

## Cartas al Editor

### ¿La clasificación CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC selecciona a los pacientes que más van a beneficiarse de la anticoagulación?



#### Does CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC Score Select Patients Who Will Benefit Most From Anticoagulation?

Sra. Editora:

Hemos leído el artículo de Barrios et al<sup>1</sup> referente al uso de anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular de una población de atención primaria no seleccionada. Consideramos que es un estudio de gran importancia, pues pone de manifiesto el gran margen de mejora existente en la práctica habitual, ya que, independientemente de la escala de riesgo embólico elegida, se anticoagula a alrededor de un 45% de pacientes sin indicación (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub> y CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC = 0), mientras que se priva de esta terapia a más del 40% con indicación clara.

El motivo de nuestra carta es, sin embargo, discrepar de la aseveración que realizan los autores cuando afirman que la escala CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC «permite identificar a los pacientes con fibrilación auricular que más se van a beneficiar del tratamiento anticoagulante mejor que con la escala CHADS<sub>2</sub>». Es cierto que la toma en consideración de los criterios menores (sexo femenino, edad 65-74 años o enfermedad vascular) aumenta el poder predictivo de eventos embólicos, pero creemos que sentar la indicación de anticoagulación solo con base en ellos, en ausencia de algún criterio mayor, implica anticoagular a muchos pacientes de muy bajo riesgo embólico sin tener en cuenta el beneficio clínico neto que deseamos obtener (prevención de embolias menos inducción de hemorragias graves). Esta idea se refuerza con los datos del registro danés de fibrilación auricular<sup>2</sup>, que contraponen prevención de ictus con hemorragia intracraneal, en el que queda patente la falta de beneficio clínico neto con CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC = 1 y es

discretísimo con CHADS<sub>2</sub> = 1. Esta diferencia entre las 2 escalas solo se puede explicar por el nulo beneficio clínico neto de anticoagular a pacientes con un solo criterio no mayor. Además, aunque en conjunto sí hay beneficio clínico neto para la anticoagulación con CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC = 2-9, sigue sin aclararse si ello se mantendría con 2 e incluso 3 puntos solo a expensas de criterios menores.

Por ello, de acuerdo con la evidencia actual y en línea con la prudencia expresada en el comentario editorial de REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA<sup>3</sup> sobre la Guía Europea de Fibrilación Auricular de 2010 y con las sociedades estadounidense y canadiense de cardiología, que no tienen en cuenta la escala CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC, nos parece que lo más simple y ajustado al conocimiento científico sería mantener la indicación de anticoagular según los criterios CHADS<sub>2</sub>, pero sin menospreciar la información aportada por la nueva clasificación para inclinar la balanza en uno u otro sentido en los casos de dudoso beneficio clínico neto (algunos CHADS<sub>2</sub> = 1). En esta dirección, el estudio reciente de Coppens et al<sup>4</sup> muestra que incluso un porcentaje no despreciable de pacientes (26%) con CHADS<sub>2</sub> = 1 (exceptuando edad) tiene un riesgo embólico muy bajo (alrededor del 1% anual) si no tiene también alguno de los criterios menores aportados por el CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC, lo que cuestiona la conveniencia de anticoagular a este subgrupo. Así pues, proponemos el algoritmo mostrado en la figura: CHADS<sub>2</sub> = 0, no anticoagular; ≥ 2, anticoagular (salvo contraindicación absoluta). Con CHADS<sub>2</sub> = 1, anticoagular cuando el criterio sea la edad o haya criterios menores asociados.

Finalmente, no hay que olvidar que, en los 4 estudios de fibrilación auricular no valvular realizados con los nuevos anticoagulantes orales, la indicación de anticoagulación se hace con base en la clasificación CHADS<sub>2</sub>. Por lo tanto, no estaría justificada la extrapolación de sus resultados e inicio de anticoagulación con uno de estos fármacos cuando el paciente no tuviera ninguno de los criterios mayores CHADS<sub>2</sub>.

