.526 pacientes, representativos de toda la población española[1]. Con tamaños muestrales más pequeños, la posibilidad de sesgo es mayor, y más aún si la muestra se circunscribe sólo a un área geográfica muy concreta. Así es difícil generalizar los resultados obtenidos a otras poblaciones de otras zonas. Por otra parte, la FA tiene otra particularidad, y es que en un porcentaje significativo de casos cursa de manera asintomática o «silente» y, por lo tanto, puede no ser detectada. Este aspecto, además, es de gran importancia porque la FA subclínica tiene consecuencias clínicas muy relevantes, como muy recientemente se ha demostrado[3]. Si sólo se tiene en cuenta a los pacientes con un diagnóstico conocido de FA y no se analiza a toda la población incluida buscando la detección de la arritmia, como sí se hizo en el estudio Val-FAAP, sin duda se subestimará el porcentaje de pacientes con FA. Por todas estas razones, pensamos que, aunque los datos obtenidos por el estudio Val-FAAP sean sobre población asistida, parecen más ajustados a la realidad general en España que los obtenidos en trabajos realizados en territorios concretos y permite estimar mejor la prevalencia de la enfermedad en nuestro país.