

Tratamiento anticoagulante de la fibrilación auricular: usos y hábitos de los cardiólogos

Anticoagulant treatment of atrial fibrillation: uses and habits of cardiologists

FRANCISCO A. PASTORE, HÉCTOR CRESCIMONE, MARÍA MEZZADRA, PABLO GALVÁN, LEOPOLDO MARCÓN, MARCELO MURILLO

RESUMEN

Introducción: El tratamiento anticoagulante (TACO) es uno de los pilares en la prevención del accidente cerebrovascular.

Objetivos: Conocer los hábitos de inicio del TACO, las dificultades en su continuidad y la incorporación de nuevos anticoagulantes orales (NAO). Analizar las conductas médicas.

Material y Métodos: Encuesta cerrada a 107 cardiólogos.

Resultados: En el inicio del TACO, el 52,3% adoptó una decisión con el paciente. Fueron reconocidos diversos inconvenientes para su continuidad y el 85% eligió al costo como la dificultad para incorporar NAO. En pacientes de alto riesgo y FA de tiempo incierto, el 83,2% eligió TACO y control de frecuencia cardíaca. En pacientes de bajo riesgo con FA paroxística, el 54,2% optó por el seguimiento. En pacientes con alto riesgo embolígeno y de sangrado, el 75,7% decidió TACO.

Conclusiones: Se observó una tendencia a dar participación al paciente en el inicio del TACO y múltiples dificultades para sostenerlo. El precio de los NAO condiciona su uso. Las conductas médicas fueron concordantes con lo que indican las guías.

Palabras clave: Fibrilación auricular - Anticoagulantes/uso terapéutico - Cardiología - Estilo de vida

SUMMARY

Introduction: The anticoagulant treatment (ACOT) is one of the pillars in the prevention of stroke.

Objectives: To know the habits of initiation of ACOT, difficulties in its continuity, incorporation of new anticoagulants (NOA), and analyze medical behaviors.

Material and Methods: Survey closed to 107 cardiologists.

Results: At the beginning of ACOT, 52.3% cardiologists adopted a decision with the patient, several inconveniences were recognized for its continuity, and 85% chose the economic cost as a difficulty to incorporate NOA. In High risk and AF of uncertain time: 83.2% cardiologists chose ACOT and frequency control. In Low risk with paroxysmal AF: 54.2% opted for follow-up. In High risk embolism and bleeding: 75.7% decided ACOT.

Conclusions: A tendency to involve the patient at the beginning of ACOT, and multiple difficulties to sustain it was observed. The use of NAO is conditioned by economic cost. The medical behaviors were consistent with the guidelines.

Key words: Atrial fibrillation - Anticoagulants/therapeutic use - Cardiology - Life Style

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) incrementa cinco veces el riesgo de padecer un accidente cerebrovascular (ACV) (1) y está presente en un tercio de los pacientes que presentan un ACV isquémico. (2)

El tratamiento anticoagulante (TACO) disminuye en más de un 60% el riesgo de ACV y es de utilidad tanto en prevención primaria como secundaria, con una reducción del riesgo absoluto de 2,7% y 8,4% por año, respectivamente. (3,4) No obstante, la óptima implementación del TACO presenta dificultades que hacen que exista subutilización de este recurso terapéutico. (5)

En este trabajo se analizan los resultados de una encuesta cerrada dirigida a cardiólogos clínicos del conurbano bonaerense, diseñada con los siguientes objetivos: 1. conocer los hábitos de inicio del TACO de estos profesionales y las dificultades que advierten para su continuidad y la incorporación de nuevas drogas anticoagulantes orales (NAO), 2. analizar las conductas médicas ante hipotéticos casos clínicos que representan situaciones de frecuente consulta médica.

MATERIAL Y MÉTODOS

De un total de 600 cardiólogos domiciliados en el norte del conurbano de la provincia de Buenos Aires tomados de una

REV ARGENT CARDIOL 2019;87:383-387. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v87.i5.14612>

Recibido: 04/01/2019 - Aceptado: 07/06/2019

Dirección para separatas: Dr. Francisco Alberto Pastore, Cerro de Pasco 2179, Olivos (CP 1636). Provincia de Buenos Aires. Argentina.-
e-mail: franciscopastore@gmail.com

base de datos, 107 respondieron la encuesta que recibieron por correo electrónico. La mediana de edad de los participantes, que incluyó 37 mujeres (34,6%), fue de 52 años (rango: 28-72 años). El percentilo 25% y 75% de la muestra fue de 37 años y 60 años, respectivamente.

