

**Riesgo embólico dinámico asociado con la edad en pacientes con fibrilación auricular no valvular**



**Age-related dynamic embolic risk in patients with nonvalvular atrial fibrillation**

**Sr. Editor:**

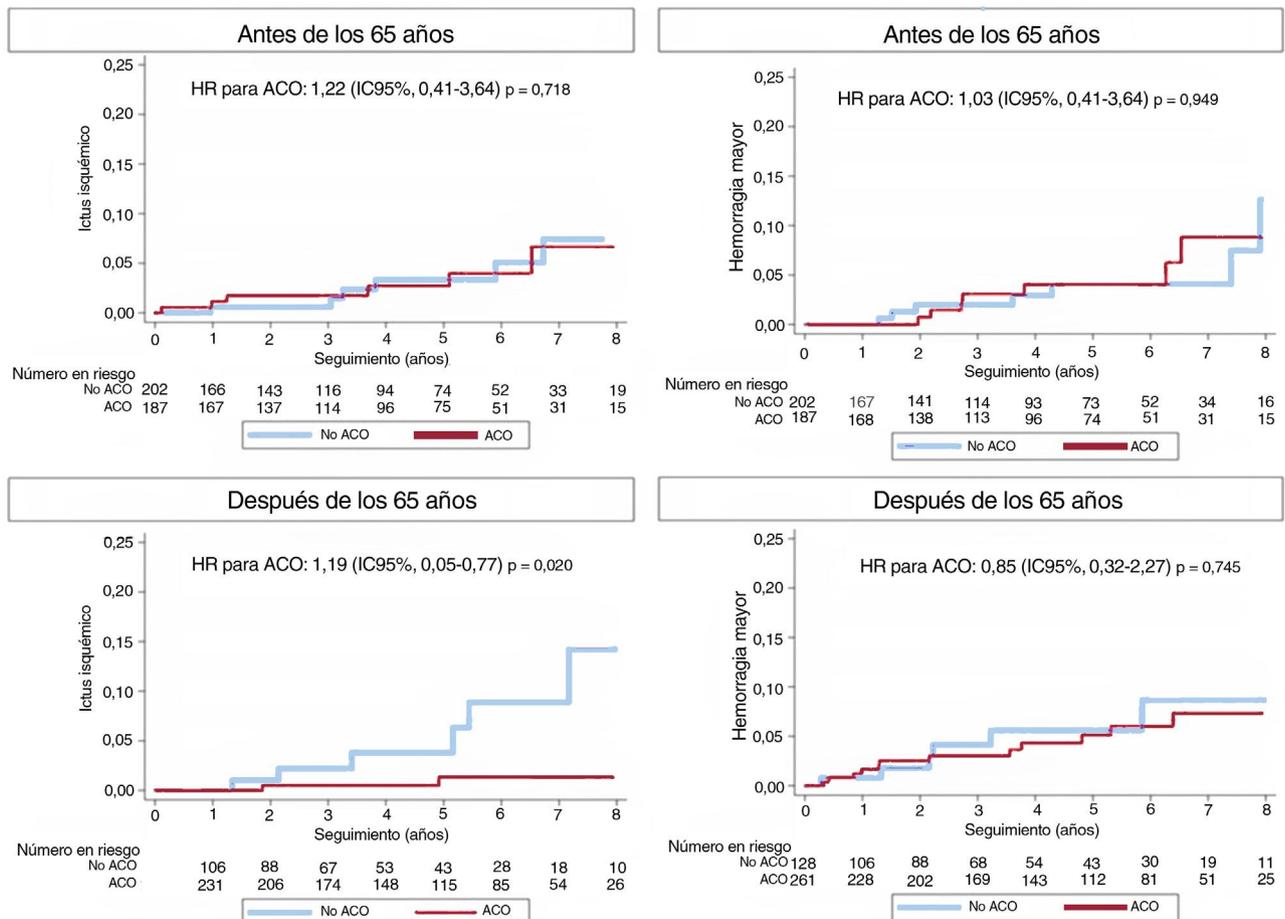
Según las directrices actuales de la Sociedad Europea de Cardiología, en pacientes con fibrilación auricular (FA) sin estenosis mitral, prótesis mecánica o miocardiopatía hipertrófica, se debe prescribir la anticoagulación oral cuando la puntuación de la escala CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc<sup>1</sup> es mayor o igual a 2 puntos, mientras que no se recomienda su prescripción en los pacientes con 0 puntos o 1 punto (en el caso de mujeres)<sup>2</sup>. Dado que uno de los factores que se tienen en cuenta en esta escala es la edad del paciente (se suma 1 punto si edad > 65 años), en ocasiones se plantea un dilema en cuanto a la decisión de anticoagular o no anticoagular a los pacientes con una edad próxima a los 65 años que hayan tenido un episodio de FA.

