

PIDA65

Un acrónimo útil para decidir la anticoagulación en pacientes portadores de fibrilación auricular no valvular

ALBERTO GINIGER¹

La fibrilación auricular (FA) es la más frecuente de las arritmias cardíacas y la que genera el mayor gasto en salud. Representa desafíos médicos de los cuales el tratamiento anticoagulante es sólo uno de ellos. Esto es así debido a que según las estadísticas de Framingham la incidencia de embolia cerebral se incrementa 5,6 veces respecto de la población general. (1) Hoy se conoce que el 15% de todos los accidentes cerebrovasculares en los Estados Unidos son atribuibles a embolias provenientes de aurículas fibriladas. (2) Cuando la FA es de origen valvular, el riesgo se incrementa hasta 17 veces. (3) Por esta razón, las Sociedades de Cardiología en los Estados Unidos y en Europa (ACC/AHA/ESC) (4) y también en nuestro país (5) han desarrollado guías que señalan específicamente los riesgos y los criterios de tratamiento con aspirina o anticoagulantes a las diversas poblaciones de riesgo portadoras de FA.

La presencia de accidentes cerebrovasculares en nuestro país es del 13,7% de los pacientes con fibrilación auricular crónica. (6) El análisis de los tratamientos recibidos en el momento de producirse el fenómeno embólico demostró una tasa de uso de anticoagulación de solamente el 20,4% de los pacientes. En el momento de producirse la embolia, el 33% de los pacientes con FA crónica recibían aspirina como único tratamiento y el 46,3% no recibían ningún tipo de tratamiento.

Esto demuestra que la tasa de anticoagulación en FA en la República Argentina es notablemente baja a pesar de los esfuerzos de diversos organismos de formación médica. No ocurre sólo en nuestro país. Diversas publicaciones indican este déficit en los Estados Unidos (7) y en Europa. (8) Esto se debe a diversas circunstancias, no sólo por desconocimiento en un importante sector de la comunidad médica de las guías mencionadas sino también por temor a la presencia de hemorragias intracerebrales y dificultades de su implementación. La evaluación del tiempo de protrombina no siempre se realiza correctamente, con tromboplastina fresca, etc. También la ausencia de hematólogos si fueran necesarios, en particular en sitios alejados de los grandes centros urbanos en un país tan enorme como el nuestro colabora para subindicar este tratamiento.

Por esta razón, es evidente que un gran número de médicos prefiere reservar el tratamiento anticoagulante a los sectores de mayor riesgo embólico. En este punto debe reconocerse que existe una dificultad en aplicar un criterio rápido para identificar con precisión a estos grupos.

La experiencia indica que también existe la situación inversa, con ausencia de criterio lógico en la aplicación del tratamiento anticoagulante y en consecuencia, sobreindicación. Los centros especializados en arritmias cardíacas reciben numerosos pacientes portadores de episodios paroxísticos, jóvenes o de mediana edad y con corazón sano medicados actualmente con dicumarínicos o warfarina en quienes las guías correspondientes ubican a esta terapéutica en clase III (no indicada).

CUÁLES SON LOS GRUPOS DE MAYOR RIESGO EMBÓLICO

Se han realizado diversos metaanálisis para identificar a estos pacientes. Por citar sólo alguno de los trabajos, en el SPAF (9) se observa que el riesgo embólico se incrementa con la edad y se estima en 1,8 vez por década de vida, 1,6 en mujeres, 2 veces si hay historia de hipertensión arterial y casi 3 veces en quienes ya han experimentado un episodio, aunque transitorio, de isquemia cerebral. De acuerdo con estos estudios, pacientes de bajo riesgo son los menores de 75 años, sin historia de accidentes cerebrovasculares, normotensos y con buena función ventricular. (7)

En un esfuerzo por conocer a los pacientes de bajo riesgo embólico que se puedan tratar exclusivamente con aspirina se creó un algoritmo (10) que incluye aquellos casos sin antecedentes isquémicos cerebrales, normotensos (incluidos los tratados), sin antecedentes de angina de pecho o de infarto de miocardio ni de diabetes. Estos criterios aplicados al 24% de 2.501 pacientes de seis estudios clínicos incorporaban el 16% de pacientes menores de 75 años. El riesgo en ellos, sin recibir anticoagulación oral, fue de 1,1 eventos cada 100 pacientes/año.

