
CONTRAINDICACION DE ANTICOAGULANTES POR RIESGO SOCIAL EN ANCIANOS CON FIBRILACION AURICULAR DEL HOSPITAL GERIATRICO DE AGUDOS "Juana F. Cabral"

José Francisco Almirón, Giselle Lillyan Piat, José René Romano, Facundo Ignacio Almirón.
Dra. Silvia Ramírez. Jefe de Trabajos Prácticos. Cátedra de Semiología. U.N.N.E.

RESUMEN

Introducción: La Fibrilación Auricular (FA) es una taquiarritmia supraventricular caracterizada por la falta de coordinación de activación auricular, se asocia con un incremento de accidentes embólicos. La Anticoagulación (ACO) es fundamental en el manejo de esta arritmia para prevenir eventos tromboembólicos, y debe ser considerada en todos los pacientes con FA, independientemente de la presentación de la misma y su edad. Sin embargo no todos los individuos tienen medios para acceder a un control de laboratorio adecuado para conocer el rango de anticoagulación deseada en la F.A. por motivos inertes a la condición del anciano. Los ancianos tienen mayor riesgo de sangrado. La aparición de incapacidad provoca un salto cualitativo en la vivencia de la vejez pasando de un ser autónomo a depender de otros, siendo considerado como riesgo social el hecho de no poder contar con los cuidados de una persona a cargo responsable de los mismos. **Objetivos:** Este estudio tiene por objetivo revisar historias clínicas de pacientes con diagnóstico de FA con el fin de evaluar la prevalencia de pacientes que por motivo de Riesgo Social se contraindique el uso de anticoagulantes orales. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, mediante la recolección de datos de historias clínicas desde julio 2007 a julio 2008, en el "Hospital Geriátrico de Agudos Juana F. Cabral" de la ciudad de Corrientes. Fueron incluidos todos los pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de FA (constatado por ECG), internados en el servicio de clínica médica del Hospital. En los cuales se estudiaron las variables: Toma anticoagulantes y presencia de Riesgo social como contraindicación de ACO. **Resultados:** De los 86 pacientes con FA, 42 tomaban ACO (48.84%) y 44 no tomaban (51.16%). En este último grupo 23 pacientes (52.27%) tenían contraindicada la toma de anticoagulantes orales por motivo de riesgo social o entorno social inadecuado y en el resto, 21 pacientes (47.73%), la contraindicación era por otros motivos. **Discusión:** Se debe tener presente que la ACO incrementa el riesgo de sangrado. Este exceso en la incidencia de hemorragias se contrapone con los beneficios antitrombóticos. En la población anciana, esta terapéutica es más riesgosa y, por lo tanto, debe evaluarse cuidadosamente la relación riesgo-beneficio antes de indicar el tratamiento. **Conclusión:** En nuestro estudio hemos observado una mayor frecuencia de pacientes con FA que tienen contraindicada la toma de ACO por motivo de riesgo social. De la relación riesgo-beneficio, en este caso sangrado-embolia, se deduce la necesidad del tratamiento anticoagulante. **Palabras claves:** Fibrilación Auricular, anticoagulación, ancianos, riesgo social.

