

Anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular. ¿Qué dicen las recomendaciones de las guías de práctica clínica?

José R. González-Juanatey¹ & Dra. Belén Álvarez Álvarez²

1. Jefe del servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. España.
Profesor de Cardiología de la Universidad de Santiago Compostela, A Coruña. España
2. Médico Adjunto. Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña. España.

Recibido 24 de agosto de 2017. Aceptado 26 de setiembre de 2017.

L.CAM.MKT.08.2017.0695

RESUMEN

La fibrilación auricular es una de las cardiopatías con mayor prevalencia. Para escoger la terapia ideal se debe evaluar el riesgo hemorrágico con la escala de HASBLED y el riesgo de sufrir un evento cerebrovascular con la escala del CHADS-VASC. Se recomienda utilizar el algoritmo de las guías ESC 2016 para prevención de un ictus por fibrilación auricular, donde los NOAC deben preferirse a los antagonistas de la vitamina K

Palabras claves: fibrilación auricular, anticoagulación, guías terapéuticas.

ABSTRACT

Anticoagulation in patients with atrial fibrillation. What do clinical practice recommendations guidelines say?

Atrial fibrillation is one of the most prevalent heart disease. In order to choose the ideal therapy, the risk of hemorrhagic risk should be evaluated with the HASBLED score and the risk of suffering a cerebrovascular event with the CHADSVASC score. It is recommended to use the algorithm of ESC 2016 guidelines for the prevention of stroke in atrial fibrillation, where NOAC should be preferred to vitamin K antagonists.

Key words: atrial fibrillation, anticoagulation, guidelines.

La fibrilación auricular (FA) constituye la cardiopatía con mayor prevalencia, estimándose que un 4% de la población mayor de 40 años la presenta¹. Determina un importante reto socio-sanitario condicionado sobre todo por el riesgo de embolismo sistémico en especial de ictus, por lo que una vez diagnosticada la prioridad debe ser determinar la necesidad de anticoagulación (ACO). Muestra una relación directa con el desarrollo de insuficiencia cardíaca, tanto descompensación

aguda como crónica, que viene condicionado por la presencia de otras cardiopatías (cardiopatía isquémica, enfermedad valvular cardíaca, etc) y factores demográficos y comorbilidades (edad avanzada, diabetes, insuficiencia renal, etc) así como la presencia de una frecuencia cardíaca elevada de forma mantenida (taquimiocardiopatía). Por tanto, para su prevención desde un abordaje multifactorial el control del ritmo y la respuesta ventricular pueden jugar un cierto papel,

aunque sin una evidencia sólida de que un control mas estricto de la frecuencia cardíaca pueda ser mejor que uno mas laxo.

