

Fibrilación auricular como factor de riesgo de acontecimientos cerebrovasculares en personas mayores de 65 años: ¿es adecuada la práctica clínica en profilaxis anticoagulante?

P. Gayoso Diz^a, R. Calle Custodio^b, A. Prieto Maroto^b, D. Herrera Calvo^b, A.I. Sala López^b y M.D. Gómez Mosquera^b

Objetivo. Analizar las pautas de profilaxis antitrombótica en pacientes con fibrilación auricular (FA) mayores de 65 años y su adecuación a la evidencia.

Diseño. Estudio transversal.

Emplazamiento. Área de salud de Ourense, con 95.840 habitantes mayores de 65 años.

Participantes. Personas mayores de 65 años con FA no reumática, crónica o paroxística (411 casos; un 69,6% mayor de 75 años).

Mediciones principales. a) Variables sociodemográficas, antecedentes personales y riesgo de accidente cerebrovascular (ACV), y b) características diagnósticas de la FA, tratamiento antitrombótico prescrito y adecuación a la evidencia científica.

Resultados. En el momento del diagnóstico se prescribió anticoagulación oral (ACO) al 33% de los casos con riesgo alto. La probabilidad de recibir ACO se modificó por la edad (mayores de 75 años frente al grupo de 65-75 años; *odds ratio*, 0,32; intervalo de confianza del 95%, 0,18-0,59) y por la presencia de ACV previo (*odds ratio*, 2,02; intervalo de confianza del 95%, 1,16-3,55).

Conclusiones. Resulta insuficiente la prescripción de ACO profiláctica, sobre todo en los mayores de 75 años con riesgo alto de ACV y baja frecuencia de contraindicaciones; el porcentaje de inadecuación es del 73,4% en este grupo.

Palabras clave: Fibrilación auricular. Envejecimiento. Prevención ictus. Tratamiento antitrombótico.

AURICULAR FIBRILLATION AS A RISK FACTOR OF CEREBROVASCULAR EVENTS IN THE OVER-65S. IS CLINICAL PRACTICE IN ANTICOAGULANT PROPHYLAXIS ADEQUATE?

Aim. To describe the clinical practice in antithrombotic therapy to prevent stroke in older patients with atrial fibrillation (AF).

Design. Cross-sectional study.

Setting. Ourense's area with 95 840 inhabitants over 65 years.

Participants. Patients over 65 with non rheumatic AF, chronic or paroxistic; 411 cases, 69.6% older than 75 year.

Main measurements. Demographic characteristics, personal history, stroke risk, diagnostic characteristics of AF, antithrombotic treatment, and its adequacy.

Results. Only 33% high risk patients received oral anticoagulation (OCA) with warfarin at diagnosis. Some features were found to be significant independent risk factors for OCA: age (older than 75 vs 65-74 years; *odds ratio* =0.32; 95% confidence interval, 0.18-0.59), and prior stroke (*odds ratio* =2.02; 95% confidence interval, 1.16-3.55).

Conclusions. Warfarin prophylactic is insufficiently prescribed, especially in older than 75 years (with high baseline risk of stroke and no counter-indications). There was inadequate prescription in 73.4% cases.

Key words: Atrial fibrillation. Elderly. Stroke prevention. Antithrombotic therapy.

^aUnidad de Investigación y Docencia. Xerencia de Atención Primaria de Ourense. Ourense. España.

^bCSA Carballeira. Carballeira. Ourense. España.

Correspondencia: Pilar Gayoso Diz.
Unidad de Investigación y Docencia. Xerencia de Atención Primaria de Ourense.
Avda. Zamora, 13, 3.º. 32005 Ourense. España.
Correo electrónico: pgayoso@cristal.p.es

Manuscrito recibido el 21 de julio de 2004.
Manuscrito aceptado para su publicación el 2 de diciembre de 2004.

Introducción

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente observada en la práctica clínica. En el estudio Framingham su prevalencia se estimó en un 0,4% y pasó del 1,7% en personas de 60-64 años al 11,6% en mayores de 75 años^{1,2}.

Por otra parte, la FA es la causa más frecuente de accidente cerebrovascular (ACV) embólico o accidente isquémico transitorio (AIT)³. En el estudio Framingham⁴, el riesgo de ACV es 5,6 veces mayor en pacientes con FA respecto a aquellos en ritmo sinusal de la misma edad. Un 16% de los ACV en personas de 70-79 años son atribuibles a la FA, porcentaje que se eleva a un 31% en personas mayores de 80 años⁵. La enfermedad vascular cerebral representa la tercera causa de muerte en los países industrializados. En España afecta a unos 25.000 pacientes-año, con una prevalencia de 600-800 casos/100.000 habitantes. En un 50% de los casos las secuelas no les permitirán una integración social completa⁶.

