



## EDITORIAL

## El reto del tratamiento antitrombótico en ancianos con fibrilación auricular. ¿Justifica la edad la estrategia antitrombótica en ancianos con fibrilación auricular?



The challenge of antithrombotic treatment prescription in older adults with atrial fibrillation. Does age justify the anti-thrombotic strategy in elderly patients with atrial fibrillation?

Carmen Suárez-Fernández\* y Alejandra Gullón

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en nuestro medio. Su prevalencia aumenta con la edad y llega a alcanzar un 18% en los españoles mayores de 80 años<sup>1</sup> y un 31% en los hospitalizados en Medicina Interna y Geriatria<sup>2</sup>. El envejecimiento progresivo de la población, debido al aumento de la esperanza de vida, la convierte en un desafío sanitario para los próximos años.

Su importancia radica en la morbimortalidad que conlleva, derivada del riesgo tromboembólico, de las complicaciones cardiovasculares y del deterioro cognitivo. En particular, el riesgo de ictus isquémico aumenta entre 3 y 5 veces en los mayores de 80 años con FA, siendo esta arritmia responsable del 50% de los ictus de origen cardioembólico y del 20% de todos los ictus<sup>3</sup>. Así mismo, los ictus secundarios a la FA son más graves, discapacitantes y mortales<sup>4</sup>.

Por todo ello, la correcta elección de la estrategia antitrombótica es esencial. Esta decisión no siempre es sencilla, y mucho menos en la población anciana que actualmente atendemos.

Recientemente se ha descrito el perfil del anciano con FA atendido en servicios españoles de Medicina Interna, con una edad media de 84 años, una alta prevalencia de comorbilidades y fragilidad, y, de forma secundaria, un muy alto riesgo tromboembólico<sup>5-7</sup>.

Los mismos factores que favorecen el riesgo tromboembólico aumentan el riesgo de hemorragia, y la edad es el principal determinante para ambos<sup>8</sup>. Sin embargo, en los ancianos conviene resaltar que, a pesar de que ambos riesgos están incrementados, generalmente el riesgo de ictus supera al de sangrado<sup>5,6</sup>. Es por ello, entre otros determinantes, por lo que el tratamiento anticoagulante se ha demostrado particularmente eficaz en los ancianos con FA. Su mayor riesgo absoluto conlleva un mayor beneficio neto, a cualquier nivel de riesgo hemorrágico<sup>9</sup>, independientemente de la edad, siendo extensible incluso a los mayores de 90 años<sup>10</sup>.

A pesar de esta evidencia, el uso de anticoagulantes orales en los ancianos con FA para prevenir ictus y otras embolias sistémicas es inferior al indicado. Las principales razones identificadas para su infrautilización son la edad, la elevada percepción por parte de los médicos del riesgo hemorrágico, las caídas y las dudas respecto a su eficacia en esta población<sup>11,12</sup>.

En estos escenarios, que no contraindican la anticoagulación *per se*<sup>13</sup>, no es infrecuente que se utilice la antiagregación como estrategia terapéutica, a pesar de su menor eficacia para reducir ictus y similar riesgo de hemorragia frente a los antivitamina K, tal como demostró el estudio BAFTA<sup>14</sup>, o frente a apixabán en el estudio AVERROES<sup>15</sup>.

Con base en estas evidencias demostradas en ensayos clínicos, las guías de práctica clínica no recomiendan el uso de antiagregantes como alternativa a los anticoagulantes orales en ancianos<sup>16</sup>. A pesar de ello, en la práctica clínica diaria, el uso de antiagregantes como único tratamiento antitrombótico en este grupo etario sigue siendo muy frecuente, alcanzando un 18% en pacientes hospitalizados en servicios de Medicina Interna en España<sup>5</sup> y un 19,3% en Atención Primaria<sup>17</sup>. La justificación de estas cifras reside fundamentalmente en una percepción errónea por parte de los clínicos de un menor riesgo hemorrágico asociado a los antiagregantes<sup>18</sup>.

La dificultad en la toma de decisiones respecto al tratamiento antitrombótico en ancianos con FA está condicionada, entre otros, por la necesidad de considerar todos los posibles factores, ligados a la edad, que pueden modificar la evolución, como son la insuficiencia renal, los antecedentes de sangrado, la funcionalidad o la fragilidad, de modo que el tratamiento anticoagulante se adecúe a dichas características de forma individualizada.

