

Efectividad de la anticoagulación oral en la fibrilación auricular no valvular según el score CHA₂DS₂-VASC en pacientes con riesgo embólico bajo-intermedio

Effectiveness of Oral Anticoagulation in Nonvalvular Atrial Fibrillation According to CHA₂DS₂-VASC Score in Patients With Low-Moderate Embolic Risk

Sra. Editora:

Las recientes guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología en el manejo de la fibrilación auricular¹ han introducido un nuevo esquema de estratificación de riesgo embólico, CHA₂DS₂-VASC, que asigna 1 punto a insuficiencia cardíaca (o disfunción ventricular izquierda), hipertensión, diabetes, edad 65-74 años, sexo femenino y enfermedad vascular (infarto previo, enfermedad arterial periférica o ateroma aórtico) y 2 puntos a la historia de ictus/accidente isquémico transitorio/tromboembolia previos o edad ≥ 75 años. Estas guías recomiendan que los pacientes con riesgo bajo-intermedio (valores del score CHADS₂ 0-1) deben ser estratificados según el nuevo esquema, y si su valor es ≥ 2 , deben ser tratados con anticoagulación oral (ACO), si es 1 pueden ser tratados con ACO (opción preferida) o ácido acetilsalicílico, y si es 0, con ácido acetilsalicílico o ningún tratamiento antitrombótico (opción preferida).

Nuestro objetivo es evaluar la efectividad de la ACO según el score CHA₂DS₂-VASC en una cohorte de pacientes de la práctica clínica diaria con fibrilación auricular no valvular (FANV) y score CHADS₂ 0-1. Del 1 de febrero de 2000 al 31 de julio de 2003, se siguió prospectivamente a todos los pacientes consecutivos con FANV permanente atendidos en dos consultas de cardiología, y se registró la aparición de ictus isquémico (déficit neurológico agudo de más 24 h de duración, con prueba de neuroimagen compatible y confirmado por un neurólogo), embolia periférica, sangrado severo (que precisara transfusión o ingreso hospitalario) y mortalidad. La ACO fue prescrita según un protocolo basado en las recomendaciones vigentes de las sociedades científicas^{2,3}. Se investigó en cada paciente la presencia de factores de riesgo cardioembólicos (FRCE) —edad avanzada (≥ 75 años), hipertensión arterial, diabetes mellitus, evento cardioembólico previo, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, dilatación auricular izquierda y disfunción ventricular izquierda— y contraindicaciones absolutas para la ACO. Se registraron también datos demográficos y clínicos basales. A los pacientes sin FRCE o con contraindicación absoluta para la anticoagulación, se les indicó tratamiento con ácido acetilsalicílico, antiagregantes o ningún tratamiento antitrombótico. A aquellos sin contraindicación absoluta, si tenían 2 o más FRCE, se les ofreció ACO y si sólo tenían un FRCE, se dejó la decisión al cardiólogo responsable. Los scores CHADS₂ y CHA₂DS₂-VASC se calcularon con los datos de la visita inicial. Todas las variables precisas para su estimación habían sido recogidas prospectivamente en el protocolo inicial, excepto la arteriopatía periférica y ateroma aórtico, que se obtuvieron retrospectivamente, tras revisar las historias clínicas. Se incluyó en el presente análisis a todos los sujetos con score CHADS₂ 0-1, en total 352 pacientes (media de edad, 70 \pm 8 años; el 51% varones). La ACO se prescribió a 234 pacientes (66%) y, del resto, 106 recibieron antiplaquetarios (90%). El score CHA₂DS₂-VASC fue 0 en 14 pacientes (4%), 1 en 73 (21%) y ≥ 2 en 265 (75%). Tras 2,4 \pm 1,9 años de seguimiento (sólo 3 pacientes perdidos, 889 pacientes-año de observación), ocurrieron 8 ictus, 0 embolias periféricas, 9 hemorragias severas y 20 muertes. Para valores de CHA₂DS₂-VASC ≥ 2 , se encontró una tasa significativamente menor de eventos embólicos y de mortalidad total en pacientes anticoagulados que en el resto de la serie, sin diferencias significativas en la tasa de hemorragias severas. Sin embargo, no observamos eventos embólicos en ninguno de los pacientes con valores del score de 0 o 1, sin diferencias significativas en la tasa de hemorragias severas ni en la mortalidad (tabla 1).