Las guías internacionales mencionadas, así como el Consenso de la Sociedad Argentina de Cardiología,

¹ Jefe de Electrofisiología y Arritmias Cardíacas
Instituto Cardiovascular de Buenos Aires
giniger@fibertel.com.ar

basan su clasificación de riesgo en un esquema en el que se consideran la edad y otras condiciones predisponentes a la embolia cerebral. El riesgo bajo se define como la ausencia de factores de riesgo, moderado en una edad entre 65 y 75 años, diabéticos o coronarios y alto en mayores de 75 años, hipertensos, con mala función ventricular, valvulares o con embolia previa. En ese caso, el tratamiento anticoagulante llevando los valores de RIN entre 2 y 3 está sin duda indicado.

Un estudio estadounidense, mediante la utilización de la base de datos del sistema de salud Medicare, (11) mostró que con la inclusión como factores de riesgo la hipertensión arterial, la falla de bomba, la diabetes, el accidente cerebrovascular (duplicando el valor estadístico de este ítem) y la edad se podría conocer con bastante precisión el riesgo de un nuevo episodio isquémico cerebral. Para ello incluyeron 2.121 pacientes/año en seguimiento. A cada factor de riesgo mencionado se le otorgó un puntaje (*score*) de 1 salvo al accidente cerebrovascular que recibió un puntaje de 2.

Así, la ausencia de estos factores representa un riesgo del 1,9%. Si se incluyen pacientes con un puntaje de 3, el riesgo se incrementa a 5,9%. Frente a un puntaje de 5 el riesgo es del 12,5% y si es de 6 sube al 18,5%.

La aplicación de esta regla nemotécnica –acrónimo– en nuestro país (que se puede bautizar como **PIDA65**, hipertensión, insuficiencia cardíaca, diabetes, accidente cerebrovascular y edad mayor de 65 años) permite por un lado evitar una sobreindicación de anticoagulantes (dicumarínicos o warfarina) con los riesgos que esto implica frente a traumatismos, derrames espontáneos, sangrados, particularmente frente a las dificultades ya descritas en nuestro país para un buen diagnóstico del tiempo de protrombina. Por otro lado, hace más sencillo recordar qué pacientes portadores de FA no valvular deben tratarse. De tal modo, quien no presenta ninguna de las letras de este acrónimo no debe anticoagularse y, a medida que se agregan las letras, aumenta el riesgo de accidente isquémico cerebral. Una vez individualizado al paciente, otros elementos particulares como hipertiroidismo, enfermedad coronaria, patología arterial periférica, tamaño auricular izquierdo y otros deben, lógicamente, evaluarse para cada caso en particular.

P Hipertensión arterial

I Insuficiencia cardíaca

D Diabetes

A Accidente cerebrovascular previo

65 Mayor de 65 años

Estudios recientes como el AFFIRM (12) mostraron la magnitud de este problema, que involucró a 4.060 pacientes mayores de 65 años con fibrilación auricular y al menos un factor de riesgo sin contraindicaciones para el uso de anticoagulantes. En esta investigación se observó que se presentaban menos muertes con la estrategia de control de la frecuencia

cardíaca que con el control del ritmo (310 de 2.027 pacientes *versus* 356 de 2.033). Aquí el dato más interesante es la presencia de 113 de 157 pacientes (72%) que presentaron accidentes cerebrovasculares por haber suspendido la anticoagulación o por estar en rangos subterapéuticos. Esto demuestra que la anticoagulación, cuando está indicada, debe continuarse independientemente de que se controlen la respuesta ventricular o el ritmo cardíaco.

