ARTICULO ORIGINAL

REGISTRO PERUANO DE FIBRILACIÓN AURICULAR (REPERFA). EDITORIAL

Dr. John Gallegos Jara*

La terapia anticoagulante en los pacientes con fibrilación auricular (FA) ha cambiado sustancialmente en los últimos 10 años. Actualmente la FA continúa siendo la arritmia cardiaca más frecuente a nivel mundial y a medida que conocemos más sobre la misma, se continúan dirigiendo esfuerzos en la investigación y recursos con el fin de obtener cada vez más información relacionados con los mecanismos fisiopatológicos, la evolución natural y buscar los tratamientos más eficaces no solo en la terminación de la FA sino también en la prevención de las recurrencias y principalmente en la prevención de los complicaciones trombo embolicas (TE). La FA es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de accidente cerebro vascular (ACV) y aumenta el riesgo por cinco veces[1] y estos ACV suelen ser más grandes que los ACV debido a otras etiologías[2]. Por otro lado, el riesgo del ACV no cambia con la temporalidad o tipo de la FA; incluso en pacientes asintomáticos[3] aumenta al doble la mortalidad[4]. Además es un factor de riesgo independiente en el empeoramiento de la insuficiencia cardiaca (IC)[5].

Las guías clínicas de manejo de la FA se van actualizando permanentemente y según las últimas guías de FA de la Sociedad Europea de Cardiología del 2020 recomiendan un manejo estructurado, multidisciplinario y holístico de la FA[6].

A nivel mundial la FA es la arritmia cardiaca sostenida más frecuente en adultos y, debido a una mayor longevidad de la población general, es de esperar que además se encuentre un aumento de comorbilidades como la hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, enfermedad renal crónica, lo que generará un aumento en la incidencia de FA así como un manejo más complejo de la misma[7].

Por todo lo expresado, es crucial identificar a los pacientes con FA e inmediatamente conocer cuál es el riesgo embolico y hemorrágico; es decir, estratificar el riesgo para iniciar cuanto antes la terapia anticoagulante oral (ACO) de ser necesario.

La valoración del riesgo embólico de los pacientes con FA está ampliamente difundida. Hay varias escalas diseñadas para este fin y una de las más utilizadas por su simplicidad y fácil de recordar es la escala clínica de CHAD2DS2-VASc, que incluye los factores de riesgo clínico habituales (IC, HTA, edad ≥ 75 años, DM, ACV/accidente isquémico transitorio (AIT), enfermedad vascular periférica, edad 65 - 74 años y el sexo femenino)[8]. También es ampliamente conocido que el rendimiento de la escala CHAD2DS2-VASc es discreto al momento de identificar a los pacientes con alto riesgo embolico, pero muy eficaz en la identificación de los pacientes con bajo riesgo embolico: 0 puntos en el caso de los varones o 1 punto para las mujeres coinciden con tasas de ictus o de mortalidad < 1%/año y por ende no requieren tratamiento ACO y tampoco aspirina para la prevención de eventos embólicos cerebrales[6]. Pero la ventana de riesgo de los pacientes varones con CHA2DS2-VASc igual a 1 y a 2 en las mujeres es mayor, por lo que en ellos se debe considerar el tratamiento ACO para la prevención de TE, siempre teniendo en cuenta las características individuales y las preferencias del paciente[6].

En el momento que se ha decidió la terapia antitrombótica es muy necesario evaluar el riesgo hemorrágico. Los factores de riesgo no modificables (edad >65 años, el sangrado mayor previo, la insuficiencia renal grave: diálisis o trasplante renal, la disfunción hepática grave: cirrosis, DM, malignidad, factores genéticos como el polimorfismo del CYP 2C9, ACV previo, deterioro cognitivo/demencia), o aquellos parcialmente modificables (fragilidad extrema con riesgo excesivo de caídas, anemia, recuento de plaquetas reducido, insuficiencia renal con Cl Cr < 60 ml/min y terapia anticoagulante con antagonistas de la vitamina K) son potenciales desencadenantes de complicaciones hemorrágicas, que actúan en sinergia

(*): Medico cardiólogo y Electrofisiólogo del Hospital Militar Central, Lima-Perú y de las Clínicas Maison de Santé. Email: gallegosjaraj@yahoo.com

con los factores modificables (HTA sistólica elevada >160 mm Hg, tratamiento simultaneo con antiagregantes plaquetarios y AINES, el consumo de alcohol, falta de adherencias a los anticoagulantes, elección y dosis adecuadas de los anticoagulantes entre otros)[9]. Es importante tener en cuenta que el antecedente de caídas no es un predictor independiente de riesgo hemorrágico en pacientes anticoagulados. Basado en un estudio de modelos, se estimó que un paciente tendría que tener 295 caídas al año para que el beneficio del tratamiento ACO en la prevención de ACV sea superado por el riesgo de complicaciones hemorrágicas graves[10]. Es mandatorio el uso de escalas de riesgo hemorrágico y si bien no hay consenso en cual emplear, es mejor utilizarlas buscando el equilibrio entre la simplicidad y el pragmatismo frente a la precisión. Hay algunos estudios de revisión que indican que la escala de HAS BLEED tiene una fuerza de evidencia moderada sobre la predicción del riesgo hemorrágico[11-13]. Hay que considerar que una puntuación alta de riesgo hemorrágico no debe ser una contraindicación para iniciar ACO, porque el beneficio clínico neto es mayor incluso en este grupo de pacientes. Sin embargo, la evaluación formal del riesgo hemorrágico proporciona información muy útil para el tratamiento de los pacientes anticoagulados, prestando especial atención en los factores de riesgo modificables que se deben tratar y reevaluar en cada contacto con el paciente y al identificar a los pacientes con factores no modificables de alto riesgo hemorrágico deben asistir antes a la consulta que un paciente con bajo riesgo hemorrágico[9,14].

