

Anticoagulación en los pacientes de edad avanzada y fibrilación auricular crónica no reumática

Dolores Rodríguez y Antònia Agustí

*Institut Català de Farmacologia. Servei de Farmacologia Clínica.
Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona.*

Pregunta

¿Está indicado el tratamiento con anticoagulantes orales en los pacientes de 75 años o más y fibrilación auricular crónica no reumática?

Respuesta

Hasta finales de los años ochenta se consideraba indicado el tratamiento con anticoagulantes orales en los pacientes con fibrilación auricular únicamente si ésta se asociaba a un riesgo elevado de sufrir un accidente cerebrovascular (ACV), como en los pacientes con fibrilación auricular y valvulopatía reumática o en los portadores de prótesis valvulares cardíacas. Sin embargo, los pacientes con fibrilación auricular no reumática tienen un riesgo menor de presentar un ACV (un 5% anual) y la razón beneficio-riesgo de los anticoagulantes orales se consideraba menos favorable¹.

Desde 1989 se han publicado cinco ensayos clínicos y un metanálisis en los que se demuestra que la anticoagulación moderada (razón internacional normalizada del tiempo de protrombina [INR] de 2 a 3) en los pacientes con fibrilación auricular no reumática reduce el riesgo de sufrir un ACV en un 68% (desde un 4,5% anual en el grupo placebo a un 1,4%), sin aumentar el riesgo de hemorragia (el 0,1% respecto a 0,3% en el grupo tratado)². No se conoce con exactitud hasta qué punto se pueden extrapolar estos resultados a la práctica clínica habitual, en parte porque la monitorización del tratamiento anticoagulante puede ser más difícil en la práctica médica y porque la población incluida en los ensayos clínicos no suele ser representativa de todos los pacientes con la enfermedad objeto de estudio.

Desde principios de los años noventa hay consenso en recomendar el tratamiento con anticoagulantes para los pacientes con fibrilación auricular no reumática sobre todo si presentan factores adicionales de riesgo de sufrir un accidente tromboembólico (edad avanzada, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, ACV instaurado o transitorio previo, diabetes, disfunción ventricular izquierda o un tamaño de la aurícula izquierda superior a 55 mm). En cambio, se desaconseja su uso para los pacientes de menos de 65 años sin factores adicionales de riesgo porque presentan una incidencia anual de enfermedad tromboembólica muy baja (0,5%)²⁻⁵. El beneficio demostrado para el ácido acetilsalicílico ha sido menor (un 25% de reducción anual de la incidencia de ACV) y por tanto se aconseja reservarlo para los pacientes con contraindicaciones a los anticoagulantes ora-

les o para los pacientes sin factores de riesgo adicionales de presentar un ACV²⁻⁵.

Al menos dos factores convierten a los pacientes de edad avanzada con fibrilación auricular no reumática en posibles candidatos al tratamiento con anticoagulantes orales: a) los de más de 75 años constituyen más del 50% de la población con fibrilación auricular no reumática, b) el riesgo de sufrir un ACV aumenta con la edad. Sin embargo, sólo un 10% de los pacientes incluidos en los ensayos clínicos con anticoagulantes orales tenían más de 75 años². Además, el riesgo de hemorragia cerebral con el tratamiento con anticoagulantes es superior en los pacientes de edad avanzada. Estos hechos hacen que las recomendaciones sobre el tratamiento anticoagulante en este subgrupo de población sean más difíciles.

Recientemente, se ha publicado un ensayo clínico (SPAFF II) que incluye una mayor proporción de pacientes de edad avanzada (más de un tercio tenían más de 75 años).⁶ Se comparó el tratamiento con anticoagulantes orales con la administración de 325 mg de ácido acetilsalicílico en los pacientes con fibrilación auricular no reumática. En los pacientes de más de 75 años con factores adicionales para sufrir un ACV, el beneficio del tratamiento con anticoagulantes fue superior al del ácido acetilsalicílico (incidencia anual de ACV isquémico o de embolia sistémica del 4,2% e intervalo de confianza [IC] del 95% de 2,3-7,9, en comparación con un 7,2% y un IC del 95% del 4,3-11,9). El beneficio del tratamiento con anticoagulantes también fue superior al del ácido acetilsalicílico en los pacientes menores de 75 años con factores adicionales de riesgo (un 1,5% anual y un IC del 95% de 0,8-2,9, en comparación con un 2,9% y un IC del 95% de 1,9-4,6). En cambio, los resultados obtenidos con los anticoagulantes no fueron favorables en los pacientes mayores o menores de 75 años sin factores adicionales de riesgo⁶.