Desempeñaban su actividad en instituciones privadas 50 médicos (46,7%), el resto lo hacía en el ámbito público, o en ambos sitios.

Se utilizó una encuesta cerrada de 6 preguntas, con 4 opciones de respuesta cada una. Las 3 primeras preguntas fueron de opinión sobre los usos o hábitos y las 3 siguientes

inquirían sobre la conducta médica ante casos hipotéticos basados en la práctica clínica cotidiana (Tablas 1 y 2).

Análisis estadístico

Las variables nominales se informan como porcentajes. Para comparar proporciones, se usó la prueba de chi cuadrado. Se estimó el porcentaje de concordancia considerando la respuesta elegida en las tres preguntas de conducta médica, dando por correcta la elección de la opción que se hallaba dentro de lo recomendado en la Guía FA SAC 2015. (6)

Tabla 1. Manejo de la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular

Pregunta 1. Ud. decide iniciar tratamiento anticoagulante en su paciente con fibrilación auricular (FA).

¿Qué opción elige?

- a. Deriva a su paciente al hematólogo
- b. Inicia anticoagulación con anti vitamina K (acenocumarol o warfarina)
- c. Inicia anticoagulación con nuevos anticoagulantes orales (NAO)
- d. Explica las opciones a su paciente y decide luego en forma conjunta

Pregunta 2. Entre las siguientes opciones, ¿cuál representa el mayor inconveniente para sostener el tratamiento anticoagulante en sus pacientes?

- a. La baja confiabilidad de los controles de laboratorio
- b. La escasa posibilidad de los pacientes de realizar controles periódicos
- c. La carencia de los pacientes de cobertura médica (obra social o prepaga)
- d. Los potenciales efectos adversos del tratamiento

Pregunta 3. ¿Cuál de los siguientes factores representa con mayor frecuencia un impedimento para el uso de NAO en su paciente con FA?

- a. Costo del tratamiento
- b. Falta de cobertura social de su paciente
- c. Falta de evidencia de su uso comparado con los anticoagulantes tradicionales
- d. Presencia de comorbilidades (IRC)

Primera parte de la encuesta respondida por 107 cardiólogos del conurbano bonaerense.

Tabla 2. Conducta médica en referencia a casos clínicos hipotéticos

Caso 1. Un hombre de 75 años con antecedentes de hipertensión arterial controlada, asintomático, sin signo-sintomatología de insuficiencia cardíaca, se presenta a la consulta con un ECG que revela fibrilación auricular (FA) de respuesta ventricular 120 x', de tiempo desconocido. El score CHAD2DS2-VASC es 3. Ud. decide:

- b. Antiagregación oral (AAS) y control de frecuencia
- c. Anticoagulación y control de frecuencia
- d. Reversión farmacológica
- e. Derivación para internación, estudio y heparinización

Caso 2. Un paciente de 50 años sin factores de riesgo coronario ni enfermedad cardíaca estructural, score CHA2DS2VASC cero, presenta episodios de FA paroxística. Ud. decide:

- a. Anticoagulación oral con anti vitamina K
- b. Anticoagulación con NAO
- c. Antiagregación con AAS y clopidogrel
- d. Seguimiento sin tratamiento farmacológico

Caso 3. Consulta un paciente de 68 años, hipertenso, con antecedentes de accidente isquémico transitorio, un score CHAD2DS2-VASC de 4 y un score HAS-BLED de 3. Debe decidir acerca del inicio de anticoagulantes orales por FA permanente:

- a. Inicia anti vitamina K o NAO
- b. Inicia antiagregación (AAS) y control de frecuencia
- c. Inicia doble antiagregación (AAS y clopidogrel)
- d. Inicia solo control de frecuencia

Segunda parte de la encuesta respondida por 107 cardiólogos del conurbano bonaerense.

Consideraciones éticas

Los médicos cardiólogos que respondieron la encuesta pertenecen al distrito Conurbano Norte de la Sociedad Argentina de Cardiología y fueron invitados a participar de ella en forma voluntaria y anónima, a través de correo electrónico. Los casos a los que hace referencia la segunda parte de la encuesta plantean situaciones clínicas de consulta frecuente en cardiología ambulatoria. Dado que no son “casos reales”, no fue necesario solicitar consentimiento alguno por parte de pacientes.

