

## MÁS EVIDENCIA PARA AYUDAR A LA TOMA DE DECISIONES SOBRE LA ANTICOAGULACIÓN EN LA FA SUBCLÍNICA

*Autor: Marcos García Aguado (Cardiólogo del Hospital U. Puerta de Hierro de Majadahonda)*

*Fecha de publicación: 19/06/2024*

*Patología: FA y otras arritmias / Categoría: Controversia*

*Tiempo de lectura: 3 minutos*



*Este post incluye opiniones de su autor. Las partes del texto subrayadas contienen **enlaces** a la evidencia científica en la que se sustenta.*

Actualmente la decisión de anticoagular a los pacientes con arritmias auriculares rápidas de > 6 minutos ([AHRE/FA subclínica](#)) registradas por dispositivos intracardiacos, sin antecedente de FA clínica, es controvertido, más aún al constatar que estos pacientes tienen una tasa baja de eventos cardioembólicos.

Los últimos datos de la evidencia científica que pretenden arrojar luz sobre en esta zona gris del conocimiento son los estudios [NOAH-AFNET 6](#) y [ARTESIA](#), presentados en 2023, con **edoxabán** y **apixabán** como protagonistas, y comentados en sendos posts de CARPRIMARIA. El brazo comparador de **edoxabán** estaba integrado por pacientes sin anticoagulación (*aunque más del 50% estaban antiagregados*) y el comparador de **apixabán** por pacientes con **aspirina** en dosis de 81 mg diarios. Ambos estudios incluían AHRE registrados por dispositivos intracardiacos, con un CHA2DS2VASc2  $\geq 0$  en varones y 1 en mujeres en el estudio con **edoxabán**, y  $\geq 4$  en el de **apixabán**.

El **edoxabán**, independientemente de la puntuación **CHA2DS2VASC2**, no redujo el combinado de muerte cardiovascular, accidentes cerebrovascular y embolia sistémica en comparación con placebo, pero si aumentó de forma significativa los problemas de seguridad (*sangrado*), aunque no tenía la potencia estadística suficiente para evaluar los eventos cardiovasculares. El [apixabán](#) redujo los eventos cardioembólicos, con aumento del sangrado mayor, principalmente a expensas del [gastrointestinal](#), con menos sangrados intracraneales y mortales que el grupo control que tomaba aspirina.

## SUBANÁLISIS DEL ESTUDIO NOAH-AFNET 6

En la reunión anual de la **Sociedad del Ritmo Cardíaco celebrada en Boston (EE.UU.)**, se presentó un subanálisis del estudio **NOAH-AFNET 6**, que valoró 253 participantes del estudio original que habían sufrido un accidente cerebrovascular agudo (ACVA) o un accidente isquémico transitorio (AIT) con detección de AHRE por medio de dispositivo intracardiaco. Valoró el combinado de ACV, embolia sistémica y muerte cardiovascular, sin diferencias entre **edoxabán** y el brazo sin anticoagulante. La tasa de ACVA recurrente fue similar en los dos grupos, siendo del 3% en el grupo **edoxabán** frente al 4,6% del grupo sin anticoagulante. Es cierto que el estudio no tiene la fuerza estadística suficiente para analizar adecuadamente los eventos, pero las hemorragias mayores se produjeron en 8 casos con **edoxabán** frente a 2 del grupo sin anticoagulación.

## SUBANÁLISIS DEL ESTUDIO ARTESIA

Utilizando como base el estudio **ARTESIA**, se presentó en la reunión anual de la **Sociedad del Ritmo Cardíaco celebrada en Boston (EE.UU.)** un subanálisis en el que los investigadores dividieron a los pacientes (*recordemos, con FA subclínica/AHRE > 6 minutos*) en tres grupos, según su puntuación CHA2DS2VASc: <4, igual a 4 o > 4. Evaluaron el número de pacientes necesario para tratar (NNT) en la prevención del accidente cerebrovascular con anticoagulante y el número necesario para hacer daño (NND/NNH) en relación con las hemorragias causadas por el anticoagulante. Los datos fueron evaluados a los 3,5 años.

En la FA subclínica con una duración > de 6 minutos y < 24 horas, un CHA2DS2VASc > 4 se asociaba a un riesgo anual 2,25% superior de accidente cerebrovascular, con la capacidad de prevenir cuatro accidentes cerebrovasculares por cada 100 pacientes al precio de menos de dos hemorragias mayores. Según los responsables del estudio, se recomienda plantear la anticoagulación oral en los pacientes con AHRE/FA subclínica > 6 minutos con una puntuación de riesgo embólico > 4, en base al buen balance riesgo/beneficio. Por < 4 el riesgo hemorrágico excedía los beneficios observados en la protección cardioembólica (< 1%), por lo que no recomendaban el tratamiento anticoagulante.

## CONCLUSIÓN

Por tanto, vamos viendo como la evidencia arroja algo de luz a la decisión de anticoagular o no a los pacientes con FA subclínica > 6 minutos detectada con dispositivos intracardiacos. Los resultados de los estudios con edoxabán y apixabán son contradictorios, ningún beneficio con mayor riesgo al utilizar el **edoxabán**, y beneficios con reducción de eventos cardioembólicos con **apixabán** asociados a un riesgo asumible, aunque ambos estudios tienen sus limitaciones y diferencias. Los estudios de vida real también han mostrado diferencias entre el **edoxabán** y el **apixabán**, más tranquilizadores en seguridad para el **apixabán**. La decisión de anticoagular o no se sustenta en más evidencia,

facilitando las decisiones al médico clínico, gracias a los resultados del subanálisis del **ARTESIA**, aunque como todo subanálisis, es generador de hipótesis.

En definitiva, de nuevo impera el arte de la individualización, más en este tipo de pacientes con FA subclínica > 6 minutos detectada por dispositivos intracardiacos. Debemos valorar más criterios para la toma de decisiones y humanizar nuestra práctica clínica compartiendo la información con el paciente para la toma conjunta de decisiones.

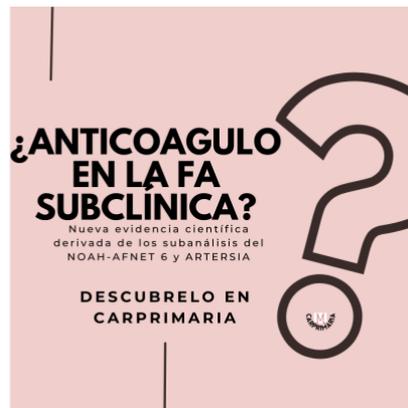


Ilustración 1. Respondemos a la pregunta de la ilustración. CARPRIMARIA

## REFERENCIAS

[J Am Coll Cardiol. May 19, 2024](#)

Mescape

## OTROS ARTÍCULOS DE CARPRIMARIA RELACIONADOS

[Estudio NOAH-AFNET 6](#)

[¿Debemos anticoagular a los pacientes con FA subclínica?](#)

[¿Qué términos y conceptos debo conocer y cuáles debo dejar de usar en fibrilación auricular?](#)

[El genérico del apixabán ya disponible, pero continúa la batalla judicial](#)

[¿Qué anticoagulante oral directo presenta mayor riesgo de sangrado GI?](#)

[Apixabán: ¿anticoagulante oral directo con menos sangrado gastrointestinal? Estudio vida real](#)