

Controversias en Hemostasia y Trombosis

Coordinador: Dr. José Ceresetto¹
José E. Estepo², Osvaldo D. Manuale³, Susana Meschengieser⁴

*Servicios de Hematología¹ y Cardiología^{2,3}
Hospital Británico de Buenos Aires
Jefa Departamento Hemostasia y Trombosis⁴
Instituto de Investigaciones Hematológicas "Marino R. Castex"
e-mail: jceresetto@intramed.net.ar*



ARTÍCULO
ESPECIAL

HEMATOLOGIA, Vol. 5 N° 1: 15-17
Enero-Abril, 2001

¿QUÉ PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO DEBERÍAN RECIBIR TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE?

DR. JOSÉ CERESETTO

La fibrilación auricular (FA) es una de las arritmias más comunes en la práctica médica, ocurriendo en más del 5% de la población por encima de los 69 años y en el 10% de los mayores de 80 años. Los datos del Framingham Heart Study muestran una incidencia acumulativa de nueva FA a 22 años de 21.5/1000 hombres y de 17.1/1000 mujeres. Han surgido varias clasificaciones de esta arritmia, pero desde un punto de vista práctico definimos a la FA en valvular o no valvular (dependiendo o no de la asociación con valvulopatía, generalmente de origen mitral), aguda o crónica (si la misma se presenta con una duración menor o mayor de 48 hs) y paroxística o permanente (si es que ocurre en forma intermitente o no). La morbilidad de la FA se asocia con la embolización de trombos auriculares, la cual puede presentarse tanto en la FA paroxística como en la crónica y en forma espontánea o bien asociada a la cardioversión. Por lo tanto, la anticoagulación debería ser considerada en estos pacientes y la decisión de instituir o no este tratamiento, estará sujeto a la apreciación del riesgo embolígeno del paciente y a los resultados de los estudios controlados publicados en los últimos años.

DR. JOSÉ ESTEPO
DR. OSVALDO D. MANUALE

La FA valvular se asocia a una alta tasa de stroke y el paciente deberá recibir anticoagulación excepto

que haya contraindicaciones absolutas para la misma. En la FA no valvular la tasa de stroke es de aproximadamente 4.5% por año, aunque varía ampliamente de acuerdo a la edad del paciente y las enfermedades coexistentes. En pacientes sin enfermedad cardiovascular su incidencia crece desde 1,6% al año, en pacientes de alrededor de 60 años, al 5% al año en pacientes mayores de 80 años¹. Los factores clínicos que afectan la tasa de stroke incluyen: tromboembolismo (TE) previo, hipertensión arterial (HTA), diabetes (DBT), insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) y cardiopatía isquémica (CI). Han sido propuestos diversos esquemas de clasificación de riesgo de stroke²: 1) el AFI (Atrial Fibrillation Investigators) donde se efectuó un análisis de los 5 estudios primarios de prevención 2) el ACCP (American College of Chest Physicians Consensus Conference) que utilizó comités de expertos que realizaron una revisión de la literatura publicada disponible y 3) el SPAF (Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Investigators) que analizó series de pacientes de distintos estudios clínicos. Gracias al resultado de estos estudios se lograron identificar factores de riesgo de peso para el desarrollo de episodios cerebrales isquémicos en pacientes con FA de origen no valvular. Entre ellos se destacaron la HTA, la edad mayor y DBT. Otros como el sexo femenino, la presión sistólica > 160 mm de Hg y la disfunción ventricular izquierda, han sido relacionados con stroke en forma variable. El diámetro auricular izquierdo fue menos útil como predictor de accidente cerebral isquémico. Otros factores que asimismo podrían afectar la coagulación como el tratamiento de reemplazo de hormona postmenopáusica (riesgo aumentado de stroke) y la ingesta moderada de

etanol (riesgo disminuido de stroke) han sido también propuestos pero aún no deberían incorporarse a los esquemas de estratificación de riesgo. De acuerdo a un subestudio del SPAF III³, pueden ser candidatos a **no requerir anticoagulación** aquellos pacientes con FA que: 1- no posean válvulas protésicas, estenosis mitral ni otras condiciones que requieran anticoagulación. 2- o bien que no tengan cualquiera de los 4 factores de riesgo específicos para TE: a) función ventricular deteriorada (reciente ICC o fracción de acortamiento <25%) b) TA sistólica > de 160 mm de Hg c) episodios de stroke previos o embolia sistémica. d) sexo femenino y mayor de 75 años.