Nuevos anticoagulantes que permitan un control hematológico menor, como el inhibidor trombínico ximelagatrán publicado recientemente, (13) quizá puedan incluirse en un futuro en estudios multicéntricos y evaluar el uso de este acrónimo para el manejo más simple de la anticoagulación en los pacientes portadores de fibrilación auricular.

PIDA65 puede transformarse así en una herramienta de uso simple para subclasificar a pacientes de riesgo embólico en fibrilación auricular no valvular y pretende colaborar con el médico clínico en la decisión de administrar anticoagulantes. No se le debe atribuir más que un valor eminentemente práctico. La decisión, en última instancia, debe personalizarse para cada paciente en forma individual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kannel WB, Abbott RD, Savage DD, McNamara PM. Epidemiologic features of chronic atrial fibrillation: the Framingham study. *N Engl J Med* 1982;306:1018-22.
2. Kempster PA, Gerraty RP, Gates PC. Asymptomatic cerebral infarction in patients with chronic atrial fibrillation. *Stroke* 1988;19:955-7.
3. Wolf PA, Dawber TR, Thomas HE Jr, Kannel WB. Epidemiologic assessment of chronic atrial fibrillation and risk of stroke: the Framingham study. *Neurology* 1978;28:973-7.
4. Fuster V, Ryden LE, Asinger RW, Cannom DS, Crijns HJ, Frye RL, et al; American College of Cardiology/American Heart Association/European Society of Cardiology Board. ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: executive summary. A Report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines and Policy Conferences Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation): developed in Collaboration With the North American Society of Pacing and Electrophysiology. *J Am Coll Cardiol* 2001;38:1231-66.
5. Consenso de la Sociedad Argentina de Cardiología para el Tratamiento de Fibrilación Auricular (en prensa). Presentado durante el XXX Congreso Argentino de Cardiología 2003.
6. Molina Viamonte V, Di Toro D, Cragolino R, Sansalone R, Chiminel F, Villamil A, en representación de los Investigadores del Primer Estudio Nacional, Multicéntrico y Prospectivo de Fibrilación Auricular Crónica en la República Argentina y del Área de Investigación de la Sociedad Argentina de Cardiología. Resultados del Primer Estudio Nacional, Multicéntrico y Prospectivo de Fibrilación Auricular Crónica en la República Argentina. *Rev Argent Cardiol* 2001;69:49-67.
7. Go AS, Hylek EM, Borowsky LH, Phillips KA, Selby JV, Singer DE. Warfarin use among ambulatory patients with nonvalvular atrial fibrillation: the anticoagulation and risk factors in atrial fibrillation (ATRIA) study. *Ann Intern Med* 1999;131:927-34.
8. Vázquez Ruiz de Castroviejo E, Martín Rubio A, Pousibet Sanfelix

- H, Lozano Cabezas C, Guzmán Herrera M, Tarabini Castellani A, et al. The use of anticoagulant treatment in patients with nonrheumatic atrial fibrillation. *Rev Esp Cardiol* 2000;53:200-4.
9. 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. The Stroke Prevention in Atrial Fibrillation (SPAF) Investigators. *Stroke* 1999;30:1223-9.
10. van Walraven C, Hart RG, Wells GA, Petersen P, Koudstaal PJ, Gullov AL, et al. A clinical prediction rule to identify patients with atrial fibrillation and a low risk for stroke while taking aspirin. *Arch Intern Med* 2003;163:936-43.
11. Gage BF, Waterman AD, Shannon W, Boechler M, Rich MW, Radford MJ. Validation of clinical classification schemes for predicting stroke: results from the National Registry of Atrial Fibrillation. *JAMA* 2001;285:2864-70.
12. Wyse DG, Waldo AL, DiMarco JP, Domanski MJ, Rosenberg Y, Schron EB, et al; Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) Investigators. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2002;347:1825-33.
13. Olsson SB; Executive Steering Committee on behalf of the SPORTIF III Investigators. Stroke prevention with the oral direct thrombin inhibitor ximelagatran compared with warfarin in patients with non-valvular atrial fibrillation (SPORTIF III): randomised controlled trial. *Lancet* 2003;362:1691-8.