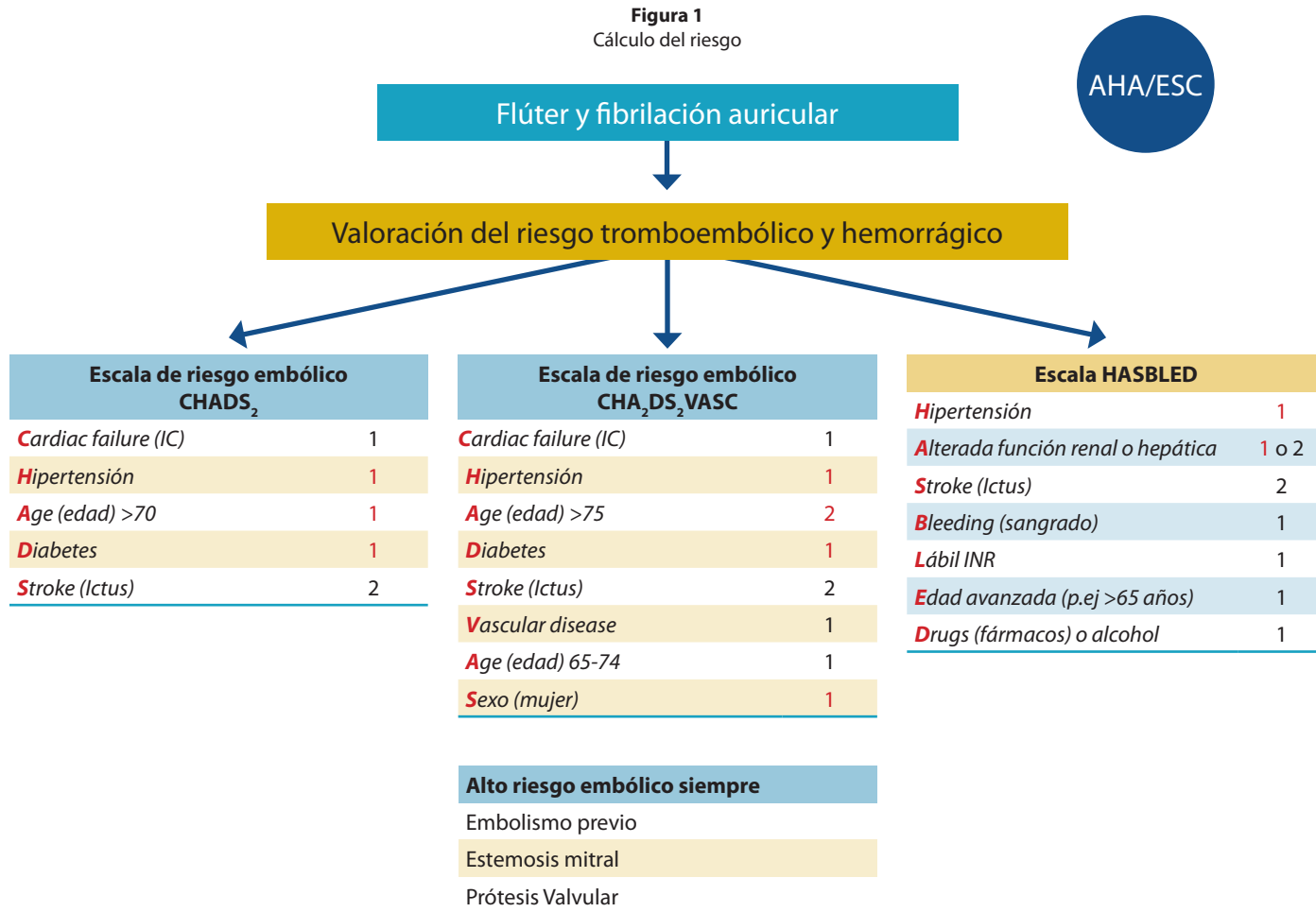
RECOMENDACIONES DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ESTIMACIÓN DEL RIESGO

La estimación de los riesgos embólico y hemorrágico nos permite identificar al grupo de pacientes con indicación de AC aunque en algunos de ellos la decisión debe individualizarse y, si es posible, compartirla con el paciente. En especial, pacientes con riesgo embólico bajo y de edad avanzada con comorbilidades y un elevado riesgo hemorrágico. Para ello, y a pesar de la existencia de diferentes escalas de riesgo, las guías recomiendan el empleo de la escala CHA₂DS₂VASc y la HASBLED² para la estimación del riesgo hemorrágico (Figura 1). Debe destacarse que dicha estimación del riesgo debe llevarse a cabo en todos los pacientes con FA independientemente de su patrón clínico (paroxística, persistente o

crónica) incluyendo a pacientes con flutter auricular ya que la estrategia antitrombótica debe realizarse en el conjunto de los pacientes.

Con la máxima clase de recomendación y nivel de evidencia (IA) las guías³ indican que debe anticoagularse a los varones con una puntuación CHA₂DS₂VASc \geq 2 y mujeres \geq 3 puntos. Es un punto de cierta controversia la anticoagulación en varones con una puntuación de 1 y mujeres con 2 puntos (debe tenerse en cuenta que en dicha escala ser mujer aporta ya 1 punto). Las guías le dan un grado de recomendación II a con nivel de evidencia B destacando que las características clínicas/comorbilidades de los pacientes y sus preferencias deben tenerse en cuenta. En este sentido, aunque no es muy habitual en práctica clínica, en casos de elevado riesgo hemorrágico (HASBLED \geq 3) esta consideración tendría una mayor relevancia. Por otro lado, los pacientes con dificultades para seguir los controles de warfarina debido al riesgo embólico y hemorrágico asociado debería o valorarse el empleo de anticoagulantes directos (ACODs).

