



## ANTICOAGULACIÓN Y FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR

### Introducción

V. Barrios Alonso<sup>a,\*</sup> y A. Calderón Montero<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

<sup>b</sup>Centro de Salud Rosa Luxemburgo, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca más frecuente en la práctica clínica diaria. En nuestro medio, la prevalencia varía según el tipo de la población estudiada. Así, mientras que en la población general se sitúa aproximadamente entre el 2-4%, la prevalencia aumenta sensiblemente conforme lo hace la edad (16,5% en  $\geq 85$  años) o con la concomitancia de otras patologías como la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica o la insuficiencia cardíaca<sup>1</sup>. En un amplio estudio realizado en el ámbito de atención primaria en nuestro país, la prevalencia observada fue del 6,1%<sup>2</sup>. En cuanto a la incidencia de FA en España, los registros actualmente disponibles no permiten conocer este dato con exactitud. Datos de diversos trabajos internacionales señalan que a partir de los 50 años la incidencia de FA se duplica por cada década. Así, se estima que la tasa de incidencia es de 3,1/1.000 personas-año en los sujetos entre 55 y 65 años, y de 38/1.000 personas-año en los mayores de 85 años<sup>3</sup>.

El principal peligro de la FA es su asociación con una elevada morbilidad y mortalidad. La complicación más temida es el accidente cerebrovascular, tanto por la mortalidad asociada como, sobre todo, por las secuelas tan invalidantes que puede llegar a ocasionar. Así, la FA incrementa en 5 veces la posibilidad de presentar un ictus. Este riesgo se incrementa aún más con la edad y no depende del tipo de FA. En este sentido, los resultados del estudio SPAF (*Stroke Prevention in Atrial Fibrillation*) demostraron que el riesgo para la aparición de un ictus isquémico era similar en pacientes con FA recurrente (3,2%) y FA permanente (3,3%), por lo que las necesidades de anticoagulación no deberían ser distintas dependiendo del tipo de FA, sino del riesgo tromboembólico global<sup>4</sup>. En cuanto a la mortalidad, la FA se

asocia de manera independiente a un mayor riesgo de muerte (1,9 veces en mujeres frente a un 1,5 en varones). Sin embargo, este exceso de mortalidad no solo se debe a la FA por sí misma, sino que su presencia se asocia a un peor perfil clínico, con más factores de riesgo y más comorbilidades, así como con un peor control de los factores de riesgo cardiovascular.

Las características epidemiológicas de la FA potencian aún más el papel del médico de atención primaria, que interviene en todas las fases de la enfermedad, desde la prevención y el diagnóstico hasta el control terapéutico y detección de las posibles recidivas. En este escenario, el médico de familia debe abordar la FA desde una perspectiva y formación globales, que le permitan afrontar adecuadamente los diferentes retos que la enfermedad plantea en su evolución y, en especial, el adecuado manejo del tratamiento anticoagulante. Es por ello que son necesarias unas directrices claras.

La warfarina y el acenocumarol en nuestro medio han sido el tratamiento habitual para la prevención del ictus. Hasta el momento actual han mostrado una eficacia notable y una seguridad razonable, con una relación beneficio/riesgo favorable. Sin embargo, el reciente desarrollo de los nuevos fármacos anticoagulantes ha supuesto una auténtica revolución de la prevención tromboembólica en la FA<sup>5-7</sup>. Su eficacia es, al menos, similar a la warfarina, mientras que han demostrado ser más seguros, especialmente en la incidencia de hemorragia intracerebral. Sin embargo, la situación socioeconómica actual añade otros factores a considerar a la hora de valorar el tratamiento más adecuado para cada paciente.

En el momento actual hay comercializados en nuestro país 2 nuevos anticoagulantes como son dabigatrán y rivaroxabán, si bien en breve aparecerá apixabán y, posteriormente, nuevas

Correo electrónico: vbarriosa@medynet.com (V. Barrios Alonso).

moléculas. Las poblaciones y los resultados de los estudios realizados con los 2 fármacos autorizados hasta el momento presentan importantes diferencias que pueden suscitar dudas sobre la elección de uno u otro en función del paciente.

Por todas estas razones consideramos que está plenamente justificada la realización de un monográfico sobre la anticoagulación en la FA dirigido específicamente a los médicos de atención primaria. Además de realizar una revisión práctica de la FA como patología cada día más frecuente, se abordan las ventajas e inconvenientes de los anticoagulantes clásicos y de los nuevos, para que los médicos puedan aplicar los criterios científicos más adecuados en cada situación. Asimismo, se dedica un artículo a revisar las indicaciones actuales propuestas por las principales guías publicadas, así como otro artículo dirigido a realizar una aproximación al aspecto económico de los nuevos anticoagulantes. Conocemos perfectamente que estos 2 aspectos pueden modificarse en breve en función de las nuevas evidencias que se vayan publicando. Finalmente, teniendo en cuenta que ya existen publicaciones sobre dabigatrán, hemos desarrollado un apartado específico sobre rivaroxabán, que es hasta el momento el último anticoagulante comercializado en nuestro país, con el ánimo de aclarar las posibles dudas a la hora de elegir entre uno u otro de los 2 nuevos anticoagulantes comercializados hasta la fecha en nuestro país.

En conclusión, nuestra intención al desarrollar esta monografía ha sido aportar la evidencia actual sobre el tratamiento anticoagulante de la FA de una manera práctica y sencilla, y con el máximo rigor científico, para que sea útil en la práctica clínica diaria del médico de atención primaria.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Goto S, Bhatt DL, Röther J, Alberts M, Hill MD, Ikeda Y, et al. Prevalence, clinical profile, and cardiovascular outcomes of atrial fibrillation patients with atherothrombosis. *Am Heart J*. 2008;156:855-63.
2. Barrios V, Calderón A, Escobar C, De la Figuera M. Pacientes con fibrilación auricular asistidos en consultas de atención primaria. Estudio Val-FAAP. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:47-53.
3. 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.
4. 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.
5. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, Eikelboom J, Oldgren J, Parekh A, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2009;361:1139-51.
6. Patel MR, Mahaffey KW, Garg J, Pan G, Singer DE, Hacke W, et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2011;365:883-91.
7. Granger CB, Alexander JH, McMurray JJ, Lopes RD, Hylek EM, Hanna M, et al. Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2011;365:981-92.