Este grupo de pacientes que no requeriría tratamiento anticoagulante, podría ser tratado con una dosis de aspirina de 325 mg, si es que no existen contraindicaciones para esta droga, ya que la incidencia de accidente cerebral isquémico fue del 1,4%, comparada con la que se evidenció con warfarina que fue del 1,1%, en el análisis de estudios del AFI y que indicaría que estos pacientes estarían protegidos con aspirina.

El grupo etéreo que mayores problemas plantea son aquellos pacientes mayores de 75 años, en quienes la decisión de anticoagulación (de acuerdo a lo expresado en las recomendaciones del ACCP), queda a criterio del médico tratante. En este grupo la warfarina disminuye en forma significativa el TE, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas si se suman los strokes isquémicos mas los hemorrágicos y se los compara con placebo (4.6 vs 4.3%/año). En este contexto, en nuestra práctica diaria, además de los criterios clínicos utilizamos los criterios ecocardiográficos de alto riesgo embólico, la búsqueda de estados de hipercoagulabilidad y la presencia de lesiones isquémicas cerebrales en la tomografía computada en los pacientes sin clínica neurológica.

Si tomamos los datos de los estudios que incluyeron el ecocardiograma como parámetro de estratificación de riesgo (BAATAF, SPINAF y SPAF), el ecocardiograma transtorácico nos brinda datos con respecto al tamaño de la aurícula izquierda (si su diámetro es mayor de 2.5cm/m² de superficie corporal, es un factor independiente predictivo de embolia)⁴ y la función ventricular izquierda. Un 15% de los pacientes categorizados como de bajo riesgo de acuerdo a los criterios clínicos, presentan moderado o severo deterioro de la función ventricular izquierda, con lo cual se incrementa 2.5 veces el riesgo de TE⁵. Por su parte, el ecocardiograma transesofágico, nos brinda información pronóstica de alto riesgo de embolización en aquellos pacientes con contraste espontáneo, trombo auricular, disfunción contráctil de la orejuela de la aurícula izquierda o

presencia de placas ateroscleróticas complicadas (grado IV o V) en aorta⁶. Si bien este estudio no está recomendado para estratificar riesgo, es indudable que de contar con él, sus resultados serán de suma utilidad para una correcta toma de decisión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anticoagulation for Chronic Atrial Fibrillation. Stern S, Altkorn D, Levinson W. *JAMA*. 2000; 283; 22: 2901-2903.
2. Assessment of Three Schemes for Stratifying Stroke Risk in Patients with Nonvalvular Atrial Fibrillation. *Am J Med*. 2000; 109: 45-51
3. Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Investigators. Patients with nonvalvular atrial fibrillation at low-risk of stroke during treatment with aspirin. *JAMA*. 1998; 279: 1273-1277.
4. Predictors of major vascular events in patients with a transient ischemic attack or minor ischemic stroke with nonrheumatic atrial fibrillation. European Atrial Fibrillation Trial (EAFT) Study Group. Van Latum, JC, Koudstaal, PJ, Venables, GS, et al. *Stroke* 1995; 25: 801.
5. Atrial Fibrillation Investigators. Echocardiographic predictors of stroke in patients with atrial fibrillation: A prospective study of 1066 patients from 3 clinical trials. *Arch Intern Med* 1998; 158: 1316.
6. Transesophageal echocardiography to assess embolic risk in patients with atrial fibrillation. Stollberger, C chnupa, P, Kronik, G, et al, for the ELAT study group. *Ann Intern Med* 1998; 128: 630.

DRA. SUSANA MESCHENGIESER

La decisión de anticoagular un paciente siempre resulta de valorar beneficios y riesgos y son muy infrecuentes los casos en los cuales el hematólogo contraindica la anticoagulación por causas relacionadas con su especialidad (trombocitopenia severa, coagulopatía severa). Es más frecuente que el cardiólogo prive al paciente con fibrilación auricular crónica del beneficio de la anticoagulación por temor al sangrado y este temor generalmente está centrado en la edad del paciente y rara vez en otras causas.

