

Titular: Riesgo de eventos cardiovasculares tras diagnóstico de fibrilación auricular

Entradilla: *Comentario realizado desde el grupo de trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN del artículo "Riesgo Prematuro de Muerte, Ictus, Embolismo y Sangrado mayor en pacientes con Fibrilación Auricular recientemente diagnosticada".*

Registro Garfield-AF. Riesgo prematuro de muerte, ictus/embolismo sistémico y hemorragia grave en pacientes con fibrilación auricular recientemente diagnosticada.

Resumen

Antecedentes:

La fibrilación auricular (FA) se asocia con un aumento de los riesgos de muerte, ictus/embolismo sistémico y sangrado (secundario a terapia antitrombótica), que pueden ocurrir de forma prematura tras el diagnóstico.

Método:

Entre 2010 y 2016, se evaluó prospectivamente durante 12 meses el riesgo de episodios precoces (muerte, ictus/embolismo sistémico y hemorragia grave) y su relación con el tiempo tras el diagnóstico de FA en 52.014 pacientes inscritos en el registro Garfield-AF.

Resultados:

La mediana de edad fue 71 años. Los sujetos evaluados padecían otras enfermedades concomitantes: 76% hipertensión, 23% insuficiencia cardiaca, 22% enfermedad coronaria, 22% diabetes, 12% enfermedad renal crónica estadios 3-5, 11% ictus, y 2,5% historia previa de sangrados.

El 67% recibió terapia anticoagulante (con o sin terapia antiagregante) que incluyó anticoagulantes antivitamina K (39%) inhibidores del factor Xa (21%) e inhibidores directos de antitrombina (7%), y el 21% solo terapia antiagregante.

La mediana de las puntuaciones CHA₂DS₂-VASC y HAS-BLED fueron 3,0 y 1,0 respectivamente.

Durante el seguimiento de 12 meses, fallecieron 2.140 pacientes (tasa de mortalidad: 4,3% [IC 95%: 4,2-4,5%] personas/año) de los cuales 288 (tasa de mortalidad: 6,8% [IC 95%: 6,1-7,6%] personas/año) murieron durante el primer mes. Durante el seguimiento de 12 meses, padecieron ictus/embolismo sistémico el 1,3% (IC 95%: 1,2-1,4%), y episodio de hemorragia grave el 0,8% (IC 95%: 0,8-0,9%). Durante el primer mes, las tasas de ictus/embolismo fueron del 2,3% (IC 95%: 1,9-2,8%) personas/año y la de hemorragia grave del 1,5% (IC 95%: 1,2-1,9%) personas/año.

Las tasas de episodios cardiovasculares durante el primer mes fueron: mortalidad cardiovascular 3,5% (IC 95%: 3,0-4,1%), insuficiencia cardiaca 1,0%

(IC 95%: 0,8-1,4%), muerte súbita 0,6% (IC 95%: 0,4-0,8%), síndrome coronario agudo 0,5% (IC 95%: 0,3-0,8%), ictus 0,3% (IC 95%: 0,2-0,6).

La edad, insuficiencia cardíaca, ictus previo, historia de cirrosis hepática, enfermedad vascular, enfermedad renal moderada-severa, diabetes mellitus, y residir en Norteamérica o en América latina (y sobre todo si tenían un puntuación CHA₂DS₂-VASC \geq 3) fueron predictores independientes de un mayor riesgo de muerte prematura, mientras que la anticoagulación y vivir en Europa o Asia fueron predictores independientes de un menor riesgo de muerte prematura.

Conclusiones: Existe un mayor riesgo de episodios precoces, sobre todo de mortalidad cardiovascular en la FA recién diagnosticada. Esto debe enfatizar la importancia de la atención integral en los pacientes con FA recién diagnosticada y debería estimular a los médicos para detectar signos de alerta de una posible mortalidad temprana.

Comentario del autor:

Las tasas de episodios (por cada 100 personas/año) fueron mayores durante el primer mes que durante el primer año de seguimiento: mortalidad por cualquier causa (6,8% vs 4,3%), ictus/embolismo sistémico (2,3% vs 1,3), y hemorragia grave (1,5% vs 0,8%).

Había una tasa mayor de mortalidad durante el primer mes en aquellos pacientes que tenían enfermedad coronaria, enfermedad renal crónica, ictus, insuficiencia cardíaca con FEVI < 40%, en los que no recibieron terapia anticoagulante o antiagregante, y en los que la puntuación CHA₂DS₂-VASC era \geq 3.

También se observó una tasa moderadamente más alta de mortalidad no cardiovascular en el primer mes y en el período entre el 2º y 4º mes, fundamentalmente por insuficiencia respiratoria o infección/sepsis.

Aunque son bien conocidas las complicaciones que pueden surgir en pacientes con FA, lo novedoso de este análisis es la temprana aparición de episodios cardiovasculares, y la necesidad de hacer un seguimiento estrecho sobre todo durante el primer mes en los pacientes más frágiles (enfermedad coronaria, enfermedad renal crónica, ictus, insuficiencia cardíaca) o con puntuación CHA₂DS₂-VASC \geq 3.

Por otra parte, el hecho de que exista una mayor mortalidad en aquellos pacientes que no recibieron terapia anticoagulante refuerza la idea que es mejor iniciar la anticoagulación que lo contrario.

Autores: María Cruz Seoane Vicente y Antonio Ruíz García, en nombre del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN.

Referencia:

Bassand JP, Virdone S, Goldhaber SZ, Camm AJ, Fitzmaurice DA, Fox KAA, et al. Early risks of death, stroke/systemic embolism, and mayor bleeding in patients with newly diagnosed atrial fibrillation. Results from GARFIELD-AF registry. *Circulation.* 2019;139:787-98. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.118.035012