

Anticoagulación en la fibrilación auricular en la Argentina: progreso y oportunidad

Anticoagulation for Atrial Fibrillation in Argentina: Progress and Opportunity

M CECILIA BAHIT¹, CHRISTOPHER GRANGER²

La fibrilación auricular (FA) es la causa más común de arritmia. (1) Uno de cada cinco accidentes cerebrovasculares se debe a FA, y más de dos tercios de los accidentes cerebrovasculares en pacientes con FA se pueden prevenir con terapia anticoagulante. La FA también está asociada con insuficiencia cardíaca y mayor mortalidad. (2-5) Diversos estudios sugieren que existe un incremento en la prevalencia e incidencia de FA, en gran medida debido al aumento de la expectativa de vida, de las comorbilidades y los factores de riesgo cardiovascular. (6-10) En los Estados Unidos se estima que el número de adultos con FA habrá aumentado más del 50% para el año 2050. (11) Por lo tanto, es importante describir la conducta de las prácticas actuales a nivel local para implementar estrategias que mejoren el tratamiento anticoagulante.

En este número de la *Revista* se publican los resultados del estudio de Roel y colaboradores "Estrategias antitrombóticas en fibrilación auricular. Registro CONAREC XIX". (12) Entre septiembre y noviembre de 2013 se incluyeron 927 pacientes con al menos un episodio de FA en los 12 meses previos que fueron internados por una causa cardiovascular en centros que contaban con residencia de cardiología afiliada al Consejo Argentino de Residentes de Cardiología (CONAREC). La mediana de edad de los pacientes fue de 73 años, con mayor presencia de hombres y los puntajes CHADS₂ y CHA₂DS₂-VASc tuvieron una mediana de 2 y 3 puntos, respectivamente. El 17% de los pacientes tenía antecedentes de diabetes, el 78,4% era hipertenso y el 12,7% tenía antecedentes de accidente cerebrovascular/ataque isquémico transitorio. Al ingreso, los pacientes con FA sin contraindicaciones y con CHADS₂ ≥ 1 (n = 253) estaban tratados con anticoagulantes orales en el 53% de los casos [32% con antagonistas de la vitamina K (AVK), el 15% con AVK más aspirina (AVK+AAS) y el 6% con nuevos anticoagulantes orales (NACO)]; el 19% no recibió tratamiento, el 23% solo aspirina y el 3% doble terapia antitrombótica. Al egreso, el uso de anticoagulantes en esta población aumentó al 70% (39% AVK, 23% AVK+AAS y 8% NACO). No obstante, todavía quedaba lugar para mejorar porque el uso de AAS sola fue del 14%, el de doble terapia antitrombótica del 4% y no recibieron tratamiento el

11% de los pacientes. Los resultados del presente registro muestran alguna mejora en comparación con el registro PENFACRA (13) realizado en 2001, en el cual se incluyeron 840 pacientes con FA crónica y la tasa de uso de AVK fue del 48,5% en pacientes sin contraindicaciones. Los hallazgos del Registro CONAREC XIX al ingreso fueron similares a los del registro RENAF (14) llevado a cabo en la Argentina entre 2010 y 2011, con 1.052 pacientes con FA crónica incluidos. Luego de excluir a los pacientes con contraindicaciones para anticoagulación, la tasa de uso de AVK fue del 53,7%. Los motivos para no usar anticoagulación fueron contraindicaciones, factores sociales y la decisión del paciente. El uso conjunto de aspirina presenta una oportunidad, ya que esta no parece efectiva ni segura, especialmente en los ancianos, en la prevención de accidente cerebrovascular por FA. (15)

El bajo uso de anticoagulantes en este estudio es consistente con hallazgos similares en varios registros a través de numerosos registros de los Estados Unidos y Europa. (16-18) En el estudio GARFIELD, (19) un registro internacional, observacional, que incluyó 10.614 pacientes con FA y al menos un factor de riesgo, se encontró que el 45,2% de los pacientes eran tratados solo con AVK, el 10,6% con AVK y un agente antitrombótico y el 4,5% con NACO. (18)

Este trabajo confirma que existe una necesidad no satisfecha de mejorar el uso de anticoagulantes orales en pacientes con FA en la Argentina. Sin embargo, se han evaluado pocas intervenciones de calidad que determinen su impacto sobre el tratamiento y la evolución clínica de los pacientes con FA para reducir las tasas de accidente cerebrovascular. Para ello, diseñamos el estudio IMPACT AF ("Estudio internacional, multicéntrico, controlado, aleatorizado por clústeres para mejorar el tratamiento anticoagulante en pacientes con fibrilación auricular") (20) El IMPACT AF es un ensayo prospectivo aleatorizado por clústeres para establecer, agrupado y controlado para establecer si una evaluación educativa dirigida a pacientes y médicos aumenta la tasa de uso de la tasa de uso de anticoagulantes orales y la persistencia de su uso en pacientes con FA. El estudio se está llevando a cabo actualmente en cincuenta centros de cinco países incluida la Argentina (donde

¹ Jefa de Cardiología, INECO Neurociencias Rosario, Argentina

² Profesor de Medicina, División de Cardiología, Departamento de Medicina, Duke University Medical Center

cuenta con el auspicio por la Sociedad Argentina de Cardiología), Brasil, Rumania, India y China. Si las intervenciones dan por resultado un incremento de la tasa de uso de anticoagulantes en pacientes con FA y riesgo elevado de accidente cerebrovascular, el próximo paso de este proyecto será la divulgación de dicha estrategia en cada país en particular. Aún son necesarios más estudios de investigación que intenten acortar la brecha entre el tratamiento recomendado y la práctica clínica actual.