Sin embargo, el riesgo de hemorragia mayor también fue superior en el subgrupo de pacientes de más de 75 años tratados con anticoagulantes, con una incidencia anual de un 4,2%, en comparación con un 1,7% en los menores de 75 años ($p=0,008$); la de hemorragia intracraneal fue del 1,5% y el 0,8%, respectivamente ($p=0,05$). Estos resultados se obtuvieron a pesar de que el grado de anticoagulación era similar en los pacientes mayores y menores de 75 años⁶.

Los resultados de este estudio apoyan el tratamiento con anticoagulantes en los pacientes de más de 75 años, sobre todo si tienen factores de riesgo adicionales. Sin embargo, se desconoce hasta qué punto la relación beneficio-riesgo favorable de los anticoagulantes se mantiene en la práctica clínica habitual, situación en la que el riesgo de hemorragia cerebral puede ser superior. De hecho, en un estudio sueco se calculó que la relación coste-eficacia del tratamiento con anticoagulantes era satisfactoria si el riesgo de hemorragia intracranial se mantenía por debajo del 1,3 a 2% anual. Según los autores del mismo estudio, esta relación dejaba de

Correspondencia: Dra. A. Agustí.
Institut Català de Farmacologia. Servei de Farmacologia Clínica.
Hospitals Vall d'Hebron.
Passeig Vall d'Hebron 119-129. 08035 Barcelona.

Manuscrito aceptado el 26-5-1998

Med Clin (Barc) 1999; 112:436-437

ser favorable en los pacientes de más de 80 años⁷. No obstante, en este estudio no se calculó la relación beneficio-riesgo del tratamiento con anticoagulantes en función de la presencia o no de factores de riesgo adicionales.

Conclusión

Desde principios de 1990, se recomienda tratar con anticoagulantes orales (INR de 2 a 3) a los pacientes con fibrilación auricular no reumática sobre todo si presentan factores adicionales de riesgo de enfermedad tromboembólica. En cambio, se aconseja reservar el ácido acetilsalicílico para los pacientes en los que esté contraindicada la administración los anticoagulantes orales o para los que no presenten factores de riesgo adicionales.

En los pacientes de edad avanzada los resultados de un ensayo clínico reciente han sido favorables al tratamiento con anticoagulantes orales si hay factores de riesgo adicional. Sin embargo, dado que en la práctica clínica la relación beneficio-riesgo de los anticoagulantes puede no ser tan favorable, se aconseja ser especialmente cuidadoso al seleccionar a los pacientes candidatos al tratamiento (los de mayor riesgo), respetar estrictamente las posibles contraindicaciones al uso

de anticoagulantes orales y garantizar al máximo un buen control del tiempo de protrombina. Si no se pueden cumplir estas condiciones, el ácido acetilsalicílico es la alternativa a considerar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kannel WB, Abbott RD, Savage DD, MacNamara PM. Epidemiologic features of chronic atrial fibrillation: the Framingham study. *N Engl J Med* 1982; 306: 1018-1122.
2. Atrial Fibrillation Investigators. Risk factors for stroke and efficacy of antithrombotic therapy in atrial fibrillation: analysis of pooled data from five randomised controlled trials. *Arch Intern Med* 1994; 154: 1449-1457.
3. Laupacis A, Albers G, Dalen J, Dunn M, Feinberg W, Jacobson A. Antithrombotic therapy in atrial fibrillation. *Chest* 1995; 108 (supl 4): 352-359.
4. Lip GYH, Lowe GDO. Antithrombotic treatment for atrial fibrillation. *Br Med J* 1996; 312: 45-49.
5. Codinach Huix P. Fibrilación auricular de causa no valvular: indicaciones de terapia antitrombótica. *Med Clíin (Barc)* 1996; 106: 586-589.
6. Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Investigators. Warfarin versus aspirin for prevention of thromboembolism in atrial fibrillation: Stroke Prevention in Atrial Fibrillation II Study. *Lancet* 1994; 343: 687-691.
7. Gustafsson C, Asplund K, Britton M, Norrving B, Olsson B, Marké LA. Cost effectiveness of primary stroke prevention in atrial fibrillation: Swedish national perspective. *Br Med J* 1992; 305: 1457-1460.