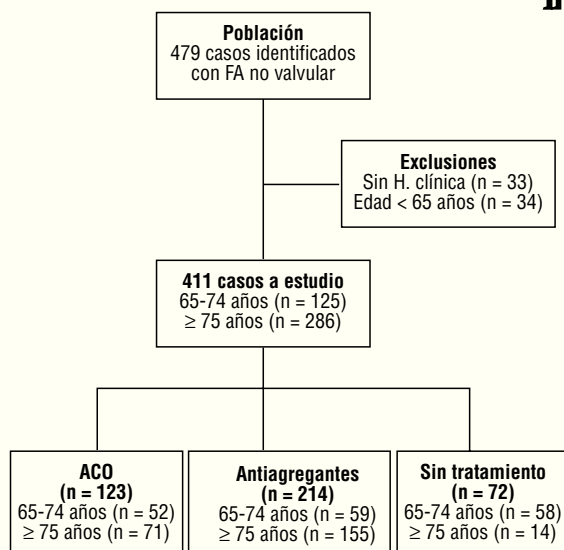
El tratamiento con warfarina reduce en un 68% el riesgo de ACV en casos con FA no reumática. Por su parte, el ácido acetilsalicílico reduce ese riesgo en un 25%. La warfarina reduce la ratio anual de ACV del 4,5 al 1,5%, lo que supone una reducción relativa del riesgo del 68% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 50,79) y un número de pacientes que es necesario tratar de 32 al año⁷. Esta reducción se mantiene en todos los subgrupos de pacientes, excepto en los menores de 65 años sin otros factores de riesgo, en quienes el riesgo de ACV era bajo⁷. Dos metaanálisis concluyeron que la aspirina presenta una reducción relativa del riesgo significativamente menor que la warfarina (el 21 frente al 24%)^{8,9}. El riesgo de hemorragia intracraneal en los pacientes tratados con anticoagulación oral (ACO) se sitúa en los más jóvenes en una ratio anual del 0,3% y en los mayores de 75 años en el 1,8%, mientras que en este último grupo de edad es del 0,8% en pacientes que recibieron aspirina¹⁰. Para minimizar el riesgo de hemorragia, en los mayores de 75 años la razón normalizada internacional debe estar en 2,5 según las recomendaciones actuales¹⁰.

El objetivo de este estudio es analizar las pautas de profilaxis antitrombótica en pacientes con FA mayores de 65 años en un área de salud y su adecuación a las recomendaciones basadas en la evidencia actualmente disponible.

Pacientes y métodos

Se ha realizado un estudio transversal. La población de estudio estaba constituida por pacientes con edad ≥ 65 años atendidos en los centros de atención primaria de Ourense con diagnóstico de FA, excluyendo lesión valvular o ser portador de prótesis valvular cardíaca. Se estimó el tamaño muestral necesario para una proporción de prescripción de ACO del 22%, un nivel de confianza $(1-\alpha)$ del 95% y una potencia (β) del 90% ($n = 320$ pacientes).

Material y métodos Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio descriptivo del Área de Salud de Ourense con 95.840 habitantes mayores de 65 años, para analizar las pautas de profilaxis antitrombótica en pacientes con fibrilación auricular y su adecuación a la evidencia.

El estudio se realizó durante el año 2003. Los investigadores recogieron la información de la historia clínica, siguiendo el mismo protocolo, en una base diseñada al efecto con la aplicación Data Entry 3.0. Las variables analizadas fueron: a) sociodemográficas, antecedentes personales, factores de riesgo para ACV, y b) características del diagnóstico de FA (fecha, servicio, realización de ecografía cardíaca y resultado) y tratamiento antitrombótico prescrito (tipo, fecha y servicio que lo prescribió).

La adecuación en la indicación del tratamiento antitrombótico se analizó en función del riesgo, estratificado en riesgo alto, moderado o bajo. Para ello se usaron en todos los casos 2 recomendaciones A(10) y B(7) diferentes recogidas en la literatura médica:

– Recomendación A. Riesgo alto si el paciente presentaba al menos uno de los siguientes factores: hipertensión arterial, edad mayor de 75 años, disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (definida por una fracción de eyección menor del 35%), ACV/AIT o embolia sistémica previa. Riesgo moderado cuando se identificó uno de los siguientes factores: diabetes mellitus, edad entre 65 y 74 años o coronariopatía. Riesgo bajo cuando había FA aislada en pacientes con edad menor de 65 años¹⁰⁻¹⁴.