Declaración de conflicto de intereses

El Dr. Granger es consultor para Pfizer, Bayer, Bristol y Boehringer Ingelheim, entre otros. La Dra Bahit ha recibido Grants de Bayer, BMS y Boehringer Ingelheim (Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web/ Material suplementario.)

BIBLIOGRAFÍA

1. Fuster V, Rydén LE, Cannom DS, Crijns HJ, Curtis AB, Ellenbogen KA, et al. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: 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): Developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association and the Heart Rhythm Society. *Circulation* 2006;114:e257-354. <http://doi.org/cxcpdh>
2. Kannel WB, Wolf PA, Benjamin EJ, Levy D. Prevalence, incidence, prognosis, and predisposing conditions for atrial fibrillation: Population-based estimates. *Am J Cardiol* 1998;82:2N-9N. <http://doi.org/dfzff6>
3. Benjamin EJ, Wolf PA, D'Agostino RB, Silbershatz H, Kannel WB, Levy D. Impact of atrial fibrillation on the risk of death: The Framingham Heart Study. *Circulation* 1998;98:946-52. <http://doi.org/45q>
4. Thrall G, Lane D, Carroll D, Lip GY. Quality of life in patients with atrial fibrillation: A systematic review. *Am J Med* 2006;119:448.e1-19.
5. Wang TJ, Larson MG, Levy D, Vasani RS, Leip EP, Wolf PA, et al. Temporal relations of atrial fibrillation and congestive heart failure and their joint influence on mortality: The Framingham Heart Study. *Circulation* 2003;107:2920-5. <http://doi.org/c2m7hq>
6. Lloyd-Jones DM, Wang TJ, Leip EP, Larson MG, Levy D, Vasani RS, et al. Lifetime risk for development of atrial fibrillation: The Framingham Heart Study. *Circulation* 2004;110:1042-6. <http://doi.org/b4kr4j>
7. Heeringa J, van der Kuip DA, Hofman A, Kors JA, van Herpen G, Stricker BH, et al. Prevalence, incidence and lifetime risk of atrial fibrillation: The Rotterdam study. *Eur Heart J* 2006;27:949-53. <http://doi.org/cp3s7m>
8. Stewart S, Hart CL, Hole DJ, McMurray JJ. Population prevalence, incidence, and predictors of atrial fibrillation in the Renfrew/Paisley study. *Heart* 2001;86:516-21. <http://doi.org/bzv4f3>
9. Wolf PA, Benjamin EJ, Belanger AJ, Kannel WB, Levy D, D'Agostino RB. Secular trends in the prevalence of atrial fibrillation: The Framingham Study. *Am Heart J* 1996;131:790-5. <http://doi.org/dr8fr8>
10. Piccini JP, Hammill BG, Sinner MF, Jensen PN, Hernandez AF, Heckbert SR, et al. Incidence and prevalence of atrial fibrillation and associated mortality among Medicare beneficiaries, 1993-2007. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2012;5:85-93. <http://doi.org/fz2r46>
11. Go AS, Hylek EM, Phillips KA, Chang Y, Henault LE, Selby JV, et al. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: National implications for rhythm management and stroke prevention: The anticoagulation and risk factors in atrial fibrillation (ATRIA) study. *JAMA* 2001;285:2370-5. <http://doi.org/cqwdrg>
12. Roel VC, Moukarzel JA, Zaidel EJ, Galli MA, Da Rosa W, Leiva R and cols. Estrategias antitrombóticas en fibrilación auricular. Registro CONAREC XIX. *Rev Argent Cardiol* 2015;83:208-214.
13. Labadet C, Liniado G, Ferreiros EF, Molina Viamonte V, Di Toro D, Cragnolino R and cols. Resultados del Primer Estudio Nacional, Multicéntrico y Prospectivo de Fibrilación Auricular Crónica en la República Argentina, en representación de los Investigadores del Primer Estudio Nacional, Multicéntrico y Prospectivo de Fibrilación Auricular Crónica en la República Argentina y del Área de Investigación de la Sociedad Argentina de Cardiología. *Rev Argent Cardiol* 2001;69:50-67.
14. Di Tommaso F, Fitz Maurice M, Manfredi C, Rosales A, González E, González Ore B and cols. REGISTRO NACIONAL de Fibrilación auricular y Aleteo auricular RENAFa. Presentado en el XXXVII Congreso Argentino de Cardiología. Buenos Aires 2011.
15. Ben Freedman S, Gersh BJ, Lip GY. Misperceptions of aspirin efficacy and safety may perpetuate anticoagulant underutilization in atrial fibrillation. *Eur Heart J* 2015;36:653-6. <http://doi.org/45r>
16. Nieuwlaat R, Capucci A, Lip GY, Olsson SB, Prins MH, Nieman FH, et al. Antithrombotic treatment in real-life atrial fibrillation patients: a report from the Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. *Eur Heart J* 2006;27:3018-26. <http://doi.org/cmzk9f>
17. Waldo AL, Becker RC, Tapson VF, Colgan KJ. Hospitalized patients with atrial fibrillation and a high risk of stroke are not being provided with adequate anticoagulation. *J Am Coll Cardiol* 2005;46:1729-36. <http://doi.org/b7scj8>
18. 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.e4. <http://doi.org/fdvn45>
19. Kakkar AK, Mueller I, Bassand JP, Fitzmaurice DA, Goldhaber SZ, Goto S, et al; GARFIELD Registry Investigators. Risk profiles and antithrombotic treatment of patients newly diagnosed with atrial fibrillation at risk of stroke: perspectives from the international, observational, prospective GARFIELD registry. *PLoS One* 2013;8:e63479. <http://doi.org/45t>
20. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02082548?term=impact+af&rank=2>