

Uso del tratamiento antitrombótico en pacientes con fibrilación auricular en atención primaria. Importancia del control del INR



Use of Antithrombotic Therapy in Patients With Atrial Fibrillation in Primary Care. Importance of INR Control

Sra. Editora:

Hemos leído con atención la carta de Barrios et al¹ acerca del uso del tratamiento antitrombótico según la escala CHA₂DS₂-VASc en los pacientes con fibrilación auricular en atención primaria. El objetivo es analizar si hay diferencias en cuanto al empleo de tratamiento antitrombótico según las escalas de riesgo CHADS₂ y CHA₂DS₂-VASc tras analizar los datos del estudio VAL-FAAP², registro realizado en atención primaria entre septiembre de 2009 y mayo de 2010. Afirman que hay mala utilización del tratamiento antitrombótico, ya que obtienen que el 44,3% de los pacientes con CHA₂DS₂-VASc 0 reciben tratamiento con anticoagulación oral y el 33,5% de los pacientes con CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 no lo reciben (lo recibe el 66,5%). Concluyen que en España el tratamiento para la prevención de las complicaciones tromboembólicas no se realiza de manera adecuada y su prescripción parece ser independiente de la escala de estratificación del riesgo que se emplee.

A raíz de los hallazgos de la referida carta¹, nos preguntamos: ¿podemos considerar que el tratamiento antitrombótico está «mal utilizado» o «no utilizado adecuadamente»? ¿podemos calificar su utilización como «mala» sin tener en cuenta el control de la razón internacional normalizada (INR)? ¿qué papel desempeñan actualmente los nuevos anticoagulantes que no precisan monitorización del INR? En nuestra opinión, no se debería haber usado la escala CHA₂DS₂-VASc ni las recomendaciones para el uso de anticoagulación oral de la Sociedad Europea de Cardiología de 2010, ya que son posteriores al desarrollo del registro VAL-FAAP. Quizá se deba interpretar los resultados desde una perspectiva más positiva tras analizar la bibliografía reciente³⁻⁵. Podemos comprobar que hay clara tendencia a una mejor utilización de dicho tratamiento. De hecho, en el estudio de Kirchhof et al³, donde se analiza el manejo de la fibrilación auricular en siete países europeos, incluida España, entre enero de 2012 y enero de 2013 (posterior al VAL-FAAP), se aprecia que el 85,6% de los pacientes con CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 reciben anticoagulación oral, cifra muy superior a la observada en el estudio VAL-FAAP. También se observa que el 62,5% de los que tienen CHA₂DS₂-VASc 0 reciben anticoagulación oral y destaca solo que el 35% de los pacientes tratados con acenocumarol presentaban sus últimos tres controles dentro de rango terapéutico, lo que supone un alto riesgo añadido de complicaciones hemorrágicas o trombóticas. Lip et al⁴ han mostrado recientemente que el 70,9% de los pacientes con CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 reciben anticoagulación oral. En dicho estudio, recibe los nuevos anticoagulantes el 6,9% del total de anticoagulados. Centrándonos en datos de nuestro país y en el ámbito de atención primaria, Lobos-Bejarano et al⁵ aprecian que el 84,1% de todos los pacientes con fibrilación auricular recibían tratamiento anticoagulante. De ellos, el 68,8% obtuvo CHADS₂ ≥ 2 ,

frente al 31,2% con CHADS₂ ≤ 1 . De los pacientes con tratamiento anticoagulante oral, el 66% tenía su último INR en rango terapéutico.

Estos hallazgos nos muestran que el uso del tratamiento antitrombótico presenta una tendencia positiva, aunque con margen de mejora. También nos ayudan a reflexionar sobre qué es lo más importante en la terapia antitrombótica. Está claro que su correcta indicación es fundamental, pero nunca hay que olvidar la importancia del adecuado control del INR de nuestros pacientes, ya que una complicación hemorrágica grave puede ser mortal. Estamos convencidos de que atención primaria puede tener un papel fundamental en la identificación de los pacientes con deficiente control de la anticoagulación con los fármacos contra la vitamina K. En este caso, nos deberíamos plantear la posible utilización de los nuevos anticoagulantes. Fármacos mucho más seguros en cuanto a complicaciones hemorrágicas por no precisar ajuste de dosis según el INR pero, pese a suponer un importante avance terapéutico, están claramente infrutilizados en la actualidad⁴. Debemos recordar que nuestro objetivo final es prevenir las complicaciones en nuestros pacientes con fibrilación auricular, y eso no es posible sin un adecuado control.

Mariano Leal-Hernández^{a,*} y Francisco Marín^b

^aCentro de Salud de San Andrés, Murcia, España

^bServicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Instituto Murciano de Investigación en Biomedicina (IMIB), El Palmar, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arboleja@yahoo.es (M. Leal-Hernández).

On-line el 3 de abril de 2014

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrios V, Escobar C, Calderón A, Rodríguez G, Llisterri JL, Polo 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. 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.
3. Kirchhof P, Ammentorp B, Darius H, De Caterina R, Le Heuzey JY, Schilling RJ, et al. Management of atrial fibrillation in seven European countries after the publication of the 2010 ESC Guidelines on atrial fibrillation: primary results of the PREvention of thromboembolic events—European Registry in Atrial Fibrillation (PREFER in AF). *Europace*. 2014;16:6-14.
4. Lip GY, Laroche C, Dan GA, Santini M, Kalarus Z, Rasmussen LH, et al. 'Real-world' antithrombotic treatment in atrial fibrillation: the EURObservational Research Programme Atrial Fibrillation General Pilot survey. *Am J Med*. 2014. Jan 28. doi: 10.1016/j.amjmed.2013.12.022.
5. Lobos-Bejarano JM, Del Castillo-Rodríguez JC, Mena-González A, Alemán-Sánchez JJ, Cabrera de León A, Barón-Esquivias G, et al. Características de los pacientes y abordaje terapéutico de la fibrilación auricular en atención primaria en España Estudio FIATE. *Med Clin (Barc)*. 2013;141:279-86.

VÉASE CONTENIDOS RELACIONADOS:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.03.002>

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.02.004>