En este número se publica una interesante revisión sobre la anticoagulación en población anciana con FA no valvular, prestando particular atención al papel de los anticoagulantes de acción directa. La introducción en el mercado, hace más de 10 años, de los previamente llamados «nuevos anticoagulantes orales», actualmente conocidos como «anticoagulantes orales de acción

\* Autor para correspondencia.  
Correio electrónico: [csuarezf@salud.madrid.org](mailto:csuarezf@salud.madrid.org) (C. Suárez-Fernández).

directa», ha abierto una nueva oportunidad terapéutica para estos pacientes, dada su mayor seguridad y facilidad de uso (posologías más sencillas a dosis fijas, menor número de interacciones, ausencia de necesidad de monitorización de niveles en sangre, etc.).

En los subanálisis de sujetos de más de 75 años incluidos en los ensayos clínicos aleatorizados frente a antivitaminas K de los anticoagulantes orales de acción directa, estos demostraron ser tan efectivos, o incluso superiores, a la warfarina, con un mejor perfil de seguridad, fundamentalmente determinado por la menor incidencia de hemorragias mayores y particularmente de hemorragias intracraneales, la complicación más temida del tratamiento anticoagulante por su alta mortalidad<sup>19-21</sup>.

La incidencia de hemorragias intracraneales aumenta en los ancianos, entre otros aspectos, por los cambios y las complicaciones en los pequeños vasos cerebrales asociados a la edad, como los microinfartos, las microhemorragias, la leucoaraiosis o el depósito de placas de amiloide<sup>22,23</sup>.

La decisión sobre la indicación, el mantenimiento en el tiempo y el tipo de tratamiento anticoagulante debe ser valorada de forma individual y cuidadosa en todo paciente, y de una forma particularmente encarecida en el anciano, en el que factores como las comorbilidades, la esperanza de vida, la funcionalidad y las preferencias personales deben ser tenidas en cuenta y reevaluadas de forma periódica, tanto más frecuentemente cuanto mayor sea la edad o más evolucionada su enfermedad. Tal como recomiendan los autores, en todo anciano debe plantearse, antes de iniciar la anticoagulación oral, la realización de una valoración geriátrica integral, que evalúe los riesgos y los beneficios de esta terapia con base en factores como el riesgo de ictus, el estado cognitivo, el grado de dependencia y el riesgo de caídas, la polifarmacia, la valoración nutricional y las expectativas de vida.

Un aspecto de gran complejidad en la toma de decisiones en el anciano anticoagulado con FA es la retirada del tratamiento en un momento determinado de la evolución. Los autores proponen un instrumento innovador, cuya utilidad y validez deberán ser evaluadas en la práctica clínica, dado que, por el momento, no disponemos de instrumentos validados para la evaluación de la terminalidad aplicados de forma específica a la anticoagulación.

Estas consideraciones son de interés para todo aquel profesional implicado en el inicio, el mantenimiento o la retirada de la anticoagulación en los sujetos ancianos, cuyo perfil de fragilidad, multimorbilidad, polifarmacia e incluso, con frecuencia, de terminalidad, exige un proceso de decisión más elaborado y claramente diferenciado del adulto de edad media o más joven.

A pesar de que el manejo del tratamiento anticoagulante en el anciano sea complejo y requiera una mayor dedicación a su seguimiento y cuidado, no debemos privar a estos pacientes de una estrategia terapéutica que indudablemente aporta valor y que va a condicionar tanto su calidad como su «cantidad» de vida.