RESULTADOS

Inicio del tratamiento anticoagulante

Esta pregunta estuvo orientada a conocer, una vez decidido el TACO, cuál es la opción de inicio elegida. El 52,3% (n = 56) de los encuestados prefirió dar intervención al paciente en la elección. Esta conducta fue independiente del tipo de establecimiento en el que se desempeñaba el médico (público 54% vs. privado 50,8%, p = NS); también de la edad del profesional (60 años o menos 46,6% vs. ≥ 61 años 54,5%, p = NS, percentilo 75% de la muestra).

El resto de las elecciones mostraron la siguiente distribución: derivación al hematólogo, 29,9% (n = 32); prescripción de nuevos anticoagulantes orales, 12,1% (n = 13); prescripción de fármacos anti vitamina K, 5,6% (n = 6).

Mantenimiento del tratamiento anticoagulante

En la pregunta orientada a conocer los inconvenientes que se presentan para continuar un TACO, las respuestas fueron, en orden decreciente, las siguientes: escasa posibilidad de realizar controles periódicos, 37,4% (n = 40); falta de cobertura médica, 29,9% (n = 32); potenciales efectos adversos de la terapia, 24,3% (n = 26); baja confiabilidad de los controles de laboratorio, 8,4% (n = 9).

Dificultades para la incorporación de nuevas terapias

En relación con las dificultades para incorporar al tratamiento los NAO, el costo fue la opinión casi excluyente. El 85% (n = 91) de los médicos opinó en ese sentido, seguido de la carencia de obra social o prepaga, con un porcentaje muy inferior, del 8,4% (n = 9), de la existencia de comorbilidades, en un 3,7% (n = 4), y de la falta de evidencia en favor del empleo de estas drogas, en el 2,8% (n = 3).

Casos clínicos hipotéticos

Caso 1. Paciente con FA de tiempo incierto de instalación y alto riesgo embolígeno

a. Se planteó el supuesto caso de un paciente masculino de 75 años, hipertenso, con fibrilación auricular de tiempo incierto, buena tolerancia hemodinámica y *score* CHA₂DS₂VASC de alto riesgo embolígeno. El 83,2% (n = 89) eligió realizar anticoagulación y control de la frecuencia cardíaca. El resto de las opciones se distribuyeron del siguiente modo: deri-

vación para internación, estudio y heparinización, 13% (n = 14); reversión farmacológica, 1,9% (n = 2); antiagregación oral (AAS) y control de frecuencia, 1,9% (n = 2).

Caso 2. Paciente con FA paroxística y bajo riesgo embolígeno

Se planteó el supuesto caso de un paciente de bajo riesgo embolígeno, *score* CHA₂DS₂VASC cero, con episodios de FA.

El 54,2% (n = 58) optó por el seguimiento sin TACO. El 39,3% (n = 42) estuvo a favor de la anticoagulación, con NAO el 26,2% (n = 28) y con anti vitamina K el 13,1% (n = 14). El resto de los encuestados, 6,5% (n = 7), optó por la doble antiagregación.

Caso 3. Paciente con FA, de alto riesgo embolígeno y de sangrado simultáneos

En este hipotético paciente con *score* CHA₂DS₂VASC 4 y HAS- BLED 3, el 75,7% (n = 81) de los cardiólogos optó por el inicio de algún TACO. En orden decreciente, las restantes elecciones fueron inicio de doble antiagregación (AAS y clopidogrel), 12,1% (n = 13); inicio de antiagregación (AAS) y control de frecuencia, 9,3% (n = 10); e inicio de control de la frecuencia solamente, 2,8% (n = 3).

Estimación del porcentaje de concordancia

Los 107 cardiólogos encuestados dieron respuesta a las tres preguntas de la segunda parte. Sobre un total de 321 respuestas, 228 estuvieron en concordancia con los lineamientos de la Guía FA SAC 2015, lo que determina un porcentaje de concordancia estimado del 71%.

DISCUSIÓN

Nuestro trabajo abordó el tema del tratamiento anticoagulante en la FA, centrado en la opinión de los médicos cardiólogos. En relación con el inicio del tratamiento, se destaca una tendencia a dar participación al paciente en la elección de las opciones terapéuticas.