Los factores de riesgo independientes para accidente cerebrovascular claramente identificados son:

- 1) Antecedente de accidente cerebrovascular o isquemia cerebral transitoria (Riesgo Relativo [R.R.] 2.5)
- 2) Diabetes (R.R. 1.7)
- 3) Hipertensión arterial (R.R. 1.6)
- 4) Edad avanzada (R.R. 1.4 por cada década después de los 60 años)
- 5) Insuficiencia cardíaca congestiva (R.R. 1.4)
- 6) Historia de infarto de miocardio (R.R. 1.2)

Los factores de riesgo de sangrado, por otro lado, no están tan claramente definidos. Landefeld y Goldman identificaron cinco factores de riesgo independientes de sangrado y llamativamente tres de ellos coinciden con los de riesgo trombótico:

- 1) Edad avanzada (65 años o más)
- 2) Historia de antecedente cerebrovascular
- 3) Historia de hemorragia gastrointestinal
- 4) Condiciones comórbidas serias (infarto de miocardio reciente, insuficiencia renal y anemia severa).
- 5) Fibrilación auricular

En nuestra experiencia la edad no constituyó un factor de riesgo independiente de y el mayor determinante fue la intensidad de la anticoagulación y la desviación del RIN (Razón Internacional Normalizada) o índice de variabilidad.

Como el rango terapéutico deseado en los pacientes con fibrilación auricular es de 2 a 3, a menos que por alguna razón el valor alcanzado supere un RIN de 3, la intensidad de la anticoagulación no constituiría un factor de riesgo independiente. Entonces, quedan como condiciones determinantes de sangrado, el antecedente de hemorragia digestiva y las situaciones comórbidas asociadas.

Si el paciente tiene alto riesgo de accidente cerebrovascular, la decisión debería basarse sobre todo en el riesgo trombótico a pesar de tener riesgo hemorrágico.

En cambio, si el paciente es de bajo riesgo trombótico, los factores asociados pro-sangrado adquieren más jerarquía.

La decisión de utilizar aspirina en aquellos pacientes con riesgo de sangrado, no es una elección sencilla ya que la aspirina también aumentaría ese riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

- Casais P, Sánchez Luceros A, Meschengieser S, Fondevila C, Santarelli MT, Lazzari MA. Bleeding risk factors in chronic oral anticoagulation with Acenocoumarol. *Am J Hematol* 2000; 63: 192-196.
- Eckman MH, Levine HJ, Salem DN, Pauker SG. Making decisions about antithrombotic therapy in heart disease: decision analytic and cost-effectiveness issues. *Chest* 1998; 114: 699S-714S.
- Landefeld S, Goldman L. Major bleeding in outpatients treated with warfarin: incidence and prediction by factors known at the start of outpatient therapy. *Am J Med* 1989; 87: 144-152.

CONCLUSIONES

SI ANTICOAGULACION con RIN 2-3:

- 1) Ptes con FA y valvulopatía siempre deben recibir anticoagulación
- 2) Ptes con FA no valvular con alto riesgo clínico de embolia definido como:

- a) Antecedente de ACV, TIA o embolia sistémica
- b) HTA sistólica > 160 mmHg
- c) Función del VI deteriorada (Reciente insuficiencia cardíaca o fracción de acortamiento < 25%)
- d) Diabetes
- e) Edad avanzada (> 75 años) y sexo femenino.

NO ANTICOAGULAR:

- 1) Ptes con FA jóvenes sin cardiopatía (Lone atrial fibrillation)
- 2) Ptes sin alto riesgo cardioembólico y con moderado a alto riesgo de sangrados como:
 - a) Antecedente de hemorragia digestiva
 - b) Diátesis hemorrágica
 - c) Pobre compliance al tratamiento anticoagulante
 - d) Enfermedad comórbida severa: Falla renal-anemia severa

Se podría considerar a la aspirina en dosis de 325 mg por día como una alternativa para el tratamiento con dicumarínicos. Si la decisión será no anticoagular debo tener en cuenta que el paciente no tenga criterios clínicos y ecocardiográficos de alto riesgo embólico.

La edad avanzada no constituye una contraindicación para el tratamiento anticoagulante pero podría justificar un monitoreo más estricto.

Palabras clave: Fibrilación auricular - anticoagulación

SUMMARY

We should offer anticoagulation (INR 2-3) to patients with atrial fibrillation and valvular disease. We should also anticoagulate patients with high risk cardioembolic nonvalvular atrial fibrillation like: 1- Prior stroke, transient ischemic attack or peripheral embolia. 2- Diabetes. 3- Systolic hypertension > 160 mmHg. 4- Recent heart failure. 5- Age > 75 years and female gender.

We should not offer anticoagulant therapy to patients with lone atrial fibrillation and also to patients with low cardioembolic risk atrial fibrillation and high risk of bleeding like: 1- prior gastrointestinal bleeding. 2- Hemorrhagic diathesis. 3- Poor compliance to anticoagulant treatment.

4- Comorbid severe disease. In this patients we may use aspirin 325 mg daily.

Advanced age is not a contraindication to anticoagulation but it could justify more frequent blood test controls.

Key words: Atrial fibrillation, Anticoagulation