

TABLA 1
Diferencia entre los nonagenarios con fibrilación auricular que estaban anticoagulados y los que no

	Anticoagulados (FA) (n = 10)	No anticoagulados (FA) (n = 92)	p
Edad media (años)	91	92,3	0,10
Sexo femenino	5 (50%)	56 (60,9%)	0,5
Vive solo	1 (10%)	6 (6,5%)	0,67
Demencia	0	13 (14,1%)	0,2
Deterioro cognitivo	1 (10%)	16 (17,4%)	0,55
ACV previo	2 (20%)	9 (9,8%)	0,29
ICT previo	0 (0%)	7 (7,6%)	0,37
Diabetes mellitus	1 (10%)	28 (30,4%)	0,17
Índice de Charlson (media)	2,1	2,3	0,71
Escala de la Cruz Roja (media)	2	2,5	0,42
N.º de fármacos previos al ingreso (media)	6,1	5,4	0,44

ACV: accidente cerebrovascular; FA: fibrilación auricular; ICT: isquemia cerebral transitoria.

Anticoagulación oral en nonagenarios

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés el artículo acerca de la anticoagulación en nonagenarios con fibrilación auricular (FA) publicado recientemente en su revista¹. En él se describe que únicamente un 6% de los nonagenarios ambulatorios con el diagnóstico comprobado de FA estaban anticoagulados. Queremos presentar los resultados de un estudio que analiza aspectos similares en pacientes hospitalizados. Se trata de una serie de pacientes recogidos entre julio de 1999 y diciembre de 2004 y que incluye a 421 pacientes nonagenarios ingresados en un Servicio de Medicina Interna. Se analizaron las variables demográficas, el estado funcional mediante la escala de la Cruz Roja², el tratamiento en el momento del ingreso, los diagnósticos y la comorbilidad mediante el índice de Charlson³. Para el análisis estadístico se utilizaron la prueba de Chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher para la comparación de variables cualitativas, y la t de Student o la prueba U de Mann-Whitney para la comparación de variables cuantitativas.

De los 421 nonagenarios, 265 eran mujeres (63%) y 156 varones (37%), con una edad media de 92,5 años (desviación estándar [DE]: 2,6); 102 (24,2%) tenían antecedentes de FA. De ellos, únicamente 10 pacientes (9,8%) estaban recibiendo tratamiento con anticoagulantes orales y 57 (57,6%) estaban antiagregados. Observamos que los nonagenarios portadores de FA toma-

ban significativamente mayor número de fármacos (6,1 frente a 5,1; $p = 0,01$), incluyendo la ingesta de anticoagulantes orales (un 9,8% frente a un 0,6%; $p < 0,001$) y de antiagregantes (un 57,6% frente a un 42,9%; $p = 0,003$). La tabla 1 muestra las diferencias entre nonagenarios con FA que estaban anticoagulados y los que no. Se observa una tendencia de los anticoagulados por FA a tener una menor edad, menos demencia, mejor capacidad funcional y mayor porcentaje de accidentes cerebrovasculares (ACV) previos, aunque sin alcanzar la significación estadística, probablemente por el escaso tamaño de la muestra.

Al igual que Formiga et al¹ opinamos que el porcentaje de anticoagulación en nonagenarios (un 10% en nuestra serie y un 6% en su serie) es bajo y que ésta puede mostrarse segura en ellos. Otros autores encuentran que el bajo porcentaje de anticoagulación oral en los ancianos depende, más que del estado cognitivo, de una mayor comorbilidad y de las características del médico en cuestión⁴. Sin embargo, también observamos que los nonagenarios anticoagulados mostraban tendencia a tener una menor edad, hecho también encontrado en otras series⁵. Asimismo se evidencia que el 58% de los nonagenarios con FA estaban antiagregados, porcentaje significativamente mayor que en los pacientes sin FA. Este hecho también fue descrito por Formiga et al, aunque en un menor porcentaje¹. Por otra parte, a pesar de que generalmente se asume que los ancianos hospitalizados tienen mayor comorbilidad y fragilidad que los ambulatorios, y que, por tanto, presentan más contraindicaciones para la anticoagulación⁶, sorprende que nuestra serie de nonagenarios hospitalizados tenga un mayor porcentaje de pacientes anticoagulados que la de Formiga et al¹ que es ambulatoria. Dos de las principales razones por las que no se prescriben anticoagulantes a ancianos según algunos estudios son las caídas, seguidas de las hemorragias⁷. Desgraciadamente, este antecedente no fue recogido en nuestro estudio, pero sí en el de Formiga et al¹, que encuentra aproximadamente un 50% de caídas en su serie. Resultaría interesante saber qué porcentaje de pacientes con FA y el antecedente de una caída estaba anticoagulado y si existían diferencias con el grupo que no había sufrido ninguna caída. En ambos estudios, tanto en el de Formiga et al¹ como en el nuestro, el escaso tamaño de la muestra podría ser una importante limitación. Deberían plantearse estudios más amplios en nonagenarios, no solamente para incluir más variables que podrían afectar a la decisión de anticoagular o no a un paciente, sino también para incluir las posibles consecuencias y complicaciones derivadas del uso de tratamiento anticoagulante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Formiga F, Ferrer A, Henríquez E, Pujol R. Bajo porcentaje de anticoagulación oral en nonagenarios con fibrilación oral. *Rev Clin Esp.* 2006;206:410-1.
2. Guillén F, García A. Aspectos médicos en Geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1972;4:339-46.
3. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis.* 1987;40:373-83.
4. Lefebvre C, Deplanque D, Henon H, Touze E, Parnetti L, Pasquier F, et al.; SAFE II investigators. Influence on dementia on antithrombotic therapy prescribed before stroke in patients with atrial fibrillation. *Cerebrovasc Dis.* 2006;21:401-7.
5. Martín Acicoya D, Pedrero Pérez P, Martínez García JA, González Álvaro A, Hernando López T, Herreros Hernanz I. Prevención de la enfermedad tromboembólica en pacientes con fibrilación auricular crónica en atención primaria. *Med Clin (Barc).* 1999;122:454-6.
6. Ono A, Kawamura I, Fujita T. Eligibility for anticoagulation in elderly patients with atrial fibrillation. *Stroke.* 2006;37:2205.
7. Hylek EM, D'Antonio J, Evans-Molina C, Shea C, Henault LE, Regan S. Translating the results of randomized trials into clinical practice. The challenge of warfarin candidacy among hospitalized elderly patients with atrial fibrillation. *Stroke.* 2006;37:1075-80.

M. Hemmersbach-Miller^{a,b}, A. Conde Martel^a
y P. Betancor León^a

^aServicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

^bServicio de Medicina Interna. Hospital San Roque Maspalomas. San Bartolomé de Tirajana. Las Palmas de Gran Canaria.