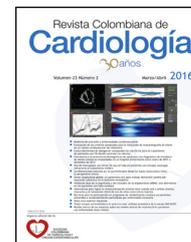




SOCIEDAD
COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA Y
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Revista Colombiana de Cardiología

www.elsevier.es/revcolcar



ARTÍCULO ESPECIAL

Prevención farmacológica de embolia por fibrilación auricular y sus escalas de riesgo de embolia y sangrado



Pharmacological prevention of embolism in atrial fibrillation and their risk scales for embolism and bleeding

Enrique Melgarejo-Rojas ^{a,b,c,d}

^a *Presidente, Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Bogotá, Colombia*

^b *Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia*

^c *Colegio Panamericano del Endotelio, Bogotá, Colombia*

^d *Comité de Electrofisiología no Invasiva, Colegio Colombiano de Electrofisiología, Bogotá, Colombia*

Recibido el 3 de octubre de 2016; aceptado el 6 de octubre de 2016

Disponible en Internet el 11 de noviembre de 2016

¿Qué se entiende por fibrilación auricular valvular?

Acorde con las Guías Europeas de fibrilación auricular de la Sociedad Europea de Cardiología –actualización 2012¹, el término “fibrilación atrial valvular” se usa para determinar aquella que está correlacionada con enfermedad reumática valvular (predominantemente estenosis mitral moderada a severa) y las válvulas protésicas mecánicas.

Escalas de riesgo de embolia

La fibrilación auricular se conoce como la arritmia del siglo XXI debido a su creciente prevalencia e incidencia, simplemente por aumento de la supervivencia y disminución de la mortalidad por causas cardiovasculares en la especie humana. Como consecuencia, en el mundo hoy existen más personas de edad avanzada que hace 50 años y por consiguiente más casos de enfermedad hipertensiva o coronaria, que a su vez son causas preponderantes para fibrilación

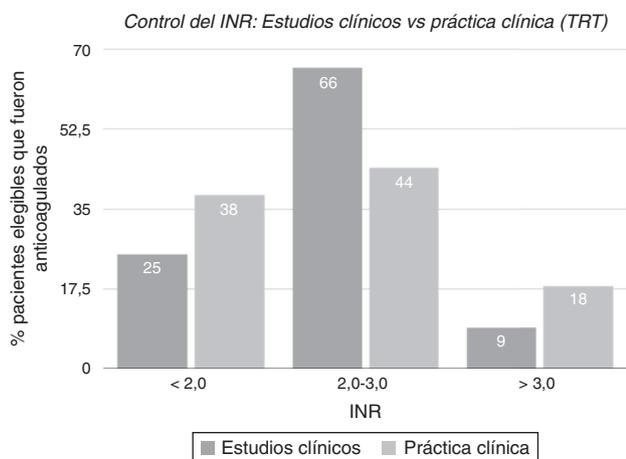
auricular por mecanismos de aumento de la presión intraauricular, fibrosis o dilatación por sobrecarga de presión o de volumen. Aunado a lo anterior, la fibrilación auricular es la arritmia –y la entidad– más generadora de cardioembolia, de ahí que todas las guías coincidan en que el manejo fundamental, el pivote de la terapéutica –independientemente de la restauración del ritmo o del control de la frecuencia cardíaca– debe ser la anticoagulación para prevenirla.

Desde hace 62 años la única alternativa para tal fin era la warfarina, con sus riesgos y complicaciones, a pesar de su efectividad. Dentro de sus inconvenientes está el temido ataque cerebro-vascular hemorrágico, lo cual creó la cultura de anticoagular con cierto “temor”, y/o utilizar antiplaquetarios con el fin de “hacer algo” en lugar de nada. La warfarina –como se verá más adelante–, inhibe tres factores de coagulación simultáneamente, que la hacen muy eficaz pero a su vez causante de mayor riesgo de sangrado y no siempre es fácil controlar su estrecho rango terapéutico, aunado a la necesidad de controles casi semanales del INR con los costos e interferencia en la calidad de vida que esto implica. En estudios controlados en los cuales hay un seguimiento estricto de los enfermos medicados con warfarina para el control óptimo del INR, el porcentaje de pacientes dentro del rango terapéutico adecuado (entre 2 y 3 del INR)

Correo electrónico: enrique.melgarejo@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2016.10.010>

0120-5633/© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Kaira L. et al. *NMJ* 2000;320:1230-1239
 Basa GP et al. *Arch inter Med* 2000;160:967-973
 Match DB et al. *Am J Med* 2002;113:4251

Figura 1 Control del INR en estudios clínicos vs. vida real.

se obtuvo en un 66%, pero en la vida real, se llegó escasamente a un 44% (fig. 1) y comparativamente, hay mayor tendencia a estar en el rango subterapéutico (riesgo de cardioembolia) que en el de sobreanticoagulación (riesgo de hemorragia). Esta es la incertidumbre de anticoagular.