## Bibliografía

- Gómez-Doblas JJ, Muñoz J, Martín JJ, Rodríguez-Roca G, Lobos JM, Awamleh P, et al. Prevalencia de la fibrilación auricular en España. Resultados del estudio OFRECE. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:259-69.
- López Soto A, Formiga F, Bosch X, García Alegría J. Prevalencia de la fibrilación auricular y factores relacionados en pacientes ancianos hospitalizados: estudio ESFINGE. *Med Clin (Barc)*. 2012;138:231-7.
- Marini C, de Santis F, Sacco S, Russo T, Olivieri L, Totaro R, et al. Contribution of atrial fibrillation to incidence and outcome of ischemic stroke. *Stroke*. 2005;36:1115-9.
- Lin HJ, Wolf PA, Kelly-Hayes M, Beiser AS, Kase CS, Benjamin EJ, et al. Stroke severity in atrial fibrillation. The Framingham Study. *Stroke*. 1996;27:1760-4.
- Gullón A, Suárez C, Díez-Manglano J, Formiga F, Cepeda JM, Pose A, et al. en representación de los investigadores del estudio NONAVASC. Características y tratamiento antitrombótico de los pacientes ancianos con fibrilación auricular no valvular hospitalizados en Medicina Interna. Registro NONAVASC. *Med Clin (Barc)*. 2017;148:204-10.
- Suárez Fernández C, Mostaza JM, Castilla Guerra L, Cantero Hinojo J, Suriñach JM, Acosta de Bilbao F, et al. Seguimiento de las recomendaciones del Informe de Posicionamiento Terapéutico sobre el tratamiento con anticoagulantes orales en pacientes ancianos con fibrilación auricular. Estudio ESPARTA. *Med Clin (Barc)*. 2017;151:8-15.
- Contreras Muruaga MDM, Vivancos J, Reig G, González A, Cardona P, Ramírez-Moreno JM, et al. Satisfaction, quality of life and perception of patients regarding burdens and benefits of vitamin K antagonists compared with direct oral anticoagulants in patients with nonvalvular atrial fibrillation. *J Comp Eff Res*. 2017;6:303-12.
- Van Walraven C, Hart RG, Connolly S, Austin PC, Mant J, Hobbs FD, et al. Effect of age on stroke prevention therapy in patients with atrial fibrillation: The atrial fibrillation investigators. *Stroke*. 2009;40:1410-6.
- Olesen JB, Lip GY, Lindhardsen J, Lane DA, Ahleff O, Hansen ML, et al. Risks of thromboembolism and bleeding with thromboprophylaxis in patients with atrial fibrillation: A net clinical benefit analysis using a 'real world' nationwide cohort study. *Thromb Haemost*. 2011;106:739-49.
- Chao TF, Liu CJ, Lin YJ, Chang SL, Lo LW, Hu YF, et al. Oral anticoagulation in very elderly patients with atrial fibrillation - A nationwide cohort study. *Circulation*. 2018. <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.031658> [Epub ahead of print].
- Pugh D, Pugh J, Mead GE. Attitudes of physicians regarding anticoagulation for atrial fibrillation: A systematic review. *Age Ageing*. 2011;40:675-83.
- Wolff A, Shantsila E, Lip GY, Lane DA. Impact of advanced age on management and prognosis in atrial fibrillation: Insights from a population-based study in general practice. *Age Ageing*. 2015;44:874-8.
- Suárez Fernández C, Formiga F, Camafort M, Cepeda Rodrigo M, Díez-Manglano J, Pose Reino A, et al. Antithrombotic treatment in elderly patients with atrial fibrillation: A practical approach. *BMC Cardiovasc Disord*. 2015;15:143.
- Mant J, Hobbs FD, Fletcher K, Roalfe A, Fitzmaurice D, Lip GY, et al. BAFTA investigators; Midland Research Practices Network (MidReC). Warfarin versus aspirin for stroke prevention in an elderly community population with atrial fibrillation (the Birmingham Atrial Fibrillation Treatment of the Aged Study, BAFTA): A randomized controlled trial. *Lancet*. 2007;370:493-503.
- Ng KH, Shestakovska O, Connolly SJ, Eikelboom JW, Avezum A, Diaz R, et al. Efficacy and safety of apixaban compared with aspirin in the elderly: A subgroup analysis from the AVERROES trial. *Age Ageing*. 2016;45:77-83. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afv156>.
- Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D, Casadei B, et al. ESC Scientific Document Group. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Europace*. 2016;18:1609-78.
- Barrios V, Calderón A, Escobar C, de la Figuera M. Patients with atrial fibrillation in a primary care setting: Val-FAAP study. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2012;65:47-53.
- Ben Freedman S, Gersh BJ, Lip GY. Misperceptions of aspirin efficacy and safety may perpetuate anticoagulant underutilization in atrial fibrillation. *Eur Heart J*. 2015;36:653-6.
- Sardar P, Chatterjee S, Chaudhari S, Lip GY. New oral anticoagulants in elderly adults: Evidence from a meta-analysis of randomized trials. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62:857-64.
- Sadlon AH, Tsakiris DA. Direct oral anticoagulants in the elderly: Systematic review and meta-analysis of evidence, current and future directions. *Swiss Med Wkly*. 2016;146:w14356.
- Sharma M, Cornelius VR, Patel JP, Davies JG, Molokhia M. Efficacy and harms of direct oral anticoagulants in the elderly for stroke prevention in atrial fibrillation and secondary prevention of venous thromboembolism: Systematic review and meta-analysis. *Circulation*. 2015;132:194-204.
- Viswanathan A, Chabriat H. Cerebral microhemorrhage. *Stroke*. 2006;37:550-5.
- Folsom AR, Yatsuya H, Mosley TH Jr, Psaty BM, Longstreth WT Jr. Risk of intraparenchymal hemorrhage with magnetic resonance imaging-defined leucoaraiosis and brain infarcts. *Ann Neurol*. 2012;71:552-9.