Aquellos cardiólogos que decidieron el inicio del TACO, prescribieron con más frecuencia los NAO, en una relación 2:1 respecto de las drogas anti vitamina K. Esta conducta se ha visto propiciada por la ventaja de lograr una anticoagulación más rápida a una dosis estándar con las nuevas drogas. Menos de un tercio de los cardiólogos realizan la derivación al hematólogo, actitud que responde a la tradicional.

En relación con los inconvenientes para sostener la continuidad del TACO, el más frecuentemente elegido fue la dificultad para realizar los controles periódicos. De una encuesta hecha en los EE. UU., Leung et al. concluyeron que el principal motivo de indicación de los NAO por los cardiólogos es la reducción de los controles periódicos. (7)

El 85% de nuestros encuestados identificó al costo de los NAO como un limitante para su uso; una estrategia sería su utilización en los grupos que obtendrían

mayor beneficio de esta conducta. Entre ellos estaría el de los pacientes que, por razones de distancia, no tienen acceso a los controles periódicos de coagulación, así como los que no consiguen alcanzar con las drogas tradicionales un tiempo en rango terapéutico mayor del 65-70% del RIN, o bien los pacientes en mayor riesgo de sangrado intracraneal. (8,9)

En el caso 1, la prioridad es iniciar el TACO para evitar el riesgo de embolia. No amerita internación y quedaría para un segundo tiempo evaluar la factibilidad de una reversión eléctrica programada.

Produjo mayor disparidad de opinión el hipotético caso del paciente con FA paroxística, sin cardiopatía estructural y bajo riesgo embolígeno (caso 2), frente al cual casi el 40% de los cardiólogos optó por anticoagular, a pesar del *score* CHA₂DS₂VASC cero. Las guías recomiendan que la anticoagulación debe realizarse en función del riesgo embolígeno determinado por el *score* CHA₂DS₂VASC, independientemente del tipo de FA. Esto ha sido establecido sobre la base de trabajos que señalan un riesgo de accidente vascular y sangrado equivalentes para la FA paroxística, permanente y persistente. (10,11)

No obstante, el manejo de la FA paroxística es actualmente tema de controversia, ya que la anticoagulación podría estar indicada si se considera como un factor de riesgo independiente lo que se ha denominado "carga de fibrilación auricular". (12,13)

El poder de discriminación global de los *scores* de riesgo de ACV en la FA es modesto, para el *score* CHA₂DS₂VASC el c-statistic fue 0,606 (0,513-0,699). (14) Es probable que variables no incluidas en dicho puntaje, como la carga arritmica, contribuyan a tomar la conducta de anticoagulación en un paciente individual.

En el tercer caso, en el que confluyen el alto riesgo embólico y de sangrado, el beneficio neto favorece al TACO. El puntaje HAS-BLED alto conduce a investigar más intensamente el caso y a buscar revertir las causas modificables de sangrado, pero no contraindica la anticoagulación. El uso de ácido acetilsalicílico ni la doble antiagregación brindan la protección que ofrece el TACO frente al riesgo embólico. (15)

Nosotros estimamos el porcentaje de concordancia a partir de las respuestas coincidentes con el contenido de nuestras guías. El porcentaje hallado nos parece bueno, aun cuando estuvo influido por la conducta de anticoagulación que sostuvieron algunos cardiólogos en el caso de la FA paroxística con bajo *score* de riesgo.

LIMITACIONES DEL TRABAJO

Los resultados obtenidos se refieren a la opinión de una muestra de médicos cardiólogos del conurbano bonaerense y podrían no reflejar la realidad de otras regiones de nuestro país. Por otra parte, al tratarse de un cuestionario cerrado, es posible que existan otras opiniones no incluidas en el menú de respuestas. En relación con el porcentaje de concordancia calculado

a partir de solo tres casos clínicos hipotéticos, su variación porcentual se magnifica ante cada respuesta concordante o no con el contenido de la guía.

CONCLUSIONES

Los cardiólogos encuestados mostraron una actitud proclive a la participación del paciente en el modo de inicio del tratamiento anticoagulante.

Múltiples causas representan inconvenientes para la continuidad del tratamiento y el costo de los nuevos anticoagulantes orales condiciona su uso.

Las conductas médicas fueron concordantes con nuestras guías, con una tendencia al sobretratamiento en el grupo de bajo riesgo.