Los hechos han cambiado en los últimos ocho años; ahora se cuenta con nuevos anticoagulantes no vitamina K dependientes (los denominados DOAC, su sigla en inglés por Direct Oral Anti-Coagulants) y con escalas de riesgo para tratar de predecir cardioembolia en fibrilación auricular o para calcular el riesgo de sangrado por anticoagulación, elementos que han facilitado el control de estas variables con menos incertidumbre.

Escalas de riesgo para ataque cerebro-vascular en pacientes con fibrilación auricular no valvular

Para la mayoría de quienes padecen fibrilación auricular, actualmente existen múltiples guías (europeas, NICE, canadienses, AHA/ACC, Chest Physicians, regionales y locales), que aplicadas en la vida cotidiana, todas, sin excepción, recomiendan anticoagular, pero también establecen cuando no hacerlo, como es el caso de enfermos con fibrilación auricular aislada -un evento de fibrilación auricular paroxística- en menores de 65 años, puesto que la evidencia ha mostrado "riesgo muy bajo". No obstante, existe una diferencia entre sexo y pronóstico: una mujer de 65 años o más con un factor de riesgo¹, deberá recibir anticoagulación, incluso si tiene fibrilación auricular aislada^{2,3}. Entre las escalas, a la fecha existen dos validadas: la CHADS₂ y la CHA₂DS₂-VASc.

Escala CHADS₂

Esta tiene en consideración la falla cardíaca congestiva, la hipertensión, la edad ≥ 75 , la diabetes y el ataque cerebro-vascular (doble valor) (tabla 1). Es simple, pero no incluye otros factores de riesgo para ataque cerebro-vascular y su limitación ya ha sido cuestionada y discutida, tema al cual se

Tabla 1 Puntaje de CHADS₂ y valor predictivo de acuerdo con puntaje obtenido

Pacientes (n = 1.733)	Tasa ajustada de ataque cerebro-vascular %/año. IC 95%	CHADS ₂
120	1,9 (1,2-3,0)	0
463	2,8 (2,0-3,8)	1
523	4,0 (3,1-5,1)	2
337	5,9 (4,6-7,3)	3
220	8,5 (6,3-11,1)	4
65	12,5 (8,2-17,5)	5
5	18,2 (10,5-27,4)	6

Puntaje CHADS₂

Ataque cerebro-vascular previo o ataque isquémico transitorio	2
Edad > 75 años	1
Hipertensión	1
Diabetes	1
Falla cardíaca	1

suma el que su antigüedad ya tiene dos décadas y fue aplicada en los estudios iniciales con DOAC. En estos ensayos no se consideró el impacto progresivo de la edad, y hoy día se sabe que el riesgo para ataque cerebro-vascular es más alto en la población mayor de 65 años e incrementa progresivamente a medida que lo hace la edad; adicionalmente, tampoco se tuvo en cuenta el antecedente de cualquier enfermedad vascular, que también eleva el riesgo de embolia. Así mismo, la función renal queda en el vacío ya que a mayor deterioro, mayor aumento del riesgo de sangrado⁴.

Pero obsérvese (tabla 1) que muchos enfermos clasificados como de "bajo riesgo" con el CHADS₂ (score=0) tienen una tasa de eventos de ataque cerebro-vascular de 1,9%/año, con intervalos de confianza de 1,2-3,0, es decir, hay un "gap", que puede ser importante para esa población subestimada^{5,6}. La tendencia actual es identificar enfermos de bajo riesgo real más que los de alto riesgo. Se debe ser más inclusivos que exclusivos con los factores de riesgo para ataque cerebro-vascular, si bien todo paciente con un valor de 1 o mayor deberá ser anticoagulado, principalmente con DOAC⁷.

Escala CHA₂DS₂-VASc

Esta es la escala más recomendada por todas las guías actuales, aunque ha habido propuestas de nuevos scores, como por ejemplo el SAME-TT2R2, que tiene la ventaja de tomar en consideración el tiempo dentro del rango terapéutico del INR⁸. La escala CHA₂DS₂-VASc ha sido validada en múltiples estudios y tiene la fortaleza de incluir otros factores de riesgo determinantes de riesgo para ataque cerebro-vascular⁹. En la tabla 2 se comparan las diferencias entre estas dos escalas.

El CHA₂DS₂-VASc ya ha evidenciado ser una herramienta superior para identificar "verdaderos casos de bajo riesgo"¹⁰⁻¹³ (tabla 3). Es, además, más sensible con relación a la CHADS₂^{6,14,15}.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5620461>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5620461>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)