

# Anticoagular en fibrilación auricular: un concepto cambiante

BLANCA COLL-VINENT

Área de Urgencias. Hospital Clínic. Barcelona, España.

La prevención del tromboembolismo es uno de los principales retos del tratamiento de la fibrilación auricular (FA). Los anticoagulantes orales reducen este riesgo significativamente<sup>1</sup>, pero el dintel a partir del cuál se deben recomendar no está claro. El tratamiento anticoagulante disponible hasta la fecha, los fármacos dicumarínicos, representa una carga importante para los pacientes afectados porque interfiere con múltiples fármacos y alimentos, requiere un control estricto con análisis periódicos, y presenta como principal complicación la hemorragia, que en ocasiones puede ser grave o invalidante, en especial la hemorragia cerebral. Todo ello es motivo de la intensa investigación actual para hallar algún fármaco con la misma acción anticoagulante sin las desventajas de los dicumarínicos, de la que el dabigatrán parece tener un futuro prometedor<sup>2</sup>.

Por otro lado, no todos los pacientes con FA tienen el mismo riesgo para desarrollar una embolia arterial. Se ha publicado distintas escalas de riesgo de sufrir algún evento embólico diseñadas con el objeto de identificar por un lado pacientes con alto riesgo, que se beneficiarían de un tratamiento anticoagulante, y por otra parte pacientes con bajo riesgo, que podrían ahorrarse el lastre y las complicaciones de dicho tratamiento. Los esquemas más utilizados difieren poco entre ellos<sup>3-5</sup>, e identifican claramente los pacientes con un riesgo alto, que obtendrían un beneficio neto del tratamiento anticoagulante, y que serían los pacientes con antecedente de embolia o accidente vascular transitorio o dos factores de riesgo moderado (edad igual o superior a 75 años, insuficiencia cardiaca congestiva, disfunción ventricular izquierda moderada o severa, hipertensión arterial o diabetes). También está claro que los pacientes con FA sin ninguno de estos factores tienen una baja

probabilidad de padecer complicaciones embólicas y no deben recibir tratamiento anticoagulante. Pero existe un claro vacío respecto a las recomendaciones en los pacientes de riesgo intermedio (con un solo factor de riesgo moderado).

El poco consenso existente en el tratamiento de estos pacientes se refleja en las guías de práctica clínica. En las últimas guías clínicas publicadas sobre el tratamiento de la FA por el *American College of Cardiology*, la *American Heart Association* y la *European Society of Cardiology* (agosto de 2006)<sup>3</sup>, la indicación de tratamiento con dicumarínicos cambia respecto la anterior edición (octubre 2001)<sup>6</sup>, ya que los factores considerados actualmente de riesgo moderado, mencionados previamente, en las guías anteriores eran considerados de alto riesgo. Sin embargo, este cambio en las guías, que amplía substancialmente el grupo de pacientes con riesgo intermedio, obedece más a una preocupación por lo que implica el tratamiento anticoagulante que a la evidencia vertida por nuevos estudios. Esta poca consistencia queda reflejada en el estudio de Azúa Jiménez et al presentado en este número de *Emergencias*<sup>7</sup>. En una población de 789 pacientes atendidos en un área de observación de un servicio de urgencias en los que analizaron la profilaxis anti-trombótica realizada, la necesidad de tratamiento anticoagulante cambió en casi el 30% de los pacientes según si se los clasificaba de acuerdo con las guías de 2001 o las de 2006. A los autores no les falta razón cuando se quejan de que las nuevas guías, que teóricamente aúnan los conocimientos adquiridos en los distintos estudios y la experiencia de los sabios, solamente han conseguido cambiar la pelota de tejado, aumentado la responsabilidad para los médicos en su práctica diaria, quienes deben decidir una u otra opción según su criterio, de acuerdo con las posibilidades de cumplimiento te-

**CORRESPONDENCIA:** Dra. Blanca Coll-Vinent. Área de Urgencias. Hospital Clínic. Villarroel, 170. 08036 Barcelona, España.  
E-mail: bcvinent@clinic.ub.es

**FECHA DE RECEPCIÓN:** 10-11-2009. **FECHA DE ACEPTACIÓN:** 11-11-2009.

**CONFLICTO DE INTERESES:** Ninguno

rapéutico, la voluntad del paciente, el riesgo de sangrado o la posible y no confirmada utilidad neta del tratamiento antitrombótico. Además, las nuevas guías no responden a las preguntas que lógicamente se derivan del cambio que sugieren: ¿Qué se debe hacer con los pacientes a los cuáles anteriormente se debía anticoagular y a los que ahora se ofrece la posibilidad de antiagregar solamente? ¿Se puede retirar el tratamiento y la carga que ello implica sin arriesgarnos a someter al paciente a una grave complicación de su enfermedad?