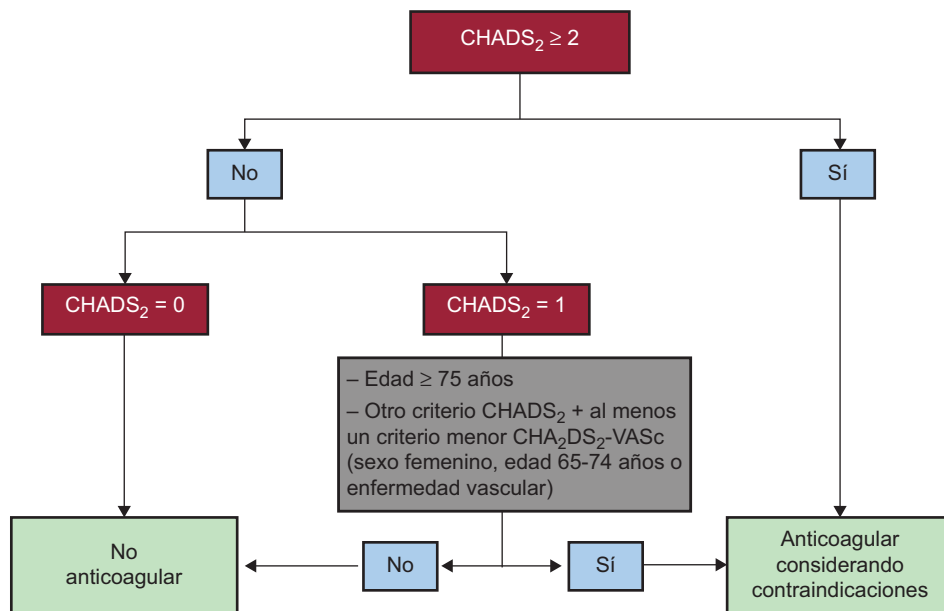


Figura. Algoritmo propuesto para decidir anticoagular a pacientes con fibrilación auricular no valvular.

Eva Pueo<sup>a,\*</sup>, Bieito Campos<sup>a</sup>, Manuel Anguita<sup>b</sup> y Fernando Worner<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, IRBLLLEIDA, Lleida, España

<sup>b</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [epueocrespo@yahoo.es](mailto:epueocrespo@yahoo.es) (E. Pueo).

On-line el 3 de abril de 2014

## BIBLIOGRAFÍA

1. Barrios V, Escobar C, Calderón A, Rodríguez Roca GC, Llisterri JL, Polo García J. Uso del tratamiento antitrombótico según la escala CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc en los pacientes con fibrilación auricular en atención primaria. Rev Esp Cardiol. 2014;67:150-1.

2. Olesen J, Lip G, Lindhardsen J, Lane D, Ahlehoff O, Hansen M, et al. Risk of thromboembolism and bleeding with thromboprophylaxis in patients with atrial fibrillation: A net clinical benefit analysis using a «real world» nationwide cohort study. Thromb Haemost. 2011;106:739-49.
3. Anguita M, Worner F, Doménech P, Marín F, Ortigosa J, Pérez-Villacastín J, et al. Nuevas evidencias, nuevas controversias: análisis crítico de la guía de práctica clínica sobre fibrilación auricular 2010 de la Sociedad Europea de Cardiología. Rev Esp Cardiol. 2012;65:7-13.
4. Coppens M, Eikelboom J, Hart R, Yusuf S, Lip G, Dorian P, et al. The CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score identifies those patients with atrial fibrillation and a CHADS<sub>2</sub> score of 1 who are unlikely to benefit from oral anticoagulant therapy. Eur Heart J. 2013; 34:170-6.

VÉASE CONTENIDOS RELACIONADOS:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.07.010>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.01.010>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.01.006>

## ¿La clasificación CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc selecciona a los pacientes que más van a beneficiarse de la anticoagulación? Respuesta



### Does CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc Score Select Patients Who Will Benefit Most From Anticoagulation? Response

Sra. Editora:

Nos gustaría agradecer el interés mostrado por Pueo et al. por nuestro artículo publicado en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA. Estamos de acuerdo con los autores en que una de las principales conclusiones de nuestro estudio es que en España el tratamiento antitrombótico no se realiza de manera adecuada<sup>1</sup>. En este sentido, la simplificación del algoritmo para decidir la anticoagulación de pacientes con fibrilación auricular no valvular nos parece, en principio, acertada, ya que va a facilitar que el tratamiento antitrombótico se realice de manera más adecuada.

