

BIBLIOGRAFÍA

1. Maron BJ. Hypertrophic cardiomyopathy: an important global disease. *Am J Med.* 2004;116:63–5.
2. Monteforte N, Napolitano C, Priori SG. Genética y arritmias: aplicaciones diagnósticas y pronósticas. *Rev Esp Cardiol.* 2012;65:278–86.
3. Ackerman MJ, Marcou CA, Tester DJ. Medicina personalizada: diagnóstico genético de cardiopatías/canalopatías hereditarias. *Rev Esp Cardiol.* 2013;66:298–307.
4. Maron BJ, McKenna WJ, Danielson GK, Kappenberger LJ, Kuhn KJ, Seidman CE, et al. 2003 ACC/ESC Expert consensus document on Hypertrophic Cardio

- myopathy: A Report of the ACC Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus documents and the ESC Committee for Practice Guidelines. *Eur Heart J.* 2003;24:1965–91.
5. VanDriest SL, Vasile VC, Ommen SR, Will ML, Tajik AJ, Gersh BJ, et al. MYBPC mutations and compound heterozygosity in hypertrophic cardiomyopathy. *J Am Coll Cardiol.* 2004;44:1903–10.
6. Ley 14/2006, de 26 de Mayo, sobre técnicas de Reproducción Asistida. BOE núm. 126 de 27 de Mayo de 2006 [citado 9 Jul 2013]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/05/27/pdfs/A19947-19956.pdf>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.07.007>

Uso del tratamiento antitrombótico según la escala CHA₂DS₂-VASc en los pacientes con fibrilación auricular en atención primaria

Use of Antithrombotic Therapy According to CHA₂DS₂-VASc Score in Patients With Atrial Fibrillation in Primary Care

Sra. Editora:

Tradicionalmente se ha empleado la escala CHADS₂ para la estratificación del riesgo tromboembólico de pacientes con fibrilación auricular (FA) no valvular¹. Sin embargo, con el uso del CHADS₂ había un amplio porcentaje de pacientes con un riesgo tromboembólico intermedio en el que la decisión sobre el tratamiento antitrombótico no quedaba muy bien definida, ya que tanto la antiagregación como la anticoagulación se consideraban opciones igualmente válidas¹. Sin embargo, es evidente que las implicaciones de uno y otro tratamiento son diferentes y que, dentro del grupo de pacientes con un riesgo intermedio, no todos tienen el mismo riesgo. En este contexto, la escala CHA₂DS₂-VASc, que es más completa pues incluye otros factores que modulan el riesgo tromboembólico, permite identificar a los pacientes con FA que más se van a beneficiar del tratamiento anticoagulante² mejor que con la escala CHADS₂. De hecho, las guías de la Sociedad Europea de Cardiología recomiendan su uso en la práctica clínica². Varios estudios han demostrado que el empleo de la escala CHA₂DS₂-VASc permite reclasificar mejor a estos pacientes³. Sin embargo, son menos conocidas las pautas de anticoagulación según la escala CHA₂DS₂-VASc en la práctica clínica habitual.

El objetivo de este estudio es analizar si hay diferencias en cuanto al empleo del tratamiento antitrombótico según las escalas de riesgo CHADS₂ y CHA₂DS₂-VASc. Para ello se analizaron los datos del estudio VAL-FAAP, clasificando a los pacientes según la escala CHA₂DS₂-VASc. El VAL-FAAP fue un estudio multicéntrico, de diseño transversal, realizado en el ámbito de atención primaria, en el que cada investigador debía incluir de manera consecutiva un total de 4 pacientes que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: edad \geq 18 años, pacientes de ambos sexos, con diagnóstico electrocardiográfico de FA previo⁴.

En el estudio VAL-FAAP se incluyó a un total de 3.287 sujetos con FA (media de edad, 71,9 \pm 10,1 años; el 52,3% varones; el 92,6% con historia de hipertensión arterial; el 21,3% con insuficiencia cardiaca y el 20,9% con cardiopatía isquémica). Del total de pacientes, el 4,5% tenía CHADS₂ = 0; el 28,1%, CHADS₂ = 1; y el 67,4%, CHADS₂ \geq 2. Cuando se empleó la escala CHA₂DS₂-VASc, fueron el 1,9, el 12,4 y el 85,7% respectivamente. En la [tabla](#) se indica el porcentaje de pacientes según el tratamiento antitrombótico que tomaran y la escala de estratificación de riesgo tromboembólico.