Aunque las guías dan un grado de evidencia A (datos derivados de múltiples ensayos clínicos aleatorizados o metaanálisis) a la prescripción de ACO en pacientes con CHA₂DS₂-VASC ≥ 1 , hasta donde sabemos no existe ni un solo ensayo que haya evaluado este score en el contexto de una comparación entre ACO y antiplaquetarios. Los únicos artículos que describen la incidencia de eventos embólicos en pacientes con FANV y CHA₂DS₂-VASC ≥ 1 provienen de dos estudios: uno de ellos observacional, basado en la cohorte del EuroHeart Survey for Atrial Fibrillation en pacientes no anticoagulados⁴, y el otro un análisis *post-hoc* de los pacientes anticoagulados⁵ incluidos en dos ensayos clínicos que compararon ACO y ximelagatrán. En el primero, se observó 1 evento embólico en 164 pacientes no anticoagulados seguidos durante 1 año (0,6/100 pacientes-año), y en el segundo, 3 eventos en 653 pacientes-año anticoagulados (0,46/100 pacientes-año), sin

Tabla 1

Tasas de eventos en pacientes anticoagulados y no anticoagulados de nuestra serie, según el riesgo embólico evaluado por medio del score CHA₂DS₂-VASC

	Total de la serie	Anticoagulados	No anticoagulados	p
<i>Ictus isquémico</i>				
CHA ₂ DS ₂ -VASC = 0	0/36 (0)	0/16 (0)	0/20 (0)	0,99
CHA ₂ DS ₂ -VASC = 1	0/164 (0)	0/80 (0)	0/84 (0)	0,99
CHA ₂ DS ₂ -VASC ≥ 2	8/689 (1,16)	3/514 (0,61)	5/175 (2,99)	0,03
Total	8/889 (0,90)	3/610 (0,49)	5/279 (1,79)	0,12
<i>Hemorragias severas</i>				
CHA ₂ DS ₂ -VASC = 0	0/36 (0)	0/16 (0)	0/20 (0)	0,99
CHA ₂ DS ₂ -VASC = 1	1/164 (0,59)	0/80 (0)	1/84 (1,32)	0,99
CHA ₂ DS ₂ -VASC ≥ 2	8/689 (1,16)	7/514 (1,43)	1/175 (0,6)	0,69
Total	9/889 (1,01)	7/610 (1,15)	2/279 (0,72)	0,73
<i>Mortalidad total</i>				
CHA ₂ DS ₂ -VASC = 0	0/36 (0)	0/16 (0)	0/20 (0)	0,99
CHA ₂ DS ₂ -VASC = 1	2/164 (1,22)	0/80 (0)	2/84 (2,38)	0,5
CHA ₂ DS ₂ -VASC ≥ 2	18/689 (2,61)	7/514 (1,36)	11/175 (6,29)	0,001
Total	20/889 (2,25)	7/610 (1,15)	13/279 (4,66)	0,002

Los datos expresan n/N (%): número de pacientes con al menos un evento de los citados/total de pacientes-año de observación en cada subgrupo (tasa de eventos por 100 pacientes-año).

que se describan las tasas de hemorragia. Nuestros resultados, aun con la limitación del reducido número de pacientes, confirman el beneficio de la ACO en pacientes de la práctica clínica diaria con FANV y *score* CHA₂DS₂-VASC ≥ 2 , pero no en aquellos con *score* CHA₂DS₂-VASC de 1. En nuestra opinión, el beneficio de anticoagular a estos es dudoso y, en todo caso, pequeño.

Martín Ruiz-Ortiz*, Elías Romo, Dolores Mesa, Mónica Delgado, Cristina López-Ibáñez y José Suárez de Lezo

Servicio de Cardiología, Hospital Reina Sofía, Córdoba, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: maruor@gmail.com (M. Ruiz-Ortiz).

On-line el 12 de agosto de 2011

BIBLIOGRAFÍA

1. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, Schotten U, Savelieva I, Ernst S, et al. Guías de práctica clínica para el manejo de la fibrilación auricular. 2.^a ed. corregida 8 de abril de 2011. Rev Esp Cardiol. 2010;63:1483.e1-83.
2. Ruiz Ortiz M, Romo Peñas E, Franco Zapata M, Mesa Rubio D, Anguita Sánchez M, Delgado Ortega M, et al. Anticoagulación oral en la fibrilación auricular no valvular: ¿son efectivas y seguras las recomendaciones científicas en la práctica clínica diaria? Rev Esp Cardiol. 2006;59:688-95.
3. Ruiz Ortiz M, Romo E, Mesa D, Delgado M, Anguita M, Castillo JC, et al. Oral anticoagulation in nonvalvular atrial fibrillation in clinical practice: impact of CHADS₂ score on outcome. Cardiology. 2010;115:200-4.
4. Lip GY, Nieuwlaet R, Pisters R, Lane DA, Crijns HJ. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the Euro Heart Survey on atrial fibrillation. Chest. 2010;137:263-72.
5. Lip GY, Frison L, Halperin J, Lane D. Identifying patients at risk of stroke despite anticoagulation. Stroke. 2010;41:2731-8.