Con la intención de analizar el impacto del inicio de anticoagulación oral al alcanzar los 65 años de edad, se utilizó la base de datos del registro Cardio CHUVI-AF<sup>3,4</sup>, que incluyó a 16.202 pacientes con diagnóstico de FA del área sanitaria de Vigo entre enero de 2014 y enero de 2018. Dicho estudio tiene la aprobación del comité ético local que, por la naturaleza retrospectiva y el carácter anonimizado del estudio, eximió a los investigadores de la obligatoriedad de obtener el consentimiento

informado. Del total de pacientes, se excluyó a aquellos con prótesis mecánicas, estenosis mitral moderada-grave y miocardiopatía hipertrófica, y se seleccionó a los que tenían una puntuación de la escala CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc de 0 puntos para varones y 1 punto para mujeres (n = 861; 5,3% del total). Finalmente, se seleccionó a los pacientes que durante el seguimiento cumplieron la edad de 65 años. De esta forma, la población de estudio estaba formada por 389 pacientes con FA cuyo CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc durante el seguimiento (8,1 ± 1,5 años) pasó de 0 a 1 punto (en el caso de los hombres) o de 1 a 2 (en el caso de mujeres), debido a que cumplieron los 65 años. La edad media de estos pacientes fue de 60,9 ± 2,7 años y, de ellos, 149 (38,3%) eran mujeres.

Antes de los 65 años estaban anticoagulados 187 pacientes (48,1%), mientras que después de los 65 años pasaron a estar anticoagulados 261 pacientes (67,1%). Es decir, la tasa de anticoagulación se incrementó en un 19,0% al cumplir los 65 años. En menores de 65 años, la anticoagulación oral no reducía el riesgo de ictus isquémico ni incrementaba el riesgo de hemorragia, pero al cumplir 65 años se observó un aumento de ictus isquémico en los pacientes no anticoagulados (frente a los anticoagulados) con similares tasas de hemorragia (figura 1). Debido al tamaño muestral y al bajo número de episodios, no fue posible realizar análisis de subgrupos en función del sexo.

Sobre la base de los resultados se puede concluir que, en pacientes con FA y CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc de 0 o 1 puntos, al cumplir los 65 años la tasa de anticoagulación se incrementa solamente en un 19%, quedando hasta un 32,9% de los pacientes sin anticoagular (1 de cada 3 pacientes aproximadamente). Este hecho conlleva



**Figura 1.** Ictus isquémico y hemorragia mayor en pacientes con fibrilación auricular antes y después de los 65 años. ACO: anticoagulación oral; HR: hazard ratio; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

implicaciones pronósticas importantes, ya que en estos pacientes que cumplen 65 años, la anticoagulación se asocia a una reducción significativa de la tasa de ictus isquémico sin incrementar el riesgo de hemorragia. A la vista de estos datos, surge la necesidad de reevaluar de forma programada la indicación de anticoagulación en estos pacientes; ya sea mediante la valoración del inicio de la anticoagulación en edades próximas a los 65 años o, idealmente, programar revisiones en consulta para cuando estos pacientes alcancen dicha edad.

## FINANCIACIÓN

Ninguna.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

Aceptamos la responsabilidad definida por el *International Committee of Medical Journal Editors*. El estudio tiene la aprobación del comité ético local que, por la naturaleza retrospectiva y el carácter anonimizado del estudio, ha eximido de la obligatoriedad de obtener el consentimiento. Se han tenido en cuenta los posibles sesgos de sexo y género.

