



REVISIÓN

La anticoagulación oral en el anciano con fibrilación auricular no valvular



Fernando Veiga Fernández*, María del Rocío Malfeito Jiménez, Sonia María Barros Cerviño y María del Mar Magariños Losada

Servicio de Geriatria, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 3 de diciembre de 2014

Aceptado el 28 de enero de 2015

On-line el 11 de marzo de 2015

Palabras clave:

Fibrilación auricular no valvular
Nuevos anticoagulantes orales
Anticoagulantes orales no antagonistas de la vitamina K
Anciano
Profilaxis tromboembólica en fibrilación auricular

R E S U M E N

La anticoagulación del anciano con fibrilación auricular (FA) es un reto, ya que supone enfrentarse al mismo tiempo a un mayor riesgo tromboembólico y hemorrágico. La utilización juiciosa de los anticoagulantes en el anciano con FA ha demostrado un beneficio clínico neto mayor que en los más jóvenes. Los anticoagulantes orales no antagonistas de la vitamina K han sido comparados con los anticoagulantes orales antagonistas de la vitamina K en estudios con representación suficiente de ancianos para sacar conclusiones, y han confirmado un balance favorable entre beneficios y riesgos en este grupo de edad, convirtiéndolos en el tratamiento de elección. Basándonos en comparaciones indirectas hemos determinado el anticoagulante ideal, con su dosificación específica, para cada anciano con FA en su situación clínica particular, y realizado un algoritmo de utilidad práctica. La valoración geriátrica integral es la pieza fundamental para evaluar la indicación de la anticoagulación, el tipo de anticoagulante y la mejor manera de optimizar los factores de riesgo para una anticoagulación segura. La llegada de los anticoagulantes orales no antagonistas de la vitamina K mejorará la tasa de profilaxis tromboembólica eficiente del anciano con FA, desterrando formas de profilaxis, como la antiagregación, de utilidad discutida.

© 2014 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Oral anticoagulation for non-valvular atrial fibrillation in the elderly

A B S T R A C T

Anticoagulation in elderly people with non-valvular atrial fibrillation (AF) is a challenge, due to the thromboembolic, as well as the haemorrhagic risks. The correct use of anticoagulants in these patients has shown a higher net clinical benefit when comparing it with a younger population. Non-vitamin K antagonist oral anticoagulants (NOACs) have been compared to oral vitamin K antagonists in several studies that included a sufficient number of elderly people. Favourable results for non-vitamin K antagonist oral anticoagulants were obtained in these studies, making them the preferred treatment for this group of patients. Basing the estimations on indirect comparisons, the ideal anticoagulant and the specific dose for each particular case has been determined. Finally, a new algorithm has been developed that relates these parameters. Geriatric assessment is the key to the indication for an anticoagulation, the type of anticoagulant needed, and also the best way to optimise all the factors for a safe anticoagulation. The arrival of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants will enhance the efficient thromboembolic prophylaxis rate in elderly people with AF. This new treatment will remove different controversial prophylaxis, such as antiaggregants.

© 2014 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Non-valvular atrial fibrillation
New oral anticoagulants
Non-vitamin K antagonist oral anticoagulants
Elderly
Thromboembolic prophylaxis in atrial fibrillation.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: Fernando.veiga.fernandez@sergas.es, veiga@geriatria.e.telefon (F. Veiga Fernández).

Introducción

La fibrilación auricular (FA) no valvular es aquella que ocurre en ausencia de estenosis mitral reumática, válvula cardiaca mecánica o bioprotésica o válvula mitral reparada¹, siendo estas las

características que la definen en los ensayos clínicos fase III de profilaxis cardioembólica. Todavía sin consenso definitivo, es importante diferenciar la FA no valvular y la FA valvular ya que la primera multiplica por 5 el riesgo de ictus, pero la FA valvular lo hace por 20.

Más de 3 millones de personas en el mundo sufren un ictus relacionado con la FA cada año, y estos ictus son más graves e incapacitantes que la media. El riesgo de ictus es similar para cualquier tipo de FA (paroxística, persistente, o permanente) y para el flúter, y en cualquiera de ellos, la edad avanzada es el principal factor de riesgo. El 75% de los ictus de circulación anterior en los pacientes con FA son cardioembólicos², incluyendo fuentes cardíacas de embolismo no relacionado con la FA. En pacientes en ritmo sinusal con ictus reciente isquémico idiopático, la monitorización del ritmo cardíaco detecta una FA no valvular con una probabilidad entre un 0 y un 23%, dependiendo del tiempo de monitorización, recomendándose el cribado «oportunisto» de la FA en los mayores de 65 años mediante la toma del pulso y su confirmación electrocardiográfica³.

Estratificación de los riesgos en la fibrilación auricular no valvular y su profilaxis tromboembólica

Riesgo cardioembólico

Se han desarrollado varios instrumentos para definir el riesgo de ictus de cada paciente con FA. El recomendado en la actualidad es el *Congestive heart failure, Hypertension, Age > 75, Diabetes, prior Stroke/transient ischemic attack-Vascular disease, Age 65-74 years, Sex category* (CHA₂DS₂-VASC)⁴, que mejora la definición del riesgo de su antecesor, el CHADS₂. La principal limitación del CHADS₂ es que la puntuación de 1 se considera riesgo intermedio (riesgo anual del 2,8%) y no identifica bien a los de riesgo bajo pero significativo. Además, aquellos cuyo único factor de riesgo es un ictus tienen una puntuación de 2 con un riesgo mayor del que parece indicar. El CHA₂DS₂-VASC identifica a los pacientes de verdadero bajo riesgo (ningún anciano)⁵; así, aquellos con una puntuación de 0 (cero) tienen un riesgo mínimo de ictus, redistribuyendo a muchas mujeres ancianas del grupo de bajo al de alto riesgo. El riesgo es inferior para cada puntuación, y el incremento menor con cada punto adicional, considerando el riesgo cardioembólico como un *continuum*, más que categorías de riesgo⁶. Esperamos una mejor estratificación del riesgo incluyendo factores adicionales como la enfermedad renal crónica (ERC) severa⁷, la hipertensión no controlada, las coagulopatías y algunos datos ecocardiográficos.