SUMMARY

Introduction: Atrial fibrillation (AF) is a supraventricular tachyarrhythmia characterized by uncoordinated atrial activation, is associated with cardio embolic events. Anticoagulation (OAC) is essential in managing this arrhythmia to prevent thromboembolism, and should be considered in all AF patients, regardless of the presentation of the same and age. However, not all individuals have access to adequate laboratory controls to meet the desired range of anticoagulation in atrial fibrillation on account is appropriate to their age. The onset of disability causes a leap in the experience of aging from an autonomous being dependent on others, being considered as social risk the failure to have care of a responsible person in charge thereof. **Objectives:** This study aims to review clinical histories of patients diagnosed with FA in order to assess the prevalence of patients who Social Risk was the reason of contraindication of oral anticoagulants use. **Materials and methods:** We performed a retrospective descriptive study by collecting data from clinical histories from July 2007 to July 2008, at the "Acute Geriatric Hospital Juana F. Cabral" of the city of Corrientes. We included all patients over 65 years with a diagnosis of AF (confirmed by ECG), placed in service medical clinic of the Hospital. Variables were studied: Take anticoagulants, and social risk a contraindication for OAC. **Results:** Of the 86 patients with AF, 42 were taking OAC (48.84%) and 44 did not take (51.16%). In this latter group 23 patients (52.27%) were contraindicated taking oral anticoagulants because social risk and the rest, 21 patients (47.73%), the contraindication was for other reasons. **Discussion:** It should be remembered that the OAC increases the risk of bleeding. This excess in the incidence of bleeding contrasts with the antithrombotic benefits. In the elderly population, this therapy is more risky, and therefore should be carefully evaluated risk-benefit ratio before giving treatment. **Conclusion:** In our study we observed a higher frequency of AF patients who are contraindicated OAC because social risk. In the risk-benefit ratio, in this case bleeding-stroke, shows the need for anticoagulant treatment. **Keywords:** Atrial Fibrillation, anticoagulation, elderly, social risk.

INTRODUCCION

La Fibrilación Auricular (FA) es una taquiarritmia supraventricular caracterizada por la falta de coordinación de activación auricular con el consiguiente deterioro de la función mecánica auricular.¹ Es la arritmia cardíaca más común en la práctica clínica.²

Su prevalencia se estima en el 2% a 3% de los pacientes en la sexta década de la vida, el 5% a 6% en la séptima década y el 8% a 10% en la octava década. Actualmente, más de la mitad de los pacientes con FA tienen 75 años y para el año 2050 la mitad de los pacientes tendrán 80 años.³

En el electrocardiograma (ECG), es descrita por la sustitución de las ondas P, por rápidas ondas fibrilatorias, oscilaciones que varían en tamaño, forma, y tiempo.¹

Esta arritmia se asocia con un incremento de accidentes embólicos. El estudio de Framingham demostró un incremento de 5 veces en el riesgo de accidente cerebrovascular (ACV) en los pacientes con FA respecto de aquellos con Ritmo Sinusal, y esta arritmia es la causa predominante de ACV en el anciano.³

La Anticoagulación es el principio fundamental en el manejo de esta arritmia para prevenir el tromboembolismo.⁴ El promedio de incidencia anual de embolia cerebral en la FA es del 4.3% en los controles y del 1.4% con dicumarínicos.⁵

La anticoagulación es claramente eficaz en la reducción del riesgo de ACV isquémico en pacientes con FA, por lo general alrededor del 67% en comparación con placebo.⁶ Siendo también más eficaz que la aspirina.⁷

La Anticoagulación oral a largo plazo debe ser considerada en todos los pacientes con FA, independientemente de la presentación de la misma y de la presencia de factores de riesgo de embolia como edad superior a 65, historia de complicaciones embólicas, las enfermedades valvulares del corazón, hipertensión (sobre todo si hay hipertrofia ventricular izquierda), diabetes, insuficiencia cardíaca reciente, la depresión de la función ventricular izquierda o el aumento del tamaño de la aurícula izquierda.⁸

El aumento de estos factores es un determinante en la aparición y el desarrollo de la fibrilación auricular.⁹ Sin embargo estudios avalan que el uso de ACO aumenta el riesgo de hemorragia intracerebral 7 a 10 veces.¹⁰

No todos los individuos con FA tienen un riesgo embólico que justifique la ACO; por ejemplo, ésta no parece necesaria en pacientes jóvenes sin cardiopatía orgánica ni factores de riesgo.

