

ANTICOAGULACIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL PACIENTE ANCIANO

Autora: María José López Díaz. R5 Medicina Interna

Tutor: Rafael Monte Secades

Hospital Xeral-Calde – Lugo

Kellett J. How many patients in atrial fibrillation admitted to an acute medical unit will benefit from oral anticoagulation? Application of the results of the major randomized controlled trials to 141 consecutive, unselected, elderly patients using a decision support computer program. *Eur J Intern Med.* 2005 Apr;16(2):97-104.

Background: Although several randomized, control trials (RTC) suggest that oral anticoagulation (OAC) benefits patients with atrial fibrillation (AF), this might not be true for hospitalized patients with co-morbid conditions. If the results of the RTCs are valid, then how many patients in AF admitted to an acute medical unit will benefit from OAC?

Methods: An RCT-based decision analysis model calculated the quality-adjusted life expectancy (QALE) gain from OAC for 141 unselected consecutive patients over 65 years of age with AF admitted to an acute medical unit.

Results: If treated with aspirin, all 141 patients were predicted to gain QALE compared with placebo. If the quality of life adjustment (QoLA) on OAC was the same as placebo, then 104 patients were predicted to benefit from OAC compared with aspirin, while 63 patients were predicted to benefit at a QoLA of $\leq 0,99$ (overall benefit $0,13 + 0,15$ QALYs, range $0,01-0,88$ QALYs). These 63 patients were more likely to have had a stroke, diabetes, hypertension, heart failure or heart attack, and less likely to have impaired renal function than those predicted not to benefit. The 78 patients predicted not to benefit from OAC included 11 younger patients without heart failure, hypertension, diabetes or cerebrovascular disease; the remaining 67 patients, however, were older, more likely and/or renal impairment and were at high risk of both stroke and bleeding.

Conclusion: An RCT-based decision analysis model suggest that more than half the patients in AF admitted to a small rural hospital with acute medical conditions are unlikely to benefit from OAC, while all will benefit from aspirin.

La fibrilación auricular (FA) es una patología muy frecuente que comporta un importante riesgo embólico, sobre todo cerebral. El riesgo de ACVA asociado a

FA se incrementa con la edad, siendo la incidencia anual del 6,7% entre los 50-59 años y pasando a ser del 36,2% en mayores de 80 años.

Se ha demostrado que la anticoagulación oral (ACO) es efectiva en la prevención del tromboembolismo, con una reducción del riesgo del 68%. El beneficio de la ACO para la prevención del ictus debe valorarse junto con el riesgo de hemorragias mayores, fundamentalmente de hemorragia cerebral. En los ancianos (> 75 años), el riesgo de hemorragia es mayor, por lo que la ACO en estos pacientes supone un dilema.

En este estudio¹ se ha analizado el beneficio que supone la ACO en pacientes > 65 años. Se incluyeron 141 pacientes de > 65 años con FA a los que se aplicó una versión modificada del modelo informático publicado en 1992 por Naglie y Detsky, para calcular la esperanza y calidad de vida de los pacientes tratados con ACO comparado con AAS y placebo. Se analizaron los episodios de ACV, sangrado y mortalidad, aplicando a cada paciente la probabilidad de riesgo de ictus y de sangrado según factores de riesgo independientes determinados en estudios previos (edad, ictus previo, HTA, diabetes...) y considerando la comorbilidad asociada en cada caso (ej: IAM, insuf. renal, anemia).

Se comprobó que más de la mitad de los pacientes con FA admitidos en el hospital se podrían beneficiar de un tratamiento prolongado con AAS en vez del tratamiento anticoagulante como prevención de fenómenos isquémicos y hemorrágicos. Podría ser un reflejo en parte de la elevada incidencia de comorbilidad en pacientes hospitalizados que podría afectar a su pronóstico y respuesta al tratamiento. La calidad de vida asociada a la ACO es uno de los factores determinantes del posible beneficio.

En otro estudio² se analizó el riesgo de sangrado y tromboembolismo según la edad del paciente tratado con ACO. Se incluyeron 4.202 pacientes que se clasificaron en 4 grupos de edad. Se concluyó que en pacientes con FA la incidencia de hemorragia en < 60 años es de 0,5 y en pacientes > 80 años es de 4,5. Los factores que explican estos resultados según los autores, son la comorbilidad en los pacientes ancianos que presentan otras patologías que suponen un sangrado potencial (ej: leucoaraiosis, HTA, diabetes), la variabilidad de la farmacocinética de los dicumarínicos en situaciones

frecuentes (ej: IC) y/o la medicación que reciben y que interfiere con la ACO (ej: AINES).

En el año 2000 se publicó un estudio³ que incluía 461 pacientes > 75 años y 461 pacientes < 70 años, todos ellos en tratamiento con anticoagulantes orales. Se analizaron los valores de INR, con el fin de conocer si existe un nivel de INR adecuado para disminuir la incidencia de sangrado y tromboembolismo en pacientes ancianos.

La conclusión a la que llegaron en este estudio es que un índice moderado (INR 2-3) sería el más seguro y efectivo, y que índices bajos (INR < 2) no excluyen complicaciones hemorrágicas en ancianos ni ofrecen mayor protección para eventos trombóticos.

El beneficio de la ACO en la prevención de ictus en pacientes con FA debe valorarse junto con el riesgo de hemorragia mayores, que está relacionado con la edad (> 75 años), por lo que la decisión de iniciar el tratamiento anticoagulante creemos debe ser individualizada en pacientes ancianos considerando otros factores de riesgo y la comorbilidad de cada caso.

BIBLIOGRAFIA:

1. Kellett J. How many patients in atrial fibrillation admitted to an acute medical unit will benefit from oral anticoagulation? Application of the results of the major randomized controlled trials to 141 consecutive, unselected, elderly patients using a decision support computer program. *Eur J Intern Med.* 2005 Apr;16(2):97-104.
2. Torn M, Bollen WL, van der Meer FJ, van der Wall EE, Rosendaal FR. Risks of oral anticoagulant therapy with increasing age. *Arch Intern Med.* 2005 Jul 11;165(13):1527-32.
3. Palareti G, Hirsh J, Legnani C, Manotti C, D'Angelo A, Pengo V, Moia M, Guazzaloca G, Musolesi S, Coccheri S. Oral anticoagulation treatment in the elderly: a nested, prospective, case-control study. *Arch Intern Med.* 2000 Feb 28;160(4):470-8.
4. Fihn SD, Callahan CM, Martin DC, McDonnell MB, Henikoff JG, White RH. The risk for and severity of bleeding complications in elderly patients treated with warfarin. The National Consortium of Anticoagulation Clinics. *Ann Intern Med.* 1996 Jun 1;124(11):970-9.
5. van Walraven C, Hart RG, Singer DE, Laupacis A, Connolly S, Petersen P, Koudstaal PJ, Chang Y, Hellemons B. Oral anticoagulants vs aspirin in nonvalvular atrial fibrillation: an individual patient meta-analysis. *JAMA.* 2002 Nov 20;288(19):2441-8.
6. Copland M, Walker ID, Tait RC. Oral anticoagulation and hemorrhagic complications in an elderly population with atrial fibrillation. *Arch Intern Med.* 2001 Sep 24;161(17):2125-8.
7. Ezekowitz MD, Falk RH. The increasing need for anticoagulant therapy to prevent stroke in patients with atrial fibrillation. *Mayo Clin Proc.* 2004 Jul;79(7):904-13.