

Avances en anticoagulación oral: papel del rivaroxabán

Introducción

Introduction

Antoni Martínez-Rubio*

Departamento de Cardiología, Hospital de Sabadell, Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell, Barcelona, España

La fibrilación auricular (FA) es una arritmia que se caracteriza por la actividad eléctrica caótica (desorganizada y rápida) de las aurículas. Esta origina una asincronía de la contracción de las fibras miocárdicas auriculares. Así pues, se pierde la fuerza contráctil de la aurícula para llenar el ventrículo (disminuye la fracción de eyección del ventrículo) y se produce cierta estasis sanguínea en las aurículas, con flujos turbulentos que favorecen la coagulación y la tromboembolia.

De ello se deduce que esta arritmia incrementa la mortalidad y la morbilidad de las personas. Además, desde el punto de vista clínico, diversos estudios epidemiológicos han demostrado que la FA multiplica aproximadamente por 2-6 veces la probabilidad de sufrir un ictus y por 1,5-2,2 veces la mortalidad¹⁻³. Asimismo, los ictus por FA también causan un elevado grado de discapacidad^{4,5} y mayor tendencia a la recurrencia⁶ que la observada en pacientes sin FA. Así pues, su correcto manejo es de crucial importancia para cualquier sociedad y todo sistema sanitario.

Esta arritmia afecta a un 1-2% de la población, y se constata un claro incremento de incidencia y prevalencia en relación con la edad⁷. Asimismo, la FA es el principal motivo de anticoagulación (el 47% de los pacientes atendidos en unidades de coagulación de servicios de hematología) en España⁸.

La alta prevalencia y su morbilidad y mortalidad han hecho que las principales sociedades de cardiología publiquen guías de práctica clínica para el manejo de esta enfermedad^{9,10}. Además, las estimaciones hacen presuponer un aumento de su prevalencia, con cifras que, como mínimo, van a duplicar las actuales durante los próximos 40 años^{2,11}. Por lo tanto, la FA supone un reto tanto para los pacientes como para los médicos y los gestores sanitarios.

Como la FA supone riesgo para el paciente, parece lógico utilizar estrategias antiarrítmicas que impidan el desarrollo o la recidiva de la arritmia. Esta sería, en teoría, la mejor estrategia antitrombótica. Así, se dispone de fármacos antiarrítmicos, técnicas de ablación (con catéter y quirúrgicas) y otras medidas preventivas. Se debe mencionar algunos hechos que clarifican el contexto en que se encuentran tanto el paciente como el médico que lo atiende:

- Los fármacos antiarrítmicos actuales no son capaces de revertir o prevenir los episodios de FA en la mayoría de los pacientes.
- Se dispone de pocos antiarrítmicos aprobados para el uso clínico en pacientes con FA.
- Estos fármacos pueden tener efectos proarrítmicos (potencialmente mortales).
- Las técnicas de ablación quirúrgica de la FA sólo son aplicables a los pacientes que se sometan a cirugía cardíaca por otros motivos. Por

lo tanto, se pueden utilizar en muy pocas personas y con el evidente riesgo quirúrgico.

- Los resultados obtenidos con las técnicas de ablación con catéter han mejorado en los últimos años, pero no son de acceso universal para todos los pacientes con FA, conllevan riesgo de complicaciones graves durante el procedimiento y no puede predecirse qué pacientes sufrirán recidivas de FA ni cuándo.

Las medidas terapéuticas de la FA se centran en dos objetivos estratégicos: *a)* reducir/eliminar los síntomas, y *b)* evitar las complicaciones de la FA. Por ello, y teniendo en cuenta la imperfección de nuestras estrategias antiarrítmicas, los motivos mencionados clarifican la necesidad de utilizar un tratamiento antitrombótico en la gran mayoría de las personas con FA. Asimismo, para evitar las complicaciones de la FA, se debe controlar la respuesta ventricular media y tratar apropiadamente la enfermedad concomitante (hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, etc.).

En esta monografía se revisan:

- La epidemiología de la FA, con énfasis en los datos españoles, lo que permite una visión local de la afección.
- Los criterios actuales de valoración del riesgo tromboembólico y hemorrágico, para poder hacer una estimación del balance riesgo/beneficio de la enfermedad y de su tratamiento anticoagulante.
- El tratamiento en fase aguda de la FA. Este capítulo hace énfasis en las medidas de estratificación de riesgo y tratamiento en los servicios de atención urgente al paciente.
- El tratamiento farmacológico con fármacos antiarrítmicos en fase no aguda; es decir, se revisan las posibilidades de mejoría a largo plazo con fármacos antiarrítmicos y las diferentes estrategias de manejo.
- El tratamiento no farmacológico en fase no aguda. Se revisan las técnicas de ablación por catéter y sus resultados y complicaciones actuales. Se analizan, pues, las posibilidades actuales de estrategias dirigidas eminentemente a un fin curativo de la FA.
- Bien conocidas las limitaciones con el tratamiento anticoagulante con dicumarínicos, se han diseñado nuevos fármacos para la tromboprofilaxis. El primer fármaco de los diseñados para bloquear el factor Xa de la cascada de la coagulación del que tenemos amplios datos es rivaroxabán. El último capítulo de esta monografía está dedicado a los resultados del estudio ROCKET-AF con este nuevo anticoagulante oral para la prevención del ictus y la embolia periférica en pacientes con FA no valvular¹².

*Autor para correspondencia: Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Sabadell, Parc Taulí s/n, 08208 Sabadell, Barcelona, España.

Correo electrónico: 22917amr@comb.cat (A. Martínez-Rubio).

Así pues, esta monografía describe la epidemiología de la FA en nuestro medio y las posibilidades modernas de tratamiento antiarrítmico y antitrombótico.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Atrial Fibrillation Investigators. Risk factors for stroke and efficacy of antithrombotic therapy in atrial fibrillation. Analysis of pooled data from five randomized controlled trials. *Arch Intern Med.* 1994;154:1449-57.
2. Go AS, Hylek EM, Phillips KA, Chang Y, Henault LE, Selby JV, et al. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: The Anticoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) study. *JAMA.* 2001;285:2370-5.
3. Gladstone DJ, Bui E, Fang J, Laupacis A, Lindsay MP, Tu JV, et al. Potentially preventable strokes in high-risk patients with atrial fibrillation who are not adequately anticoagulated. *Stroke.* 2009;40:235-40.
4. Lin HJ, Wolf PA, Kelly-Hayes M, Beiser AS, Kase CS, Benjamin EJ, et al. Stroke severity in atrial fibrillation. The Framingham Study. *Stroke.* 1996;27:1760-4.
5. Kelly-Hayes M, Beiser A, Kase CS, Scaramucci A, D'Agostino RB, Wolf PA. The influence of gender and age on disability following ischemic stroke: the Framingham study. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2003;12:119-26.
6. Marini C, De Santis F, Sacco S, Russo T, Olivieri L, Totaro R, et al. Contribution of atrial fibrillation to incidence and outcome of ischemic stroke: results from a population-based study. *Stroke.* 2005;36:1115-9.
7. Barrios V, Calderón A, Escobar C, De la Figuera M; en representación del Grupo de Atención Primaria de la sección de Cardiología Clínica de la Sociedad Española de Cardiología. Pacientes con fibrilación auricular asistidos en consultas de atención primaria. Estudio Val-FAAP. *Rev Esp Cardiol.* 2012;65:47-53.
8. Navarro JL, Cesar JM, Fernández MA, Fontcuberta J, Reverter JC, Gol-Freixa J. Morbilidad y mortalidad en pacientes con tratamiento anticoagulante oral. *Rev Esp Cardiol.* 2007;60:1226-32.
9. Camm JA, Kirchhof P, Lip GYH, Schotten U, Savelieva I, Ernst S, et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation. *Eur Heart J.* 2010;31:2369-429.
10. Fuster V, Rydén LE, Cannom DS, Crijns HJ, Curtis AB, Ellenbogen KA, et al. 2011 ACCF/AHA/HRS focused updates incorporated into the ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines developed in partnership with the European Society of Cardiology and in collaboration with the European Heart Rhythm Association and the Heart Rhythm Society. *J Am Coll Cardiol.* 2011;57:e101-98.
11. Miyasaka Y, Barnes ME, Gersh BJ, Cha SS, Bailey KR, Abhayaratna WP, et al. Secular trends in incidence of atrial fibrillation in Olmsted County, Minnesota, 1980 to 2000, and implications on the projections for future prevalence. *Circulation.* 2006;114:119-25.
12. Patel MR, Mahaffey KW, Garg J, Pan G, Singer DE, Hacke W, et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2011;365:883-91.