Figura 1
Cálculo del riesgo



Anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular. ¿Qué dicen las recomendaciones de las guías de práctica clínica?

José R. González-Juanatey & Dra. Belén Álvarez Álvarez



En pacientes con FA sin factores de riesgo embólico la anticoagulación no ha demostrado reducir el riesgo embólico e incrementa el hemorrágico por lo que no debería llevarse a cabo.

SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO

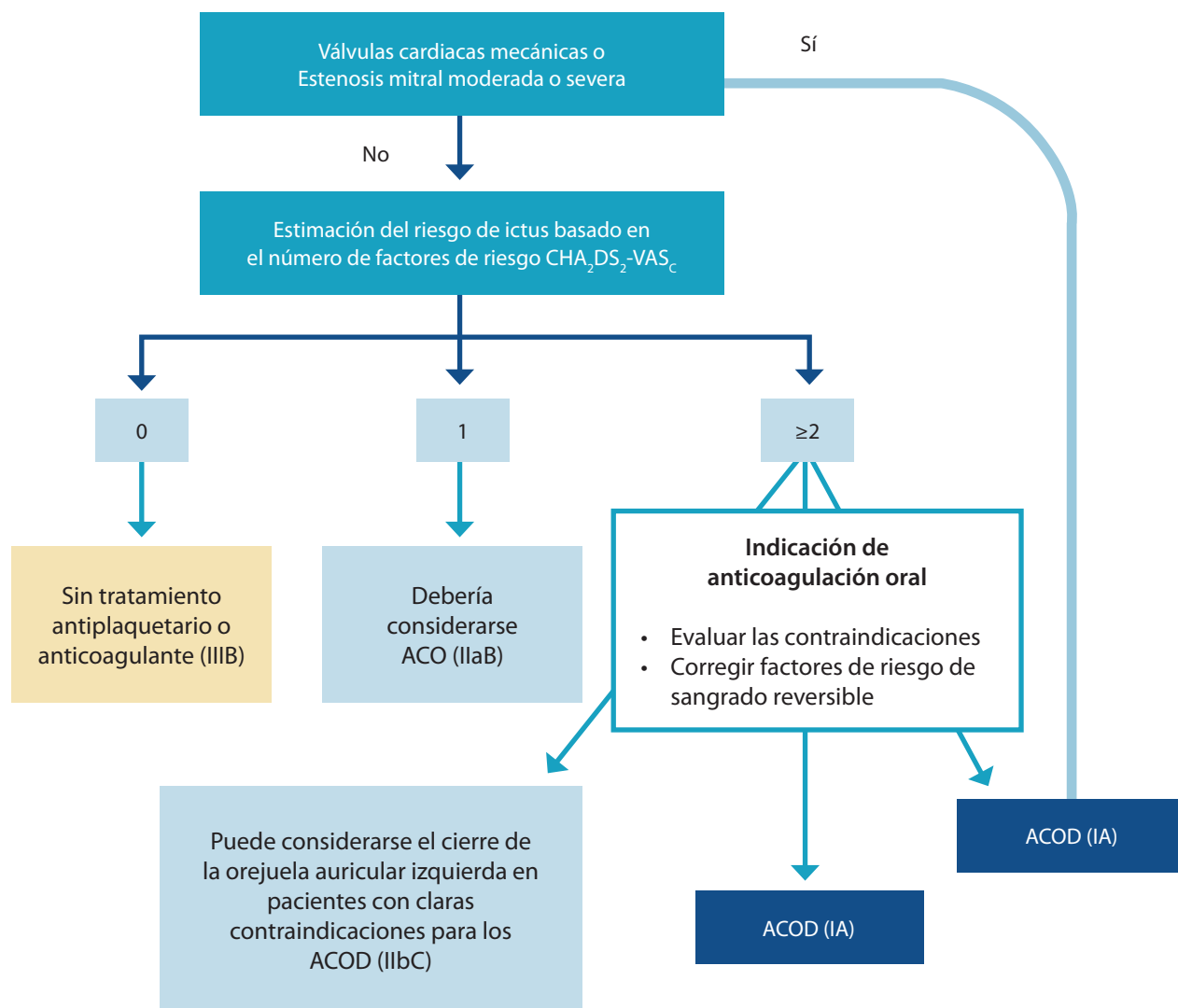
Tras la identificación de pacientes con beneficio de la AC debemos plantearnos la mejor estrategia para plantearla.