Hay muchas publicaciones internacionales sobre FA y sus diferentes aspectos demográficos, terapéuticos y principalmente en la prevención tromboembólica de la FA. En el Perú tenemos pocas publicaciones referentes a FA y no hay reportes sobre la prevención de eventos TE. Basados en este espacio no cubierto es que se diseñó el registro peruano de fibrilación auricular (REPERFA) como el primer registro nacional para conocer algunas de las características de los pacientes con diagnóstico de FA no valvular en el Perú y principalmente obtener datos sobre el tratamiento anticoagulante para la prevención de los eventos TE y que además tenga una representación nacional. Se planteó la participación de instituciones de salud tanto públicas como privadas de la costa, sierra y de la selva como del norte, centro y sur del Perú, para garantizar que el registro sea representativo de la realidad nacional. Es de nuestro interés buscar el reporte de una amplia distribución geográfica para comparar la estrategia de la terapia ACO en las distintas zonas geográficas del país. En este registro de FA aun en marcha en el Perú hemos optado utilizar las escalas de CHA2DS2 VASC y HAS BLED para la estratificación de los riesgos embólicos y hemorrágicos. También debemos reconocer que el levantamiento de datos se inició casi en simultáneo con la pandemia COVID 19, lo cual retrasó el reporte de casos y no se lograron los objetivos en el número y distribución de pacientes reclutados. Pese a ello se presentó un avance del registro en el Congreso Peruano de Cardiología del 2021 y en el presente artículo vamos a plasmar los datos preliminares del registro de FA y una vez concluido el registro en el futuro presentaremos los datos finales y algunas comparaciones y asociaciones entre variables de estar justificadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. Stroke. agosto de 1991;22(8):983-8.
2. Lin H-J, Wolf PA, Kelly-Hayes M, Beiser AS, Kase CS, Benjamin EJ, et al. Stroke Severity in Atrial Fibrillation: The Framingham Study. Stroke. octubre de 1996;27(10):1760-4.
3. Page RL, Tilsch TW, Connolly SJ, Schnell DJ, Marcello SR, Wilkinson WE, et al. Asymptomatic or "Silent" Atrial Fibrillation: Frequency in Untreated Patients and Patients Receiving Azimilide. Circulation. 4 de marzo de 2003;107(8):1141-5.
4. 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. 8 de septiembre de 1998;98(10):946-52.
5. Wang TJ, Larson MG, Levy D, Vasan 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. 17 de junio de 2003;107(23):2920-5.
6. Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, Boriani G, Castella M, et al. The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). :126.
7. Miyasaka Y, Barnes ME, Gersh BJ, Cha SS, Bailey KR, Abhayaratna WP, et al. Secular Trends in Incidence of Atrial Fibrillation in Olmsted County, Minnesota, 1980 to 2000, and Implications on the Projections for Future Prevalence. Circulation. 11 de julio de 2006;114(2):119-25.
8. Lip GY, Nieuwlaat R, Pisters R, Lane DA, Crijns HJ. Refining clinical risk stratificationfor predicting Stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using anovel risk factor-based approach: the Euro Heart Survey on atrial fibrillation. Chest. 2010;137:263–272.
9. Chao TF, Lip GYH, Lin YJ, Chang SL, Lo LW, Hu YF, Tuan TC, Liao JN, Chung FP. Chen TJ, Chen SA. Incident risk factors and major bleeding in patients with atrial fibrillation treated with oral anticoagulants: a comparison of baseline, follow-up and Delta HAS-BLED scores with an approach focused on modifiable bleeding risk factors. Thromb Haemost. 2018;118:768–777.
10. Man-Son-Hing M, Nichol G, Lau A, Laupacis A. Choosing antithrombotic therapyfor elderly patients with atrial fibrillation who are at risk for falls. Arch Intern Med. 1999;159:677–685.
11. Caldeira D, Costa J, Fernandes RM, Pinto FJ, Ferreira JJ. Performance of the HASBLED high bleeding-risk category, compared to ATRIA and HEMORR2HAGES in patients with atrial fibrillation: a systematic review andmeta-analysis. J Interv Card Electrophysiol. 2014;40:277–284.
12. Zhu W, He W, Guo L, Wang X, Hong K. The HAS-BLED score for predicting major bleeding risk in anticoagulated patients with atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis. Clin Cardiol. 2015;38:555–561.
13. Chang G, Xie Q, Ma L, Hu K, Zhang Z, Mu G, Cui Y. Accuracy of HAS-BLED and other bleeding risk assessment tools in predicting major bleeding events inatrial fibrillation: a network meta-analysis. J Thromb Haemost. 2020;18:791–801.
14. Lip GY, Lane DA. Bleeding risk assessment in atrial fibrillation: observations on the use and misuse of bleeding risk scores. J Thromb Haemost. 2016;14:1711– 1714.