– Recomendación B. La estratificación de riesgo se hizo sobre la base de criterios clínicos únicamente, considerando los mismos que en el caso anterior⁷.

En ambos casos se recomienda ACO para pacientes con riesgo alto o moderado sin contraindicaciones. En pacientes con riesgo bajo se recomienda antiagregación oral.

Estrategia de análisis

Se realizó el análisis descriptivo habitual: media e IC del 95% en las variables cuantitativas; frecuencia y porcentaje en variables cualitativas. En el análisis univariante se emplearon la prueba de la t de Student o análisis de la variancia (ANOVA) para la comparación de medias, y el test de la χ^2 para comparación de proporciones. Mediante modelos de regresión logística binaria se estudiaron los factores asociados a la prescripción de ACO (variable dependiente). En todos los casos, se probó previamente la hipótesis de normalidad (prueba de Kolmogorov-Smirnov) y se utilizaron pruebas no paramétricas cuando no se verificó. El tratamiento estadístico se realizó con el programa SPSS versión 11.0

Resultados

Características de la muestra de estudio

La población de estudio estaba compuesta por 411 casos. Según grupos de edad, 125 (30,4%) tenían de 65 a 74 años y 286 (69,6%) 75 o más años. El 71,8% (n = 295) presentaba FA crónica y el 27,7% (n = 114), paroxística. En el 65,7% (n = 270) se realizó ecografía en el momento del diagnóstico y se halló disfunción del ventrículo izquierdo en 15 casos (5,5%). Un 76,1% de los pacientes (n = 313) tenían riesgo alto de ACV y el 23,9%, riesgo moderado; de éstos, 33 casos (8%) sólo tenían como factor de riesgo la edad. La hipertensión, con un 56,8% (n = 233), fue el factor de riesgo más prevalente (fig. 1).

Prescripción de tratamiento antitrombótico

Presentaba contraindicaciones al tratamiento antiagregante un 3,2% (n = 13). Respecto a la ACO, un 4,1% (n = 17)

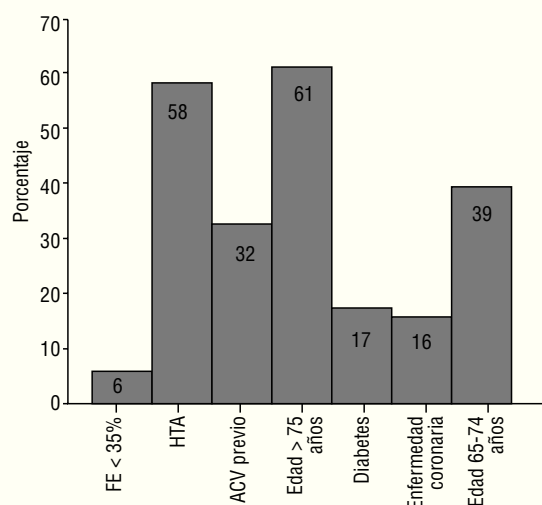


FIGURA 1

Distribución de los factores de riesgo de accidente cerebrovascular en la población de estudio.

TABLA 1
Factores que condicionan el inicio de anticoagulación oral en pacientes mayores de 65 años sin contraindicaciones para este tratamiento (370 casos)

	β	p	Exp. (β) OR	IC del 95%
Edad	-1,116	0,001	0,32	0,18-0,59
ACV previo	0,708	0,013	2,02	1,16-3,55
Atención primaria*	-6,97	0,63	0,001	
Cardiología*	-1,253	0,001	0,28	0,14-0,56
Neurología*	0,26	0,56	1-30	0,52-3,21
Urgencias*	-2,56	0,016	0,07	0,01-0,62
Cirugía vascular*	-1,06	0,35	0,34	0,03-3,27

OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza.

Regresión logística con la variable dependiente anticoagulación oral (sí/no). Variables independientes: grupo de edad (≥ 75 respecto a 65-74 años), accidente cerebrovascular previo (sí/no), servicio que inicia el tratamiento antitrombótico.

