

## Fibrilación auricular

## Escalas de evaluación del riesgo tromboembólico y hemorrágico en la fibrilación auricular

Javier Pérez-Copete<sup>a</sup>, María Asunción Esteve-Pastor<sup>a</sup>, Vanessa Roldán<sup>b</sup>, Mariano Valdés<sup>a</sup>  
y Francisco Marín<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB Arrixaca), El Palmar, Murcia, España

<sup>b</sup>Servicio de Hematología, Hospital Morales Meseguer, Murcia, España

## Palabras clave:

Fibrilación auricular  
Estratificación del riesgo  
Ictus isquémico  
Hemorragia intracraneal  
Función renal  
Biomarcadores  
CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc  
HAS-BLED  
Beneficio clínico neto

## RESUMEN

La fibrilación auricular es la arritmia cardíaca más prevalente en la población general y su presencia aumenta 5 veces el riesgo de que se produzcan fenómenos tromboembólicos. El tratamiento antitrombótico disminuye ese riesgo, pero aumenta la posibilidad de fenómenos hemorrágicos, y la hemorragia intracraneal es la complicación más temida. El riesgo no es homogéneo en todos los pacientes; por ello, en los últimos años se han desarrollado diferentes escalas de riesgo tromboembólico (las escalas CHADS<sub>2</sub>, CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc y ATRIA); la escala CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc es la recomendada por las guías de práctica clínica para optimizar la terapia antitrombótica de los pacientes con fibrilación auricular. Las mismas guías recomiendan valorar no solo el riesgo tromboembólico, sino también el hemorrágico. Se han propuesto distintos esquemas de riesgo que valoran el riesgo hemorrágico del paciente (HEMORR<sub>2</sub>HAGES, HAS-BLED, ATRIA y ORBIT), pero la escala HAS-BLED es la que recomiendan actualmente la mayoría de las guías. Con todo ello, es fundamental evaluar el beneficio clínico neto de la terapia anticoagulante, que el beneficio esperado con la terapia anticoagulante exceda el daño esperado por un posible sangrado. Sin embargo, tanto los esquemas de riesgo tromboembólico como de riesgo hemorrágico tienen un poder predictivo de eventos solo moderado. Por ello, diferentes estrategias, como el uso de los biomarcadores (dímero D, factor de von Willebrand o GDF-15), pueden ayudar en la evaluación del riesgo tromboembólico individual de los pacientes con fibrilación auricular.

## Thromboembolic and Bleeding Risk Scores in Atrial Fibrillation

## ABSTRACT

Atrial fibrillation is the most prevalent cardiac arrhythmia in the general population. Its presence increases the risk of thromboembolic events five-fold. Antithrombotic therapy reduces this risk, but increases the risk of bleeding, with intracranial bleeding being the most feared complication. However, the risk varies between patients and, as a result, various thromboembolic risk scores have been developed in recent years (e.g. the CHADS<sub>2</sub>, CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc and ATRIA scores). The CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score is recommended by clinical practice guidelines to help optimize antithrombotic therapy in patients with atrial fibrillation. In addition, these guidelines also recommend that both thromboembolic risk and the risk of bleeding should be assessed. A number of risk models have been proposed for assessing the bleeding risk in these patients (e.g. the HEMORR<sub>2</sub>HAGES, HAS-BLED, ATRIA and ORBIT-AF scores), but currently the majority of guidelines recommend the HAS-BLED score. Above all, it is essential that the net clinical benefit of antithrombotic therapy is assessed: the expected benefit of anticoagulation therapy should outweigh the expected harm caused by possible bleeding. Nevertheless, the ability of both thromboembolic and bleeding risk scores to predict clinical events is only moderate. Consequently, alternative approaches, such as the use of biomarkers (e.g. D-dimer, von Willebrand factor and GDF-15), could help evaluate the thromboembolic risk in individual patients with atrial fibrillation.

## Keywords:

Atrial fibrillation  
Risk stratification  
Ischemic stroke  
Intracranial bleeding  
Renal function  
Biomarkers  
CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc  
HAS-BLED  
Net clinical benefit

\*Autor para correspondencia: Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Ctra. Madrid-Cartagena s/n, 30120 El Palmar, Murcia, España.

Correo electrónico: fcomarino@hotmail.com (F. Marín).

## INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca más frecuente en nuestro medio, y su prevalencia en España se sitúa, según los últimos datos del estudio OFRECE<sup>1</sup>, en el 4,4% de la población mayor de 40 años. La presencia de FA se asocia con un aumento de hasta 5 veces del riesgo de ictus y eventos tromboembólicos<sup>2</sup>, con el incremento de la mortalidad y morbilidad que conlleva.

El tratamiento antitrombótico disminuye la tasa de eventos tromboembólicos, con una reducción del 64% en la tasa de ictus y un 26% en la de mortalidad en comparación con placebo<sup>3</sup>. Sin embargo, el tratamiento anticoagulante está asociado a un aumento del riesgo de complicaciones hemorrágicas; como complicación mortal, destaca el incremento de la tasa de hemorragia intracraneal. Dado que el riesgo embólico y hemorrágico no es homogéneo en todos los pacientes, es fundamental evaluar individualmente el beneficio de la reducción del riesgo tromboembólico frente al aumento del riesgo hemorrágico de los pacientes con FA y seleccionar así el inicio del tratamiento antitrombótico más adecuado.