El individuo anciano tiene mayor riesgo de sangrado debido a múltiples razones, como la incrementada fragilidad vascular, mecanismos homeostáticos más ineficientes, más patológi-

as potencialmente sangrantes, mayor propensión a las caídas, trastornos de la memoria que pueden afectar la toma correcta de los medicamentos y los controles de coagulación; además, reciben múltiples fármacos, con una tasa de depuración menor debido a una reducción de los procesos metabólicos y a las interacciones farmacológicas.⁵

Además en el anciano la aparición de incapacidad provoca un salto cualitativo en la vivencia de la vejez pasando de un ser autónomo a depender de otros, siendo considerado como riesgo social el hecho de no poder contar con los cuidados de una persona a cargo responsable de los mismos.

La guía NICE recomienda que se identifiquen los factores de riesgo de hemorragia y que se consideren antes de la prescripción de la anticoagulación, tales como edad > 75 años, co-prescripción de medicamentos antiplaquetarios (como aspirina) o antiinflamatorios no esteroideos, co-prescripción de otros medicamentos múltiples (polifarmacia), hipertensión no controlada; la historia de sangrado (por ejemplo, úlcera péptica o hemorragia cerebral), y la historia de un deficiente control de la terapia anticoagulante. La presencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial controlada y el sexo no se identificaron como factores de riesgo significativos.⁶

Los ACO presentan una serie de complicaciones, la más importante es el estrecho margen terapéutico en relación al rango internacional normalizado (RIN) (objetivo de 2,5, rango 2,0 a 3,0)¹¹, que debe mantenerse, dado que existe un mayor riesgo de ACV hemorrágico con RIN > 3.0 y complicaciones tromboembólicas en RIN < 2.0. Una reciente revisión sistemática reveló que los pacientes que reciben a largo plazo ACO logran un RIN terapéutico sólo el 55% de las veces.^{12, 13}

Se recomienda la evaluación de rutina del RIN porque resultados subterapéuticos y supratrapéuticos del mismo son comunes.¹⁴

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, mediante la recolección de datos de historias clínicas en el período 2007-2008 (desde julio 2007 a julio 2008) en el "Hospital Geriátrico de Agudos Juana F. Cabral" de la ciudad de Corrientes, Argentina.

Criterios de inclusión: fueron incluidos todos los pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de fibrilación auricular (constatado por ECG), internados en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Geriátrico de Agudos "Juana F. Cabral" de la ciudad de Corrientes.

Unidad de análisis: Las unidades de análisis fueron las historias clínicas facilitadas por el servicio de estadística del hospital, tras la pre-

sentación de una nota de autorización para acceder a las mismas. Se creó una base de datos para el procesamiento automatizado de las mismas en planillas de Microsoft Excel.

Variables: las variables utilizadas para este estudio fueron:

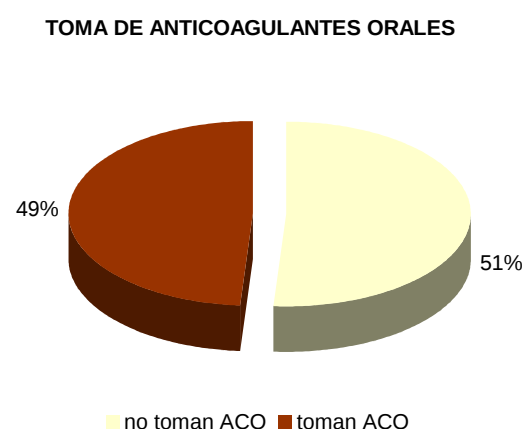
Toma anticoagulantes: si o no.

Presencia de Riesgo social (entorno social inadecuado) como contraindicación de ACO: si o no.

RESULTADOS

De los 86 pacientes con diagnóstico de FA, 42 tomaban ACO (48.84%) y 44 no tomaban (51.16%) (Figura 1).

Figura 1. Toma de anticoagulantes orales.



En este último grupo 23 pacientes (52.27%) tenían contraindicada la toma de anticoagulantes orales por motivo de riesgo social o entorno social inadecuado y en el resto, 21 pacientes (47.73%), la contraindicación era por otros motivos (Figura 2).

Figura 2. Presencia de Riesgo Social como contraindicación de ACO.