*Servicios comparados con el de medicina interna.

presentaba contraindicaciones absolutas (un 4,2% en mayores de 74 años, frente a un 4,0% en pacientes de 65 a 74 años), y un 5,6% (n = 23), relativas (un 5,6% en cada grupo de edad). Se prescribió ACO en 123 casos (30,1%) y tratamiento antiagregante en 214 (52,3%). No recibieron ningún tratamiento antitrombótico 72 casos (17,5%). El grupo de edad ≥ 75 años presentó la menor frecuencia de ACO: el 25% (n = 71) frente a un 41,6% (n = 52) en el grupo de 65 a 74 años ($\chi^2 = 13,05$; p = 0,001). El tratamiento antitrombótico se inició en el servicio de medicina interna en el 42,2% de los casos (n = 143) y en el de cardiología en un 25,7% (n = 87). Únicamente en un 1,8% (n = 6) se inició en atención primaria.

Práctica clínica basada en la evidencia

Un 33,3% (n = 123) de los casos en que estaba indicado recibió ACO. En el grupo de 65-75 años lo recibió un 45,5% (n = 60) frente a un 26,6% (n = 63) en el grupo de mayores de 75 años. Se prescribieron antiagregantes al 51,2% (189): un 43,9% (n = 58) entre 65 y 75 años y un 55,3% (n = 131) en mayores de 75 años ($\chi^2 = 14,03$; p = 0,001) (fig. 2). En el grupo de pacientes mayores de 65 años sin contraindicaciones para ACO (370 casos), la probabilidad de recibir ésta se modificó por la edad (odds ratio [OR] = 0,32; IC del 95%, 0,18-0,59 para los pacientes ≥ 75 años respecto a aquellos de 65 a 74 años) y por presentar un ACV previo (OR = 2,02; IC del 95%, 1,16-3,55) (tabla 1).

Discusión

La población de personas mayores con riesgo de enfermedad tromboembólica presenta un rápido incremento, debido a una mayor longevidad y a la mejora en el tratamiento de las enfermedades crónicas. El estudio Framingham

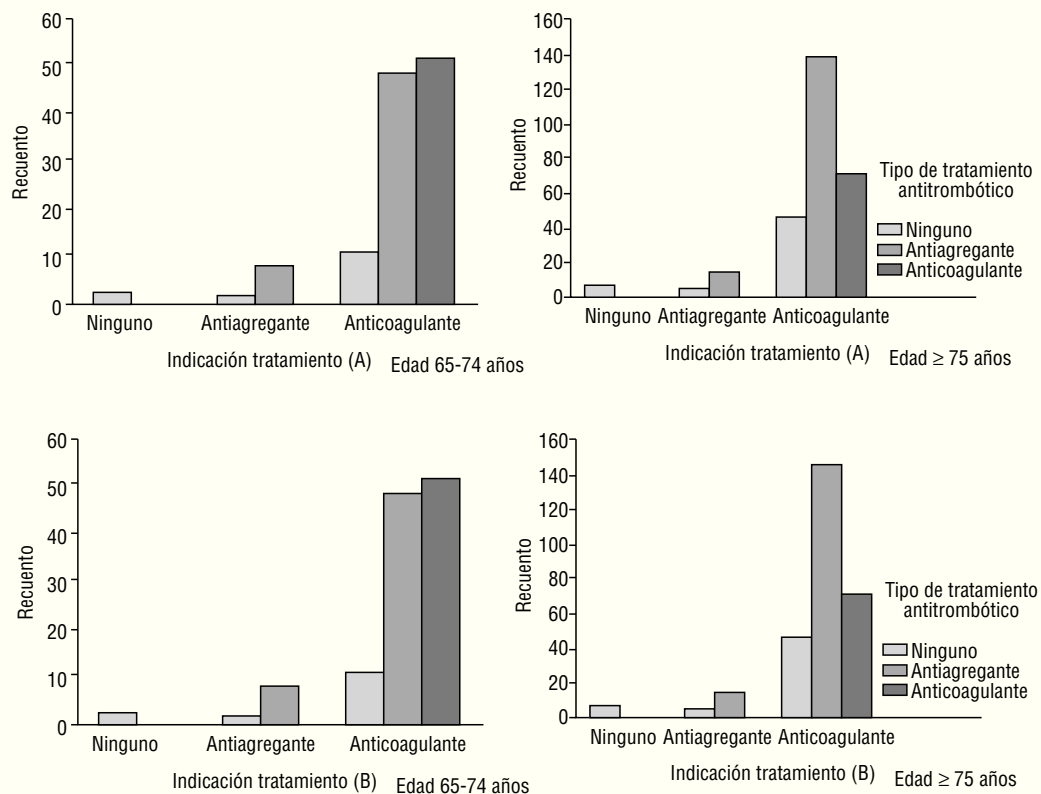


FIGURA 2

Comparación entre tratamiento indicado (según recomendaciones A y B) y tratamiento prescrito por grupos de edad (65-74 años frente a 75 o más años).