Sin embargo, pensamos que es necesario realizar varias consideraciones acerca de las escalas de riesgo y los algoritmos de tratamiento. En primer lugar, habría que establecer con mayor claridad cuándo el paciente tiene un riesgo de ictus suficientemente elevado para justificar la anticoagulación. Por ejemplo, el riesgo anual de ictus de los pacientes con CHADS<sub>2</sub> y CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc = 1 es del 2,8 y el 1,3% respectivamente, y cuando la puntuación es 2, el riesgo es del 4,0 y el 2,2%<sup>2,3</sup>. Es decir, que el riesgo de ictus de un paciente con CHADS<sub>2</sub> = 1 es mayor que con CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc = 2<sup>4,5</sup>.

Por otra parte, la mayoría de las variables incluidas en ambas escalas son continuas y, sin embargo, se presentan como dicotómicas, lo que, si bien facilita su aplicación, disminuye en gran medida su valor predictivo. Por ejemplo, aunque la puntuación que se otorga es la misma, es lógico pensar que no tiene el mismo riesgo de ictus un paciente de 74 años que otro de 65. De hecho, según el esquema propuesto por los autores, sin tener ningún otro factor de riesgo trombotico asociado, un paciente de 74 años y 11 meses no tendrá indicación de anticoagulación, pero 1 mes después indiscutiblemente habría que anticoagularlo. Igualmente, se deberá considerar hipertenso al paciente con una presión arterial sistólica persistente en 141 mmHg, pero no a otro con 139 mmHg y, sin embargo, el riesgo de ictus debe de ser muy parecido. Del mismo modo, no tendrá el mismo riesgo de ictus un diabético de 15 años de evolución y en tratamiento con insulina que un diabético recién diagnosticado tratado solo con un fármaco, aunque en ambos casos la puntuación será la misma. Y lo mismo se podría plantear para el resto de las variables.

Finalmente, considerar únicamente las contraindicaciones de la anticoagulación parece demasiado simplista. Sería mejor considerar las situaciones que incrementan el riesgo de sangrado, cuantificar ese riesgo y compararlo con el riesgo de ictus<sup>6</sup>.

En consecuencia, y teniendo en cuenta la era tecnológica en que vivimos, sería mucho mejor analizar nuevamente las bases de datos sobre las que se realizaron estas escalas, pero debería hacerse tomando el valor real de la variable, evaluando el riesgo de ictus y de sangrado, y después realizar una aplicación informática que permita un cálculo exacto del riesgo de ictus y sangrado. Probablemente la valoración sería igual de rápida que emplear una escala excesivamente simplificada, pero sin duda sería mucho más exacta, realista y beneficiosa.

Vivencio Barrios<sup>a,\*</sup> y Carlos Escobar<sup>b</sup>

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

<sup>b</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [vivencio.barrios@gmail.com](mailto:vivencio.barrios@gmail.com) (V. Barrios).

On-line el 3 de abril de 2014

## BIBLIOGRAFÍA

1. Barrios V, Escobar C, Calderón A, Rodríguez Roca GC, Llisterri JL, Polo García J. Uso del tratamiento antitrombótico según la escala CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc en los pacientes con fibrilación auricular en atención primaria. Rev Esp Cardiol. 2014; 67:150-1.
2. Gage BF, Waterman AD, Shannon W, Boehler M, Rich MW, Radford MJ. Validation of clinical classification schemes for predicting stroke: results from the National Registry of Atrial Fibrillation. JAMA. 2001;285:2864-70.
3. Lip GY, Nieuwlaet R, Pisters R, Lane DA, Crijns HJ. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the Euro Heart Survey on atrial fibrillation. Chest. 2010;137:263-72.
4. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, Schotten U, Savelieva I, Ernst S, et al. Guías de práctica clínica para el manejo de la fibrilación auricular. Rev Esp Cardiol. 2010;63:1483. e1-83.
5. Camm AJ, Lip GY, Caterina RD, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, et al. Actualización de las guías de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el manejo de la fibrilación auricular de 2010 Elaborada en colaboración con la Asociación Europea del Ritmo Cardíaco. Rev Esp Cardiol. 2013;66:54. e1-54.
6. Pisters R, Lane DA, Nieuwlaet R, De Vos CB, Crijns HJ, Lip GY. A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess one-year risk of major bleeding in atrial fibrillation patients: The Euro Heart Survey. Chest. 2010;138:1093-100.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.01.006>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.01.010>