Agradecimientos

Queremos agradecer a nuestra secretaria Mirta Heredia, por su colaboración en la edición y distribución del cuestionario de la encuesta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial Fibrillation as an Independent Risk Factor for Stroke: The Framingham Study. *Stroke* 1991;22:983-8. <http://doi.org/dhwbwv>
2. Freedman B, Potpara TS, Lip GY. Stroke prevention in atrial fibrillation. *Lancet* 2016;388:806-17. <http://doi.org/c9gd>
3. Hart RG, Benavente O, McBride R, Pearce LA. Antithrombotic Therapy To Prevent Stroke in Patients with Atrial Fibrillation: A Meta-Analysis. *Ann Intern Med* 1999;131:492-501. <http://doi.org/c9gf>
4. Gundlund A, Xian Y, Peterson ED, Butt JH, Gadsbøll K, Bjerring Olesen J, et al. Prestroke and Poststroke Antithrombotic Therapy in Patients With Atrial Fibrillation. Results From a Nationwide Cohort. *JAMA Network Open* 2018;1:e180171. <http://doi.org/c9dz>
5. Mazurek M, Huisman MV, Rothman KJ, Paquette M, Teutsch C, Diener HC, et al. Regional Differences in Antithrombotic Treatment for Atrial Fibrillation: Insights from the GLORIA-AF Phase II Registry. *Thromb Haemost* 2017;117:2376-88. <http://doi.org/gctz7j>
6. Consenso de Fibrilación Auricular. Sociedad Argentina de Cardiología. Área de Consensos y Normas. *Rev Argent Cardiol* 2015;83(Supl 1):1-28.
7. Leung LY, McAllister M, Selim M, Fisher M. Factors Influencing Oral Anticoagulant Prescribing Practices for Atrial Fibrillation. *Journal of Stroke* 2017;19:232-5. <http://doi.org/c9d2>
8. Zirikli A, Bode C. Vitamin K antagonists: relative strengths and weaknesses vs. direct oral anticoagulants for stroke prevention in patients with atrial fibrillation. *J Thromb Thrombolysis* 2017;43:365-79. <http://doi.org/f9354c>
9. Inohara T, Xian X, Liang L, Matsouaka RA, Saver JL, Smith EE, et al. Association of Intracerebral Hemorrhage Among Patients Taking Non-Vitamin K Antagonist vs Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants With In-Hospital Mortality. *JAMA* Published online January 25, 2018. <http://doi.org/c9d3>
10. Hart RG, Pearce LA, Rothbart RM, McAnulty JH, Asinger RW, Halperin JL. Stroke with intermittent atrial fibrillation: incidence and predictors during aspirin therapy. *Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Investigators*. *J Am Coll Cardiol*. 2000;35:183-7. <http://doi.org/b4xwhp>
11. Nieuwlaet R, Dinh T, Olsson B, Camm AJ, Capucci A, Tieleman RG, et al. Should we abandon the common practice of withholding oral anticoagulation in paroxysmal atrial fibrillation? *Eur Heart J* 2008;29:915-22. <http://doi.org/bt5tmv>
12. Go AS, Reynolds K, Yang J, Gupta N, Lenane J, Sung SH, et al. Association of Burden of Atrial Fibrillation With Risk of Ischemic Stroke

in Adults With Paroxysmal Atrial Fibrillation The KP-RHYTHM Study. *JAMA Cardiol* 2018;3:601-8. <http://doi.org/c9d4>.

13. Boriani G, Glotzer TV, Santini M, West TM, De Melis M, Sepsi M, et al. Device-detected atrial fibrillation and risk for stroke: an analysis of >10 000 patients from the SOS AF project (Stroke prevention Strategies based on Atrial Fibrillation information from implanted devices). *Eur Heart J* 2014;35:508-16. <http://doi.org/f5tvgm>

14. Lip GY, Nieuwlaat R, Pisters R, Lane DA, Crijns HJ. Refining Clinical Risk Stratification for Predicting Stroke and Thromboembo-

lism in Atrial Fibrillation Using a Novel Risk Factor-Based Approach the Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. *Chest* 2010;137:263-2. <http://doi.org/c43wcq>

15. ACTIVE Writing Group of the ACTIVE Investigators, Connolly S, Pogue J, Hart R, Pfeffer M, Hohnloser S, Chrolavicius S, et al. Clopidogrel plus aspirin versus oral anticoagulation for atrial fibrillation in the Atrial fibrillation Clopidogrel Trial with Irbesartan for prevention of Vascular Events (ACTIVE W): a randomised controlled trial. *Lancet* 2006;367:1903-12. <http://doi.org/cfdfk>