describe que en pacientes mayores de 80 años la FA fue la única afección cardiovascular asociada a un riesgo elevado de ACV⁵. Sin embargo, la ACO todavía es infrautilizada en este grupo de edad^{10,15,16}. Los resultados hallados en el presente estudio indican que la edad mayor de 75 años supone un 68% menos de probabilidades de recibir ACO, aun estando indicada su prescripción, en relación con las personas más jóvenes.

La Sexta Conferencia de Consenso sobre tratamiento antitrombótico del American College of Chest Physicians (ACCP) recomienda (con grado de evidencia 1A) el uso de warfarina en pacientes de riesgo alto y propone el uso de antiagregantes en caso de contraindicación¹⁰. La American Geriatrics Society publicó en el año 2002 una guía para el uso de ACO en personas mayores, con similar recomendación. El objetivo del tratamiento debería ser una razón normalizada internacional de 2,5, con rango entre 2 y 3¹⁵.

Respecto a la adecuación de la práctica clínica, encontramos que únicamente el 33% de los pacientes en que está indicado reciben ACO. Este porcentaje desciende al 26,6% en personas mayores de 75 años, lo que supone que un 73,4% de pacientes con indicación de anticoagulación

no la reciben en el grupo de mayores de 75 años. En otros estudios^{10,15,16} se han hallado resultados similares.

En relación con los factores que modifican la prescripción, en nuestro estudio identificamos la edad y el ACV/AIT previos. Los pacientes mayores de 75 años reciben ACO en menor proporción que el grupo de 65 a 74 años (el 25 frente al 41,6%), siendo similar la prevalencia de contraindicaciones. Por su parte, cuando ha habido un ACV/AIT previos, la probabilidad de recibir ACO se duplica con independencia del grupo de edad (OR = 2,02). Estos resultados coinciden con los hallados en otros estudios¹¹.

Este estudio tiene la limitación de obtener la información de la historia clínica, por lo que puede existir un sesgo de subregistro debido a la calidad de la misma; esto se ha minimizado por revisión exhaustiva de los diferentes registros clínicos y su contraste. A pesar de ello, consideramos que aporta una adecuada aproximación a la práctica clínica habitual.

Se han identificado 3 tipos de barreras para el uso de ACO en pacientes con FA¹²: barreras propias del paciente, del médico y del sistema de salud.

La participación del paciente, incorporando sus preferencias y valores en la toma de decisiones, constituye un indi-

Discusión

Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- La fibrilación auricular (FA) presenta una alta prevalencia en población mayor de 65 años.
- El riesgo de accidente cerebrovascular en pacientes con FA es 5,6 veces mayor que en personas con ritmo sinusal de la misma edad.
- El tratamiento con warfarina supone una reducción relativa del riesgo del 68% para la aparición de accidente cerebrovascular.

Qué aporta este estudio

- En pacientes mayores de 75 años con FA sólo un 9,7% presenta contraindicaciones para la anticoagulación oral (ACO).
- El porcentaje de inadecuación en el tratamiento con ACO preventivo es del 66,7%. En pacientes mayores de 75 años, un 73,4% con indicación de ACO no la recibe.
- La prescripción de ACO está condicionada por la edad mayor de 75 años (*odds ratio*, 0,32) y la presencia de accidente cerebrovascular previo (*odds ratio*, 2,02).

cador de corresponsabilidad y facilita el cumplimiento terapéutico. Varios estudios han analizado la importancia que el paciente concede a los diferentes acontecimientos. Se observa que presentan una aversión importante al ACV y están dispuestos a tomar warfarina incluso con reducciones absolutas de riesgo del 1% anual¹⁷. El paciente medio equipara la utilidad dada al ACV grave con la que da a la muerte^{18,19}; refiere que tomaría ACO si reduce el riesgo absoluto de ACV en 0,9 acontecimientos/año y que dejaría el tratamiento sólo en caso de que el riesgo de hemorragia aumentara por encima de 8,7 acontecimientos/año²⁰. Desconocemos las preferencias de nuestros pacientes por no haber estudios al respecto, lo que constituye un objetivo en esta línea de investigación.