DISCUSION

En el anciano la aparición de incapacidad provoca un salto cualitativo en la vivencia de la vejez pasando de un ser autónomo a depender de otros.⁶

Con el aumento observado a nivel mundial de la población anciana (mayor de 65 años) y de la incidencia de insuficiencia cardíaca, es esperable el incremento en el número de casos de FA; en cada uno de ellos se debe discutir la conveniencia o no de la ACO.³

Lo anterior no significa que el paciente anciano no deba recibir anticoagulación, pero se debe tener presente que, en esta población, esta terapéutica es más riesgosa y, por lo tanto, debe evaluarse cuidadosamente la relación riesgo-beneficio antes de indicar el tratamiento.^{5, 6}

Se debe tener presente que la ACO, como todos los tratamientos antitrombóticos, incrementa el riesgo de sangrado. Este exceso en la incidencia de hemorragias se contrapone con los beneficios antitrombóticos.^{12, 13}

Por otra parte, la ACO con dicumarínicos no es el tratamiento perfecto. Solamente se alcanza el rango internacional normatizado (RIN) recomendado de 2 a 3 en menos de la mitad del tiempo, aun en estudios con seguimiento minucioso.^{11, 12, 13, 14}

A esto se debe la búsqueda de nuevas estrategias de tratamiento, como el ximelagatrán o el clopidogrel, que no requieren evaluación del nivel de anticoagulación.¹⁴

CONCLUSION

En nuestro estudio hemos observado una mayor frecuencia de pacientes con FA que tienen contraindicada la toma de anticoagulantes orales por motivo de riesgo social o entorno social inadecuado (52.27%), los cuales y, de acuerdo a la bibliografía revisada, tienen mayor probabilidad de desarrollar complicaciones o muertes, por lo que queremos darle importancia a su reconocimiento temprano, como así también en la relación riesgo-beneficio, en éste caso sangrado-embolia, del cual se deduce la necesidad del tratamiento anticoagulante.

BIBLIOGRAFIA

1. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines and Policy Conferences (Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation) Developed in Collaboration With the North American Society of Pacing

and Electrophysiology. ACC/AHA/ESC Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: Executive Summary. Circulation [en línea] 2001 [fecha de acceso 24 de agosto de 2009]; 104:2118-2150 . URL disponible en:
<http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/104/17/2118>

2. Dixon BJ, Bracha Y., Loecke SW, Guerrero MA, Taylor RD, MD; Asinger RW. Principal Atrial Fibrillation Discharges by the New ACC/AHA/ESC Classification. *Arch Intern Med*. [en línea] 2005 [fecha de acceso 24 de agosto de 2009]; 165:1877-1881. URL disponible en: <http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/165/16/1877>
3. Waldo AL. Ventajas y desventajas del tratamiento farmacológico de la fibrilación auricular. *American Heart Journal*; 151(4):771-778. ISSN: 0002-8703.2006
4. Markides V, Schilling RJ. Atrial fibrillation: classification, pathophysiology, mechanisms and drug treatment. *Heart* [en línea] 2003 [fecha de acceso 24 de Agosto de 2009]; 89(8): 939-943. URL disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=12860883>
5. Trivi M. Ventajas y desventajas de la anticoagulación en ancianos. *Revista Argentina de Cardiología*; 74(1):50-52. ISSN 0034-7000.2006
6. Hughes M, Lip G .Risk factors for anticoagulation-related bleeding complications in patients with atrial fibrillation: a systematic review. *Q J Med* [en línea] 2007 [fecha de acceso 24 de agosto de 2009]; 100:599-607. URL disponible en: <http://qjmed.oxfordjournals.org/cgi/reprint/100/10/599>
7. Alonso-Coello P, Montori VM, Solà I, Schünemann HJ, Devereaux PJ, Charles C, Roura M, Díaz MG, Souto JC, Alonso R, Oliver S, Ruiz R, Coll-Vinent B, Diez AI, Vich I, