

Eva Pueo^{a,*}, Bieito Campos^a, Manuel Anguita^b y Fernando Worner^a

^aServicio de Cardiología, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, IRBLLEIDA, Lleida, España

^bServicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: epueocrespo@yahoo.es (E. Pueo).

On-line el 3 de abril de 2014

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrios V, Escobar C, Calderón A, Rodríguez Roca GC, Llisterri JL, Polo García J. Uso del tratamiento antitrombótico según la escala CHA₂DS₂-VASc en los pacientes con fibrilación auricular en atención primaria. Rev Esp Cardiol. 2014;67:150-1.

2. Olesen J, Lip G, Lindhardsen J, Lane D, Ahlehoff O, Hansen M, et al. Risk of thromboembolism and bleeding with thromboprophylaxis in patients with atrial fibrillation: A net clinical benefit analysis using a «real world» nationwide cohort study. Thromb Haemost. 2011;106:739-49.
3. Anguita M, Worner F, Doménech P, Marín F, Ortigosa J, Pérez-Villacastín J, et al. Nuevas evidencias, nuevas controversias: análisis crítico de la guía de práctica clínica sobre fibrilación auricular 2010 de la Sociedad Europea de Cardiología. Rev Esp Cardiol. 2012;65:7-13.
4. Coppens M, Eikelboom J, Hart R, Yusuf S, Lip G, Dorian P, et al. The CHA₂DS₂-VASc score identifies those patients with atrial fibrillation and a CHADS₂ score of 1 who are unlikely to benefit from oral anticoagulant therapy. Eur Heart J. 2013; 34:170-6.

VÉASE CONTENIDOS RELACIONADOS:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.07.010>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.01.010>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.01.006>

¿La clasificación CHA₂DS₂-VASc selecciona a los pacientes que más van a beneficiarse de la anticoagulación? Respuesta



Does CHA₂DS₂-VASc Score Select Patients Who Will Benefit Most From Anticoagulation? Response

Sra. Editora:

Nos gustaría agradecer el interés mostrado por Pueo et al. por nuestro artículo publicado en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA. Estamos de acuerdo con los autores en que una de las principales conclusiones de nuestro estudio es que en España el tratamiento antitrombótico no se realiza de manera adecuada¹. En este sentido, la simplificación del algoritmo para decidir la anticoagulación de pacientes con fibrilación auricular no valvular nos parece, en principio, acertada, ya que va a facilitar que el tratamiento antitrombótico se realice de manera más adecuada.

Sin embargo, pensamos que es necesario realizar varias consideraciones acerca de las escalas de riesgo y los algoritmos de tratamiento. En primer lugar, habría que establecer con mayor claridad cuándo el paciente tiene un riesgo de ictus suficientemente elevado para justificar la anticoagulación. Por ejemplo, el riesgo anual de ictus de los pacientes con CHADS₂ y CHA₂DS₂-VASc = 1 es del 2,8 y el 1,3% respectivamente, y cuando la puntuación es 2, el riesgo es del 4,0 y el 2,2%^{2,3}. Es decir, que el riesgo de ictus de un paciente con CHADS₂ = 1 es mayor que con CHA₂DS₂-VASc = 2^{4,5}.

Por otra parte, la mayoría de las variables incluidas en ambas escalas son continuas y, sin embargo, se presentan como dicotómicas, lo que, si bien facilita su aplicación, disminuye en gran medida su valor predictivo. Por ejemplo, aunque la puntuación que se otorga es la misma, es lógico pensar que no tiene el mismo riesgo de ictus un paciente de 74 años que otro de 65. De hecho, según el esquema propuesto por los autores, sin tener ningún otro factor de riesgo trombotico asociado, un paciente de 74 años y 11 meses no tendrá indicación de anticoagulación, pero 1 mes después indiscutiblemente habría que anticoagularlo. Igualmente, se deberá considerar hipertenso al paciente con una presión arterial sistólica persistente en 141 mmHg, pero no a otro con 139 mmHg y, sin embargo, el riesgo de ictus debe de ser muy parecido. Del mismo modo, no tendrá el mismo riesgo de ictus un diabético de 15 años de evolución y en tratamiento con insulina que un diabético recién diagnosticado tratado solo con un fármaco, aunque en ambos casos la puntuación será la misma. Y lo mismo se podría plantear para el resto de las variables.

Finalmente, considerar únicamente las contraindicaciones de la anticoagulación parece demasiado simplista. Sería mejor considerar las situaciones que incrementan el riesgo de sangrado, cuantificar ese riesgo y compararlo con el riesgo de ictus⁶.

En consecuencia, y teniendo en cuenta la era tecnológica en que vivimos, sería mucho mejor analizar nuevamente las bases de datos sobre las que se realizaron estas escalas, pero debería hacerse tomando el valor real de la variable, evaluando el riesgo de ictus y de sangrado, y después realizar una aplicación informática que permita un cálculo exacto del riesgo de ictus y sangrado. Probablemente la valoración sería igual de rápida que emplear una escala excesivamente simplificada, pero sin duda sería mucho más exacta, realista y beneficiosa.

Vivencio Barrios^{a,*} y Carlos Escobar^b

^aServicio de Cardiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^bServicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: vivencio.barrios@gmail.com (V. Barrios).

On-line el 3 de abril de 2014

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrios V, Escobar C, Calderón A, Rodríguez Roca GC, Llisterri JL, Polo García J. Uso del tratamiento antitrombótico según la escala CHA₂DS₂-VASc en los pacientes con fibrilación auricular en atención primaria. Rev Esp Cardiol. 2014; 67:150-1.
2. Gage BF, Waterman AD, Shannon W, Boehler 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.
3. 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.
4. 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. Rev Esp Cardiol. 2010;63:1483. e1-83.
5. Camm AJ, Lip GY, Caterina RD, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, et al. Actualización de las guías de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el manejo de la fibrilación auricular de 2010 Elaborada en colaboración con la Asociación Europea del Ritmo Cardíaco. Rev Esp Cardiol. 2013;66:54. e1-54.
6. Pisters R, Lane DA, Nieuwlaet R, De Vos CB, Crijns HJ, Lip GY. A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess one-year risk of major bleeding in atrial fibrillation patients: The Euro Heart Survey. Chest. 2010;138:1093-100.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.01.006>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.01.010>