

Impacto de los nuevos criterios para el tratamiento anticoagulante de la fibrilación auricular

Moisés Rodríguez-Mañeroa ¹, Alberto Cordero ², Vicente Bertomeu-González ², José Moreno-Arribas ², Vicente Bertomeu-Martínez ², Pilar Mazón ³, Lorenzo Fácila ⁴, Juan Cosín ⁵, Iñaki Lekuona ⁶, Enrique Galve ⁷, José R. González-Juanatey ³

<http://www.revvespcardiol.org/es/impacto-los-nuevos-criterios-el/articulo/90024418/>

Resumen

Introducción y objetivos: las guías de fibrilación auricular (FA) de la Sociedad Europea de Cardiología incluyen en la estratificación del riesgo tromboembólico nuevos factores “moduladores” que recalifican a un porcentaje de pacientes anteriormente catalogados de riesgo “bajo” o “moderado” a categorías superiores. El objetivo de nuestro estudio es analizar el impacto de la escala CHA₂DS₂-VASc y las nuevas recomendaciones de anticoagulación oral (ACO) en una muestra contemporánea de pacientes con FA reclutados en consultas externas de cardiología y atención primaria.

Métodos: estudio epidemiológico observacional, transversal y multicéntrico diseñado por la sección de hipertensión arterial con el objetivo de conocer la prevalencia y el control de la hipertensión en la práctica clínica habitual. Cada médico debía incluir a los primeros 6 pacientes de cada día durante 5 días.

Resultados: Se reclutó a 25.137 pacientes, de los que 1.544 tenían el antecedente de FA. De estos, el 77,3% tenía una puntuación CHADS₂ ≥ 2. Se recalificó según la escala CHA₂DS₂-VASc a la población restante con CHADS₂ < 2. El 14,4% tenía ≥ 75 años (CHA₂DS₂-VASc = 2). De los menores de 75 años, 42,3% tenía un CHA₂DS₂-VASc = 2; 23,7%, CHA₂DS₂-VASc = 3 y 1,1%, CHA₂DS₂-VASc = 4. Esto supone que 85,1% de los pacientes con CHADS₂ < 2 tendrán, en ausencia de contraindicaciones, indicación de ACO.

Conclusiones: las nuevas indicaciones supondrán un incremento significativo en el número de pacientes con indicación de ACO, a expensas de los previamente categorizados como con riesgo “bajo-moderado”. Por lo tanto, será indispensable identificarlos con vistas a disminuir el riesgo tromboembólico sin dejar de prestar atención al perfil de riesgo hemorrágico.

Palabras clave: FIBRILACIÓN AURICULAR
ESCALAS DE RIESGO
FÁRMACOS ANTITROMBÓTICOS

1. Heart Rhythm Management Centre, University Hospital Brussels-UZ Brussels, Bruselas, Bélgica.
2. Departamento de Cardiología, Hospital Universitario de San Juan, Sant Joan d'Alacant, Alicante, España.
3. Departamento de Cardiología, Hospital Complejo Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España.
4. Departamento de Cardiología, Hospital Provincial de Castellón, Castellón de la Plana, España.
5. Departamento de Cardiología, Hospital Arnau de Vilanova, Lleida, España.
6. Departamento de Cardiología, Hospital de Galdakano, Vizcaya, España.
7. Departamento de Cardiología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Recibido el 11 de diciembre de 2010

Aceptado el 7 de marzo de 2011

On-line el 8 de junio de 2011

Publicado en Rev Esp Cardiol 2011; 64:649-53.

© 2011 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Trastornos cardiovasculares y enfermedad reumática

Alexandra Villa-Forte¹, Brian F. Mandell¹

<http://www.revespcardiol.org/es/trastornos-cardiovasculares-enfermedad-reumatica/articulo/90025323/>

Resumen

La enfermedad cardiovascular es un problema frecuente e insuficientemente reconocido en pacientes con trastornos reumáticos sistémicos. Los pacientes pueden presentar una enfermedad asociada a afección cardíaca en el momento del diagnóstico o en una fase posterior del curso de la enfermedad. Las manifestaciones varían según la enfermedad de que se trate, y todas las estructuras del corazón pueden verse afectadas y pueden causar morbilidad y mortalidad importantes. Las manifestaciones de la enfermedad cardíaca en estos pacientes van de subclínicas a graves y pueden requerir un tratamiento inmunosupresor agresivo. La detección temprana es importante para instaurar con rapidez un tratamiento apropiado. El tratamiento de la afección cardíaca asociada a la enfermedad se basa en la gravedad; las manifestaciones más graves requieren a menudo un tratamiento combinado con corticoides y fármacos citotóxicos. Se ha identificado de manera creciente aterosclerosis prematura en los pacientes con lupus eritematoso sistémico y artritis reumatoide, lo que puede conducir a una muerte coronaria prematura respecto a la población general. Un control agresivo de la inflamación sistémica en estas enfermedades puede conducir a reducir el riesgo de cardiopatía isquémica. Aunque el tratamiento agresivo de la enfermedad reumática primaria se ha asociado a una reducción de las tasas de mortalidad, no se han formulado directrices específicas para la prevención de la cardiopatía isquémica en este grupo de pacientes y las recomendaciones actuales incluyen el control agresivo y el seguimiento de los factores de riesgo tradicionales.

Palabras clave: ENFERMEDADES REUMÁTICAS
CARDIOPATÍA
ENFERMEDADES AUTOINMUNITARIAS
ATEROSCLEROSIS

1. Center for Vasculitis Care and Research, Department of Rheumatic and Immunologic Diseases, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio, Estados Unidos.

On-line el 16 de julio de 2011

Publicado en Rev Esp Cardiol 2011; 64:809-17.

© 2011 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.