## EVALUACIÓN DEL RIESGO TROMBOEMBÓLICO

Hay un gran número de factores que se asocian con el riesgo tromboembólico de los pacientes con FA. La combinación de estos factores de riesgo se ha utilizado para generar escalas de estratificación de riesgo tromboembólico con el objetivo inicial de identificar a los pacientes candidatos a iniciar terapia anticoagulante<sup>4,5</sup>.

La escala de riesgo CHADS<sub>2</sub> (insuficiencia cardíaca, hipertensión, edad > 75 años, diabetes mellitus e ictus [doble]) es una de las más

simples y se ha usado habitualmente para guiar la terapia antitrombótica desde que fue propuesta y validada en 2001 en los estudios AFI<sup>6</sup> y SPAF<sup>7</sup>. Esta escala CHADS<sub>2</sub> asigna 1 punto si el paciente tiene insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, edad ≥ 75 años o diabetes mellitus, y 2 puntos si hay antecedente de ictus. Así, permite clasificar artificialmente el riesgo tromboembólico en bajo (CHADS<sub>2</sub> = 0), moderado (CHADS<sub>2</sub> = 1) y alto (CHADS<sub>2</sub> ≥ 2)<sup>8</sup> (tabla 1). Sin embargo, mientras la escala CHADS<sub>2</sub> clasifica bien a los pacientes de alto riesgo, genera un gran grupo de riesgo intermedio (> 60%) y la puntuación CHADS<sub>2</sub> = 0 no identifica realmente a los pacientes que tienen bajo riesgo tromboembólico, ya que presentan una tasa anual de riesgo tromboembólico > 3,2%<sup>9</sup>. Además, no incluye otros muchos factores de riesgo que favorecen la aparición de eventos tromboembólicos. Por todo ello, en 2009 el grupo de Birmingham propuso la nueva escala de riesgo CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc (insuficiencia cardíaca, hipertensión, edad ≥ 75 años [doble], diabetes mellitus, ictus [doble], enfermedad vascular, edad 65-74 y sexo femenino), derivada de la población del *Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation*<sup>10</sup>. La escala CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc añade 3 factores de riesgo a la anterior escala: la importancia de la edad, asignando 2 puntos a los pacientes con FA y edad > 75 años y 1 punto si tiene 65-74 años; 1 punto a la presencia de enfermedad vascular (infarto de miocardio, enfermedad arterial periférica o placa aórtica complicada), y otro punto si el sexo es femenino (no puntúa si es el único factor de riesgo presente). La escala CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc se demostró mejor que la escala CHADS<sub>2</sub> en la identificación de pacientes con verdadero bajo riesgo, ya que identifica a aquellos que no se benefician de iniciar terapia anticoagulante<sup>11-14</sup>. Así, en un estudio de validación del esquema CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc en 4.670 pacientes<sup>15</sup>, la escala CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc reclasificó a los pacientes con CHADS<sub>2</sub> = 1. Un 26% de los pacientes presentaban una puntua-

**Tabla 1**  
Principales esquemas de riesgo tromboembólico y tasa anual de ictus según puntuación

CHADS <sub>2</sub>		CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc			ATRIA						
Puntuación	Tasa anual de ictus (%)	Puntuación	Tasa anual de ictus (%)	Puntuación	Tasa anual de ictus (%)	Sin ictus previo	Con ictus previo	Tasa anual de ictus según puntuación (%)			
C Insuficiencia cardíaca	1 0 1,9	C Insuficiencia cardíaca	1 0 0	Edad ≥ 85	6	9	0	0,08			
							1	0,43			
H Hipertensión arterial	1 1 2,8	H Hipertensión arterial	1 1 1,3	75-85	5	7	2	0,99			
							3	0,73			
A Edad > 75 años	1 2 4	A Edad > 75 años	2 2 2,2	65-74	3	7	4	0,64			
							5	0,99			
D Diabetes mellitus	1 3 5,9	D Diabetes mellitus	1 3 3,2	< 65	0	8	6	1,91			
							7	2,5			
S Ictus	2 4 8,5	S Ictus	2 4 4	Sexo femenino	1	1	8	3,86			
							9	4,33			
	5 12,5	V Enfermedad vascular	1 5 6,7	Diabetes mellitus	1	1	10	6,35			
							11	6,18			
Puntuación máxima	6 6 18,2	A Edad 65-75	1 6 9,8	Insuficiencia cardíaca	1	1	12	10,95			
							13	7,52			
		Sc Sexo femenino	1 7 9,6	Hipertensión	1	1	14	16,36			
							15	0			
			8 6,7	Proteinuria	1	1					
		Puntuación máxima	9 9 15,2	ERC con FG < 45 ml/min o ERT	1	1					
				Puntuación máxima	12	15					

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5620976>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5620976>

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