La anticoagulación en condiciones de práctica clínica habitual reduce el riesgo de ACV en una magnitud superior al riesgo de complicaciones hemorrágicas en pacientes mayores de 65 años. Sin embargo, se prescribe en menos casos de los indicados. Es necesario mejorar la adecuación del tratamiento antitrombótico en pacientes mayores con FA; el desarrollo de líneas de investigación que permitan identificar las barreras existentes, los valores y las preferencias de los pacientes y el establecimiento de estrategias pa-

ra incorporarlas en la práctica clínica supondrá una reducción del riesgo embólico en esta población y una mejora en su calidad de vida.

Agradecimientos

Los autores muestran su agradecimiento a todos los profesionales del centro y a los pacientes que han contestado la encuesta por su colaboración.

Bibliografía

1. Kannel WB, Abbot RD, Savage DD, McNamara PM. Epidemiological features of chronic atrial fibrillation: the Framingham Study. *N Engl J Med*. 1982;306:1018-22.
2. Connolly SJ, Laupacis A, Gent M, Roberts RS, Cairns FA, Joyner C. Canadian Atrial Fibrillation Anticoagulation (CAFA) Study. *J Am Coll Cardiol*. 1991;18:349-55.
3. Albers GW, Atwood JE, Hirsh J, Sherman DG, Hughes RA, Connolly SJ. Stroke prevention in non valvular atrial fibrillation. *Ann Intern Med*. 1991;115:727-36.
4. Benjamin EJ, Levy D, Vaziri SM, D'Agostino RB, Belanger AJ, Wolf PA. Independent risk factors for atrial fibrillation in a population-based cohort: the Framingham Heart Study. *JAMA*. 1994;271:840-4.
5. Wolf PA, Abbot RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. *Stroke*. 1991;22:983-8.
6. Roquer J. Problemas neurológicos. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4.ª ed. Barcelona: Harcourt-Brace; 1999. p. 1210-21.
7. Atrial Fibrillation Investigators. Risk factors for stroke and efficacy of antithrombotic therapy in atrial fibrillation: analysis of pooled data from the randomised controlled trials. *Arch Intern Med*. 1994;154:1449-57.
8. Hart RG, Benavente O, McBride R, et al. Antithrombotic therapy to prevent stroke in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis. *Ann Intern Med*. 1999;131:492-501.
9. Segal JB, McNamara RL, Miller MR, et al. Prevention of thromboembolism in atrial fibrillation: a meta-analysis of trials of anticoagulants and antiplatelet drugs. *J Gen Intern Med*. 2000;15:56-67.
10. Albers GW, Dalen JE, Laupacis A, et al. Antithrombotic therapy in atrial fibrillation. *Chest*. 2001;119 Suppl:194-206.
11. Fuentes López E, Martín F, Salgado Ordóñez A, Sánchez Silvestre F, Martos Crespo, González Correa JA. Valoración del tratamiento antitrombótico en pacientes con fibrilación auricular crónica no valvular. *Aten Primaria*. 1998;22:172-5.
12. Bungard TJ, Ghali WA, Teo KK, McAlister FA, Tsuyuki RT. Why do patients with atrial fibrillation not receive warfarin? *Arch Intern Med*. 2000;160:41-6.
13. Córdoba R, Hernández AC. Fibrilación auricular en el anciano. *FMC*. 1999;6:240-8.
14. Brotons C, Moral I, Antón JJ, et al. Tratamiento preventivo de la fibrilación auricular no reumática: de la eficacia de los ensayos clínicos a la efectividad en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 1997;20:367-71.
15. American Geriatrics Society. The use of oral anticoagulants (warfarin) in older people. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50:1439-45.
16. Fahey T, Rimmer J, Godfrey P. Risk stratification in the management of atrial fibrillation in the community. *Br J Gen Pract*. 1999;49:295-6.

17. Protheroe J, Fahey T, Montgomery AA, Peters TJ. The impact of patients' preferences on the treatment of atrial fibrillation: observational study of patient based decision analysis. *BMJ*. 2000;320:1380-4.
18. Gage BF, Cardinalli AB, Owens DK. The effect of stroke and stroke prophylaxis with aspirin or warfarin on quality of life. *Arch Intern Med*. 1996;156:1829-36.
19. Solomon NA, Glick HA, Russo CJ, Lee J, Schulman KA. Patient preferences for stroke outcomes. *Stroke*. 1994;25:1721-5.
20. Devereaux P, Anderson DR, Gardner MJ, et al. Differences between perspectives of physicians and patients on anticoagulation in patients with atrial fibrillation: observational study. *BMJ*. 2001;323:1218-22.