La indicación de tratamiento antitrombótico basada en las categorías de riesgo definidas por el CHA₂DS₂-VASC se resume en la [tabla 1](#).

Riesgo hemorrágico

La amplia utilización de la anticoagulación oral en pacientes con FA, y el riesgo de hemorragia que lleva implícito, ha obligado a desarrollar varios instrumentos para predecir el riesgo de hemorragia

mayor durante el primer año de anticoagulación. El más utilizado es el *Hypertension, Abnormal renal/liver function, Stroke, Bleeding history or predisposition, Labile INR, Elderly (> 65), Drugs/alcohol concomitantly* (HAS-BLED)⁸, que ha demostrado su utilidad para definir a los pacientes de alto riesgo, identificar los factores que deben ser optimizados para una anticoagulación segura y ayudar en el proceso de la toma de decisiones del tratamiento antitrombótico. Nunca debe utilizarse para evitar la anticoagulación ya que suele coincidir en el mismo paciente con un alto riesgo trombótico.

El riesgo hemorrágico ha sido sobrevalorado en el anciano. Sabemos que el riesgo de hemorragia no intracraneal aumenta paulatinamente según se envejece, y el de hemorragia intracraneal (HIC) lo hace por encima de los 80 años; sin embargo en una gran cohorte de ancianos con FA no se ha observado diferencia en la tasa de hemorragias estuviesen o no anticoagulados⁹. En un estudio en población muy anciana la anticoagulación oral ha sido mejor tolerada que la antiagregación¹⁰, y en práctica clínica real en mayores de 80 años se han publicado incidencias de 1,87 hemorragias mayores por 100 pacientes-año¹¹.

Riesgo de mal control anticoagulante

El tiempo que tarda en acontecer un ictus, y la supervivencia total, aumenta en los pacientes que se mantienen en el INR objetivo (2-3) durante el 70-100% del tiempo, beneficio que disminuye cuando el porcentaje del tiempo en rango terapéutico (TRT) es menor del 70%¹². En la práctica clínica, los pacientes con FA anticoagulados se mantienen en rango terapéutico solo el 55% del tiempo¹³. Las clínicas de coagulación, los dispositivos automatizados de autocontrol y los instrumentos que permiten predecir la calidad del control anticoagulante ayudan a optimizar el TRT. El *Sex female, Age < 60 years, Medical history, Treatment, Tobacco use, Race* (SAME-TT₂R₂)¹⁴ es capaz de predecir un mal control del INR y ayuda en el proceso de toma de decisiones, identificando a aquellos pacientes que requieren intervenciones adicionales para un control aceptable de la anticoagulación o la utilización de otras opciones antitrombóticas.

Opciones antitrombóticas en la fibrilación auricular no valvular

Durante las últimas décadas han sido evaluadas varias modalidades antitrombóticas en esta situación clínica, sin embargo solo los antagonistas de la vitamina K (AVK) en dosis ajustada, el inhibidor del factor II (dabigatrán) y los inhibidores del factor Xa (rivaroxabán, apixabán y edoxabán) han demostrado eficacia y seguridad. El ácido acetilsalicílico, una alternativa utilizada con demasiada frecuencia en los ancianos, solo ha demostrado beneficios en la prevención del ictus en la FA en el estudio SPAF-I,¹⁵ con un impacto muy heterogéneo entre los subgrupos, ineficaz en el de los mayores de 75 años, y solo evitando ictus leves. Por otra parte, el ácido acetilsalicílico nunca ha sido estudiado en la población con FA no valvular de bajo riesgo, en la que se considera actualmente.

Las opciones antitrombóticas actuales son los AVK y los nuevos anticoagulantes orales, denominados a partir de ahora anticoagulantes orales no antagonistas de la vitamina K (NAVK)¹⁶. Los AVK han sido muy estudiados en la década de los 90 y han demostrado ser muy eficaces. Los resultados de un metaanálisis¹⁷ de 6 estudios que han comparado los AVK con el placebo en la FA muestran su eficacia en la prevención de todos los ictus (isquémicos y hemorrágicos), con una reducción del riesgo relativo del 64% comparado con el placebo, tanto en prevención primaria como secundaria y para ictus incapacitantes o no. Supone una reducción relativa del 26% en todas las causas de mortalidad y una reducción del riesgo absoluto del 2,7% por año, con un número necesario tratar (NNT) de

Tabla 1

Indicación del tratamiento antitrombótico en pacientes con FA no valvular de acuerdo a las categorías de riesgo del CHA₂DS₂-VASC

| Categoría de riesgo | CHA ₂ DS ₂ -VASC | Tratamiento recomendado |
|---|--|---|
| Un factor de riesgo principal o ≥ 2 factores de riesgo convencionales | ≥ 2 | Anticoagulación oral |
| Un factor de riesgo convencional | 1 | Anticoagulación oral (o ácido acetilsalicílico) |
| Sin factores de riesgo | 0 | Sin tratamiento (o ácido acetilsalicílico) |

Elaborada con datos de January et al.¹ y Lip et al.⁴.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/938432>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/938432>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)