Dos importantes trabajos publicados recientemente son contradictorios al intentar esclarecer este aspecto. Singer et al.<sup>8</sup> postulan un beneficio cero del tratamiento anticoagulante en los pacientes con riesgo intermedio en una población de 13.559 pacientes seguidos durante un promedio de 6 años en el que comparan el tratamiento con dicumarínicos con un grupo heterogéneo formado por pacientes no tratados y pacientes tratados con distintos antiagregantes. Por el contrario, Healey et al., en un estudio en el que incluyen 6.706 pacientes durante un promedio de 1,28 años, demuestran que los pacientes con riesgo intermedio presentan un beneficio cuando son anticoagulados que, aunque pequeño, es significativo respecto los pacientes doblemente antiagregados<sup>9</sup>. Esto fue especialmente evidente en los pacientes que ya habían recibido dicumarínicos, que presentaron menos complicaciones hemorrágicas respecto a los que los iniciaron de nuevo, probablemente porque los primeros tenían un mejor control sobre el manejo del fármaco. Como limitación importante, debe mencionarse que los dos trabajos son análisis posteriores de estudios previos no diseñados con este fin.

Es evidente que faltan estudios randomizados, prospectivos y con un seguimiento prolongado, con subgrupos para cada uno de los factores de riesgo moderado, pero por el momento parece prudente, al menos, no retirar la anticoagulación a los pacientes que ya la recibían. La controversia está servida.

## Bibliografía

- 1 Atrial Fibrillation Investigators: Atrial Fibrillation, Aspirin, Anticoagulation Study; Boston Area Anticoagulation Trial for Atrial Fibrillation Study; Canadian Atrial Fibrillation Anticoagulation Study; Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Study; Veterans Affairs Stroke Prevention in Nonrheumatic Atrial Fibrillation Study. 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 Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, Eikelboom J, Oldgren J, Parekh A, et al. RE-LY Steering Committee and Investigators. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2009;361:1139-51.
- 3 European Heart Rhythm Association; Heart Rhythm Society, Fuster V, Rydén LE, Cannom DS, Crijns HJ, Curtis AB, Ellenbogen KA, et al. American College of Cardiology; American Heart Association Task Force on Practice Guidelines; European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines; Writing Committee to Revise the 2001 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation. 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.
- 4 Singer DE, Albers GW, Dalen JE, Fang MC, Go AS, Halperin JL, et al. Antithrombotic Therapy in Atrial Fibrillation\* American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest.* 2008;133(6 suppl):5465-5926S.
- 5 Gage BF, Waterman AD, Shannon W, Boechler 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.
- 6 Fuster V, Rydén LE, Asinger RW, Cannom DS, Crijns HJ, Frye RL, et al. American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines; European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines and Policy Conferences (Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation); North American Society of Pacing and Electrophysiology. ACC/AHA/ESC 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 and Policy Conferences (Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation) Developed in Collaboration With the North American Society of Pacing and Electrophysiology. *Circulation.* 2001;104:2118-50.
- 7 Azúa Jiménez M, Gómez Bitrián J, Royo Hernández R, Aldea Molina E, Llera Guerra R, Miranda Harto P. Impacto clínico de las nuevas estrategias en anticoagulación oral para la fibrilación auricular. *Emergencias.* 2009;21:405-9.
- 8 Healey JS, Hart RG, Pogue J, Pfeffer MA, Hohnloser SH, De Caterina R, et al. Risks and Benefits of Oral Anticoagulation Compared With Clopidogrel Plus Aspirin in Patients With Atrial Fibrillation According to Stroke Risk. The Atrial Fibrillation Clopidogrel Trial With Irbesartan for Prevention of Vascular Events (ACTIVE-W). *Stroke.* 2008;39:1482-148.
- 9 Singer DE, Chang Y, Fang MC, Borowsky LH, Pomernacki NK, Udaltsova N, et al. The net clinical Benefit of warfarine anticoagulation in atrial fibrillation. *Ann Intern Med.* 2009;151:297-305.