doi: 10.1016/j.recesp.2011.05.021

Variante maligna del origen de la coronaria derecha

High Risk Anomalous Origin of the Right Coronary Artery

Sra. Editora:

Presentamos el caso de una mujer de 31 años de edad, natural de Colombia, sin factores de riesgo cardiovascular ni antecedentes médicos de interés, que es remitida a su cardiólogo de zona por dolor torácico opresivo de posible origen coronario, en relación con los esfuerzos y de 5 años de evolución. En la exploración física no hay hallazgos patológicos de interés. Las pruebas complementarias

muestran un ECG en ritmo sinusal a 50 lpm, sin alteraciones de la repolarización; una radiografía de tórax normal y ecocardiograma transtorácico con un ventrículo izquierdo de tamaño y función conservados, sin alteraciones en la contractilidad general y segmentaria. Se solicitó una prueba de esfuerzo máxima según protocolo Bruce, que resultó en clínica positiva y eléctrica negativa para cardiopatía isquémica.

Con estos hallazgos y dada la baja probabilidad de cardiopatía isquémica que presentaba la paciente, se solicitó una angiografía mediante tomografía computarizada (TC) cardíaca. Esta es la modalidad no invasiva de diagnóstico por la imagen anatómica que permite la evaluación de las arterias coronarias y la caracterización

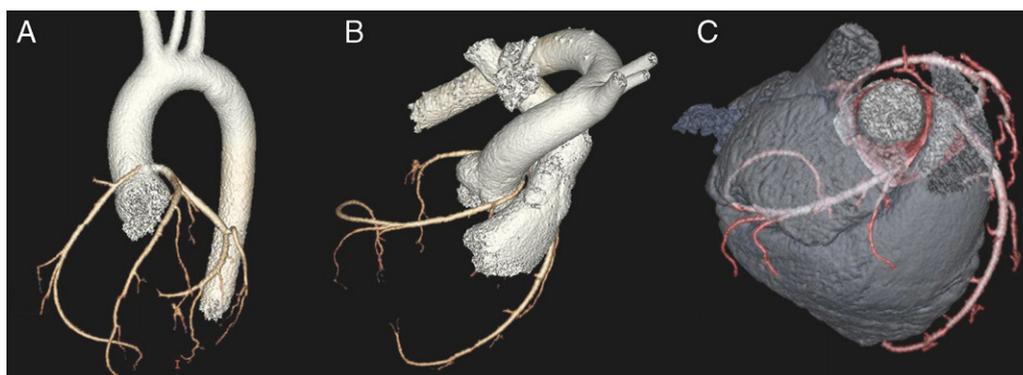


Figura 1. Tomografía computarizada coronaria multidetector de 64 cortes (adquisición prospectiva) con reconstrucción volumétrica: coronaria derecha con origen anómalo en el seno de Valsalva izquierdo, calibre disminuido y recorrido interarterial.

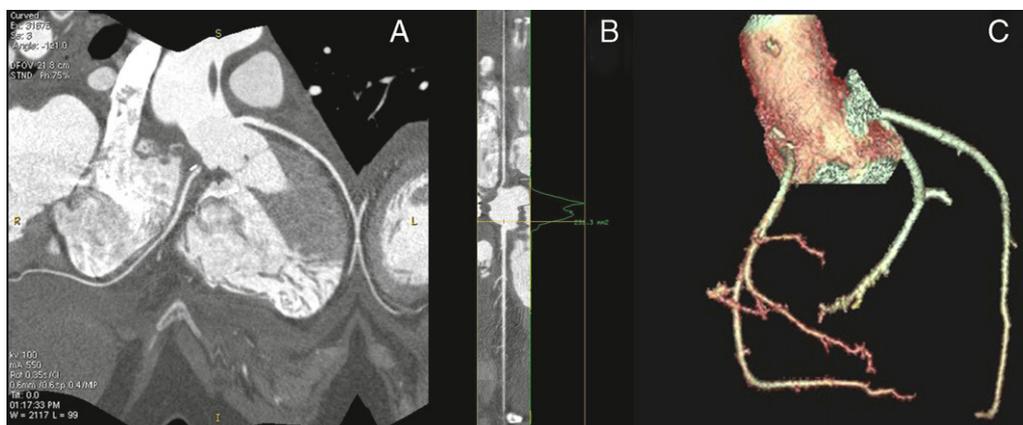


Figura 2. Coronaria derecha reimplantada en el seno no coronario, sin estenosis residuales.