Los resultados principales de nuestro estudio muestran la distribución de los pacientes según la escala CHA₂DS₂-VASc en comparación con la escala CHADS₂, lo que permite identificar en principio a los pacientes que más se van a beneficiar del tratamiento anticoagulante a largo plazo para la prevención de las complicaciones tromboembólicas, de tal forma que, según la escala CHA₂DS₂-VASc, la gran mayoría de los sujetos con FA tienen un riesgo tromboembólico elevado. Estos datos van en la misma línea que los publicados en diferentes poblaciones, en las que se ha demostrado que la escala CHA₂DS₂-VASc permite estratificar el riesgo tromboembólico de una manera más adecuada que la escala CHADS₂, principalmente a los pacientes con riesgo tromboembólico intermedio³.

Desafortunadamente, hay mala utilización del tratamiento antitrombótico^{5,6}. Por ejemplo, más del 40% de los pacientes con CHADS₂/CHA₂DS₂-VASc = 0 reciben tratamiento con anticoagulación oral, y más del 30% de los pacientes CHADS₂/CHA₂DS₂-VASc \geq 2 no lo reciben. Esto tiene varias implicaciones. Por un lado, la relativa indefinición de la escala CHADS₂ en el riesgo embólico de los pacientes con puntuaciones 0 y 1 no es la causa de que la indicación de anticoagulación se separe de las guías estándar, ya que la reclasificación con la escala CHA₂DS₂-VASc, más precisa en este tramo de riesgo, sigue mostrando que la política de anticoagulación es inadecuada. Por otro, si bien es cierto que no se ha analizado el riesgo de sangrado de los pacientes con CHADS₂/CHA₂DS₂-VASc \geq 2, difícilmente se puede explicar ese porcentaje tan elevado de infratilización de la anticoagulación por un riesgo excesivo de hemorragias. Aunque ya se había demostrado la infratilización del tratamiento anticoagulante en el paciente con FA⁵, los datos de este estudio indican, primero, que en España el tratamiento antitrombótico para evitar el riesgo de ictus en pacientes con FA es

Tabla

Distribución de pacientes (%) según el tratamiento antitrombótico y la escala de estratificación de riesgo tromboembólico

| | CHADS ₂ = 0 | CHA ₂ DS ₂ -VASc = 0 | p | CHADS ₂ = 1 | CHA ₂ DS ₂ -VASc = 1 | p | CHADS ₂ \geq 2 | CHA ₂ DS ₂ -VASc \geq 2 | p |
|-----------------|------------------------|--|----|------------------------|--|----|-----------------------------|---|----|
| Nada | 19,2 | 26,2 | NS | 16,0 | 18,8 | NS | 12,7 | 13,3 | NS |
| Antiagregación | 31,9 | 27,9 | NS | 23,2 | 25,9 | NS | 19,3 | 20,2 | NS |
| Anticoagulación | 46,8 | 44,3 | NS | 51,6 | 47,0 | NS | 57,0 | 56,2 | NS |
| Ambos | 2,1 | 1,6 | NS | 9,2 | 8,3 | NS | 11,0 | 10,3 | NS |

NS: no significativo.

muy mejorable y, segundo, que esto es independiente de la escala de riesgo que se emplee.

En definitiva, en España el tratamiento para la prevención de las complicaciones tromboembólicas no se utiliza de manera adecuada, y su prescripción parece ser independiente de la escala de estratificación de riesgo que se emplee. Estos datos enfatizan la necesidad de continuar concienciando a los médicos de atención primaria en España de que conozcan y empleen más las escalas de estratificación de riesgo tromboembólico, así como mejorar el empleo adecuado del tratamiento tromboembólico.

Vivencio Barrios^{a,*}, Carlos Escobar^b, Alberto Calderón^c, Gustavo C. Rodríguez Roca^d, José Luis Llisterrí^e y José Polo García^f

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

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

^cCentro de Salud Rosa de Luxemburgo, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

^dCentro de Salud, La Puebla de Montalbán, Toledo, España

^eCentro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia, España

^fCentro de Atención Primaria El Casar, Cáceres, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: vbarriosa@meditex.es (V. Barrios).

On-line el 8 de noviembre de 2013

BIBLIOGRAFÍA

1. Fuster V, Ryden LE, Cannom DS, Crijns HJ, Curtis AB, Ellenbogen KA, et al. ACC/AHA/ESC 2006 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 (Writing Committee to Revise the 2001 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation). *J Am Coll Cardiol*. 2006;48:854-906.
2. 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 edición corregida). *Rev Esp Cardiol*. 2010;63:1483. e1-83.
3. Rodríguez-Mañero M, Cordero A, Bertomeu-González V, Moreno-Arribas J, Bertomeu-Martínez V, Mazón P, et al. Impacto de los nuevos criterios para el tratamiento anticoagulante de la fibrilación auricular. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:649-53.
4. Barrios V, Calderón A, Escobar C, De la Figuera M. Pacientes con fibrilación auricular asistidos en consultas de atención primaria. Estudio Val-FAAP. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:47-53.
5. Ogilvie IM, Newton N, Welner SA, Cowell W, Lip GY. Underuse of oral anticoagulants in atrial fibrillation: a systematic review. *Am J Med*. 2010;123:638-45.
6. Barrios V, Escobar C, Calderón A, Roldán C. Anticoagulation in non-valvular atrial fibrillation: underused or wrongly used? *Am J Cardiol*. 2011;108:1687-8.