## DECLARACIÓN SOBRE EL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

No se ha utilizado inteligencia artificial.

## CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

S. Raposeiras-Roubín, E. Abu-Assi y A. Íñiguez-Romo han diseñado el estudio; S. Raposeiras-Rubín y D. González-Fernández han redactado el trabajo; D. González-Fernández, A. González-García y C. Iglesias-Otero han recogido los datos. Todos los autores han revisado y aprobado el manuscrito final.

## CONFLICTO DE INTERESES

S. Raposeiras-Roubín ha recibido honorarios por presentaciones de las siguientes compañías: Amgen, Abbott, Sanofi, Novartis,

AstraZeneca, Daichii, Pfyzer-BMS, Bayer y Boehringer. El resto de los autores no tienen conflicto de intereses.

David González-Fernández<sup>a</sup>, Sergio Raposeiras-Roubín<sup>a,b,c,\*</sup>, André González-García<sup>a</sup>, Carla Iglesias-Otero<sup>a</sup>, Andrés Íñiguez-Romo<sup>a,b</sup> y Emad Abu-Assi<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra, España

<sup>b</sup>Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur, Vigo, Pontevedra, España

<sup>c</sup>Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad de Vigo, Pontevedra, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raposeiras26@hotmail.com

(S. Raposeiras-Roubín).

✉ @S\_Raposeiras (S. Raposeiras-Roubín).

On-line el 20 de noviembre de 2023

## BIBLIOGRAFÍA

- Lip GY, Nieuwlaar 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;137:263–272.
- Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2021;42:373–498.
- ledo Piñeiro A, Raposeiras-Roubín S, Abu-Assi E, et al. Suboptimal anticoagulation with vitamin K antagonists: the need to change the national therapeutic positioning report. *Rev Esp Cardiol*. 2023;76:197–198.
- Raposeiras-Roubín S, Abu-Assi E, Fernández Sanz T, et al. Bleeding and embolic risk in patients with atrial fibrillation and cancer. *Rev Esp Cardiol*. 2023;76:344–352.

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2023.10.016>

0300-8932/© 2023 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Concentraciones de proteína C reactiva en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda y fracción de eyección conservada



### C-reactive protein in patients with acute heart failure and preserved ejection fraction

#### Sr. Editor:

En los últimos años han surgido evidencias crecientes que respaldan la existencia de un comportamiento biológico diferenciado de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) que se encuentran en la parte alta del intervalo de valores de fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI). De hecho, en los pacientes con IC y fracción de eyección conservada (ICFec), a aquellos que presentan valores más altos de FEVI se les ha designado como pacientes con una fracción de eyección «supranormal» (ICFesn)<sup>1–3</sup>.

Existen diferencias notorias entre los pacientes con fracción de eyección reducida, intermedia y conservada<sup>1,3</sup>. Sin embargo, continúan sin conocerse bien los factores asociados a los pacientes

con una función sistólica más elevada. En este sentido, el aumento de la actividad inflamatoria ha surgido como mecanismo fisiopatológico fundamental y posible diana terapéutica en la ICFec<sup>4</sup>. Por ejemplo, en un ensayo en curso se está evaluando la eficacia del ziltivekimab frente a placebo en pacientes con IC ambulatorios, con una FEVI > 40% y una proteína C reactiva de alta sensibilidad (PCRas) > 2 mg/l (NCT05636176). No hay estudios previos en que se haya evaluado el perfil inflamatorio en todo el espectro de valores de la FEVI y, en especial, cuando hay una FEVI ≥ 50%. El objetivo de este estudio fue examinar si el valor de la PCRas circulante en el momento de la presentación inicial difiere a lo largo del espectro continuo de valores de la FEVI en pacientes con IC aguda (ICA) y una FEVI ≥ 50%.

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de un registro multicéntrico en curso de pacientes ingresados por ICA entre enero de 2010 y enero de 2021, con la inclusión de 5.246 pacientes. Se excluyó de este análisis a los pacientes con evidencia de una FEVI < 50% durante la hospitalización (n = 2.433), evidencia de una infección en el momento del ingreso (n = 113), valores de PCRas no