

Nueva mirada al actual problema de la fibrilación auricular y la anticoagulación

New look on the current problem of atrial fibrillation and anticoagulation

El médico internista está constantemente enfrentándose a pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV), abocado a la toma de decisiones sobre qué conducta seguir y siempre atendiendo a las singularidades en cada caso. La tendencia estadística de esta arritmia es al incremento en relación con el envejecimiento poblacional y la mejoría en la supervivencia en afecciones como el infarto agudo del miocardio. La aparición de la FANV está relacionada con diferentes factores de riesgo que, en definitiva, constituyen esencialmente factores de riesgo vascular. Así mismo, la adición de algunos de estos factores al sistema nervioso central (SNC), se relaciona con complicaciones como el incremento de los tromboembólicos que, en el caso de los pacientes con FANV, presentan mayores morbilidad y mortalidad y dejan importantes secuelas.

Los pilares del tratamiento de la FA son: el control de la frecuencia cardíaca, la normalización del ritmo cardíaco, siempre que sea posible, y la prevención de las complicaciones tromboembólicas. El primer paso para lograr este último objetivo terapéutico es evaluar el riesgo del paciente de presentar estas complicaciones. Para ello, se han creado diferentes escalas pronósticas, dentro de las cuales el CHA₂DS₂-VASc (del inglés: insuficiencia cardíaca, hipertensión, edad ≥ 75 [doble], diabetes mellitus, ACV [doble], enfermedad vascular, edad 65 – 74 años y categoría de sexo [femenino]),¹ es de las más aplicadas al nivel internacional. Al aplicar esta escala, los pacientes evaluados como de riesgo bajo o medio pueden ser tratados con antiagregación plaquetaria, pero los pacientes de alto riesgo requieren de anticoagulación. Por otra parte, hay que tener en cuenta que es precisamente en los ancianos, en quienes la FANV es más frecuente y se asocia a complicaciones; de ahí el valor incrementado en la escala de la condición edad > 75 años. Está bien establecido por diferentes estudios como el SPAF I-III,² Birmingham Atrial Fibrillation treatment of the Aged (BAFTA)³ y el Metanálisis Hart and Colleagues,⁴ entre otras muchas guías de práctica clínicas; que solo hay efectividad con el uso de la anticoagulación en los mayores de 70 años para la adecuada prevención de los accidentes cerebrovasculares (ACV) y no así con el tratamiento antiagregante plaquetario. Para todo esto hay que considerar otra variable: el riesgo de sangrado, para lo que existen escalas como el HAS-BLED (del inglés: hipertensión no controlada, disfunción renal/hepática, ictus, historia o predisposición de sangrado, INR lábil, edad > 65 años, consumo de

alcohol/drogas),⁵ en la que, a pesar de incluirse como factor predisponente la edad > 65 años, se requieren varias condiciones para clasificar al individuo como de alto riesgo.

Una vez que contamos con el criterio de riesgo tromboembólico alto, asociado a una probabilidad de sangrado baja, queda decidir qué tipo de medicación prescribir. Los fármacos anticoagulantes más ampliamente usados en los pacientes con FANV para la prevención primaria de los ACV son los antagonistas de la vitamina K (warfarina y acenocumarol). Estos han demostrado eficacia para la prevención de ACV e incluso, en el anciano, para disminuir la aparición de deterioro cognitivo de origen vascular. Este grupo de medicamentos tiene limitaciones, como son, una estrecha ventana terapéutica y una respuesta anticoagulante variable relacionada con su interacción con alimentos y otros fármacos que favorecen, por una parte, la aparición de complicaciones hemorrágicas, fundamentalmente en el SNC, y por otra, la necesidad de realizar controles periódicos basados en el Razón Normalizada Internacional (del inglés: INR), para ajuste de las dosis. Otro grupo de fármacos a elegir son los anticoagulantes de acción directa, llamados "nuevos anticoagulantes" (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban). No se ha reportado que exista una clara diferencia entre el efecto anticoagulante de estos y el de los antagonistas de la vitamina K. Los estudios RE-LY,⁶ ROCKET-AF,⁷ ARISTOTLE⁸ y ENGAGE AF-TIMI 48,⁹ entre otros, han demostrado una ligera menor incidencia de los sangrados del SNC con los nuevos anticoagulantes en relación con los antagonistas de la vitamina K, aunque los de tipo sistémicos son similares. Una ventaja adicional de este grupo es que presentan una farmacocinética predecible con una ventana terapéutica amplia, lo cual permite no tener que realizar controles del INR, aunque sí requieren de un ajuste de la dosis en la enfermedad renal crónica.