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

Control de la glucemia de pacientes diabéticos en España mediante objetivos individualizados: un estudio de base poblacional



Glycemic Control Using Individualized Targets Among Diabetic Patients in Spain: A Population-Based Study

Sra. Editora:

La diabetes mellitus (DM) sigue siendo una de las primeras causas de enfermedad cardiovascular y complicaciones invalidantes que ponen en peligro la vida del paciente. Por lo tanto, las estrategias de tratamiento efectivas tienen una importancia evidente. En ensayos clínicos recientes en pacientes ancianos, no se ha demostrado un efecto beneficioso del tratamiento hipoglucemiante intensivo por lo que respecta a los eventos cardiovasculares^{1,2}. La *American Diabetes Association* y la *European Association for the Study of Diabetes* han destacado la necesidad de establecer unos objetivos glucémicos individualizados en función de la edad, los trastornos coexistentes y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico³. Las recomendaciones realizadas van desde un objetivo estricto del valor de la hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) (< 6-6,5%) para pacientes seleccionados (sin una enfermedad cardiovascular manifiesta, con menos tiempo de evolución de la DM y esperanza de vida larga) hasta objetivos menos estrictos de HbA_{1c} (< 7,5-8%) para pacientes con antecedentes de hipoglucemia grave, corta esperanza de vida y complicaciones graves³.

Este artículo es el primero en que se describe la consecución de unos objetivos de glucemia individualizados en pacientes diabéticos en España. Además, comparamos nuestros resultados con los recientemente presentados en la población diabética de Estados Unidos⁴.

Los datos españoles se obtuvieron del estudio ENRICA, cuya metodología se ha descrito en otra publicación^{5,6}. De forma resumida, se realizó un estudio transversal desde 2008 hasta 2010

en 12.948 individuos representativos de la población española de edad ≥ 18 años. Para determinar la consecución de los objetivos de glucemia, los análisis se limitaron a los 661 pacientes que sabían que padecían el trastorno. La DM se definió como glucosa sérica tras 12 h en ayunas ≥ 126 mg/dl o HbA_{1c} $\geq 6,5\%$ o estar en tratamiento con fármacos antidiabéticos orales o insulina⁵. No se pudo diferenciar entre DM tipo 1 y tipo 2, pero es probable que, como en otros muchos países desarrollados, la mayoría de los pacientes tuvieran DM2. Los pacientes diabéticos diagnosticados en Estados Unidos eran 1.444 adultos que declararon haber sido diagnosticados de DM por un profesional de la salud, según el estudio NHANES llevado a cabo entre 2007 y 2010⁴. En ambos estudios se utilizaron métodos de obtención de datos y técnicas de muestreo similares para garantizar la representatividad de las muestras de población. Las complicaciones de la DM se definieron como enfermedad cardiovascular o retinopatía referidas por el propio paciente o una determinación de la razón albúmina:creatinina ≥ 30 mg/dl. Los datos de España no incluyeron la retinopatía, ya que no se dispuso de esta información en el estudio ENRICA. Todos los datos de Estados Unidos se tomaron de Ali et al⁴, tal como aparecen en la publicación. Se utilizó la prueba de la χ^2 para comparar el porcentaje de obtención del objetivo de glucemia individualizado en las dos muestras de población. La significación estadística se estableció en un valor bilateral de $p < 0,05$. Los análisis se realizaron con el programa estadístico EPIDAT v.3.1.

Entre los pacientes diabéticos españoles, había mayor frecuencia de varones (58,3%) con un nivel de estudios bajo (el 57,7% no tenía estudios secundarios); casi la mitad de ellos habían sido diagnosticados de DM menos de 5 años antes, y solo unos pocos (20%) recibieron tratamiento insulínico; mientras que estos pacientes tenían una baja frecuencia de lesión renal (23,6%) y un control razonablemente bueno de la glucemia (70,9%), tan solo una quinta y una tercera parte alcanzaban los objetivos de presión arterial y colesterol de lipoproteínas de baja densidad respectivamente (tabla 1). Al individualizar los objetivos de