Antes que nada debe dejarse claro que en la actualidad el tratamiento con antiagregantes plaquetarios (aspirina o clopidogrel) no está indicado en este grupo de pacientes debido a la menor protección frente al embolismo que los AC y un riesgo de sangrado similar. Este es un tema de especial relevancia clínica ya que en los registros contemporáneos sigue existiendo una significativa proporción de pacientes sometidos a esta estrategia.

Las guías de práctica clínica³ siguen recomendando el empleo de warfarina (fármacos antivitamina K) en los pacientes con FA asociada a estenosis mitral moderada/grave y pacientes con prótesis mecánicas valvulares cardíacas. En los demás casos de arritmia asociada a otro tipo de patologías valvulares (bioprótesis, insuficiencia mitral o aórtica) podría optarse por el empleo de ACODs. El tipo de prótesis mecánica empleada (antigua o mas contemporánea) así como su localización (posición mitral o aórtica) deberá tenerse en cuenta para el ajuste de la intensidad de la terapia anticoagulante y, probablemente, deberían seguir un seguimiento mas estricto que el resto de pacientes para lograr una máxima calidad de dicho tratamiento.

Las guías establecen con I A que los NOACs (dabigatran, rivaroxaban, apixaban y edoxaban) deben preferirse a los antagonistas de la vitamina K en el resto de pacientes debido

Figura 2
Prevencción del ictus en la fibrilación auricular: Guías ESC/2016²



Anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular. ¿Qué dicen las recomendaciones de las guías de práctica clínica?
José R. González-Juanatey & Dra. Belén Álvarez Álvarez



al mejor balance riesgo/beneficio de esta familia de fármacos demostrada en ensayos clínicos y registros de la práctica clínica habitual.

Los pacientes tratados con antagonistas de la vitamina K que muestran una mala calidad de la anticoagulación (mal control del INR entre 2.0-3.0) a pesar de una buena adherencia terapéutica deberían considerarse candidatos a recibir un NOAC, salvo el grupo con indicaciones obligadas de dichos fármacos (prótesis mecánicas y estenosis mitral moderada/grave).

De forma global es necesario destacar la importancia de la cumplimentación terapéutica con ambas clases de fármacos (antivitamina K y NOACs) al constituir el principal determinante de la labilidad en el nivel de la anticoagulación y asociarse al riesgo embólico/hemorrágico de los pacientes. Consideramos que este debe ser un factor crítico con los nuevos fármacos, ya que al no existir la necesidad de controles periódicos podría ser más probable la falta de adherencia que limitaría sus ventajas. En este sentido, debemos aprovechar todos los contactos sanitarios para reforzar el mensaje de la necesidad de una correcta toma de dichos fármacos. La selección del NOAC en práctica clínica debe tener en cuenta, además de la evidencia científica, consideraciones sobre las características clínicas de los pacientes y los fármacos que precisan una única toma al día podrían aportar alguna ventaja en términos de mayor adherencia terapéutica que podría traducirse en un superior beneficio clínico.

REFERENCIAS

- Gómez-Doblas JJ. *et al.* Prevalencia de fibrilación auricular en España. Resultados del estudio OFRECE. *Rev Esp Cardiol.* 2014; 67:259-269.
- Lane Da., Lip GY. Use of the CHA(2)DS(2)-VASc and HAS-BLED scores to aid decision making for thromboprophylaxis in nonvalvular atrial fibrillation. *Circulation* 2012; 126:860-865.
- Kirchhof P, *et al.* 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS: The Task Force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Stroke Organisation (ESO). *Eur Heart J.* 2016; 18:1609-1678.