Finalmente, la elección del tratamiento debe ser individualizada teniendo en cuenta la edad, las comorbilidades, el riesgo de sangrado y las condiciones no médicas del enfermo. Lo que sí no debe ser una opción para el médico asistencial, es no tratar al paciente. Esto ocurre continuamente en nuestro medio y otros foráneos por diferentes motivos. Respuestas como: no hay suficiente conocimiento sobre el tema, hay temor a las complicaciones hemorrágicas, no se dispone de un arsenal terapéutico suficiente, en ocasiones existen dificultades para el control del INR, etc.; son encontradas una y otra vez en las múltiples investigaciones realizadas sobre el tema. Vale la pena entonces, ampliar conocimientos, evaluar nuestra conducta y redireccionar las decisiones futuras, basándolas siempre en las evidencias científicas más rigurosas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GYH, Schotten U, Savelieva I, Van ES, et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the task force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2010;31:2369-429.
2. Hart RG, Pearce LA, McBride R, Rothbart RM, Asinger RW. Factors associated with ischemic stroke during aspirin therapy in atrial fibrillation. Analysis of 2012 participants in the SPAF I-III clinical trials. Stroke. 1999;30(6):1223-9.

3. Mant J, Hobbs FD, Fletcher K, Roalfe A, Fitzmaurice D, Lip GY, et al.; BAFTA investigators; Midland Research Practices Network (MidReC). Warfarin versus aspirin for stroke prevention in an elderly community population with atrial fibrillation (The Birmingham Atrial Fibrillation Treatment of the Aged Study, BAFTA): a randomised controlled trial. *Lancet*. 11 Ag 2007;370(9586):493-503.
4. Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. *Ann Intern Med*. 2007;146:857-67.
5. Lip GYH, Andreotti F, Fauchier L. Bleeding risk assessment and management in atrial fibrillation patients: a position document from the European Heart Rhythm Association, endorsed by the European Society of Cardiology Working Group on Thrombosis. *Europace*. 2011;13:723-46.
6. Eikelboom JW, Wallentin L, Connolly SJ, Ezekowitz M, Healey JS, Oldgren J, et al. Risk of bleeding with 2 doses of dabigatran compared with warfarin in older and younger patients with atrial fibrillation: An analysis of the randomized evaluation of long term anticoagulant therapy (RE-LY) trial. *Circulation*. 2011;123:2363-72.
7. Halperin JL, Hankey GJ, Wojdyla DM, Piccini JP, Lokhnygina Y, Patel MR, et al.; on behalf of the ROCKET AF Steering Committee and Investigators. Efficacy and safety of rivaroxaban compared with warfarin among elderly patients with nonvalvular atrial fibrillation in the ROCKET AF trial. *Circulation*. 2014;130:138-46.
8. Halvorsen S, Atar D, Yang H, de Caterina R, Erol C, Garcia D, et al. Efficacy and safety of apixaban compared with warfarin according to age for stroke prevention in atrial fibrillation: Observations from the ARISTOTLE trial. *Eur Heart J*. 2014;35:1864-72.
9. Giugliano RP, Ruff CT, Braunwald E, Murphy SA, Wiviott SD, Hal-perin JL, et al.; ENGAGE AF-TIMI 48 Investigators. Edoxaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2013;369:2093-104.

Dra. Karen Valdés Álvarez

*Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructora
Servicio de Medicina Interna
Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras"
La Habana*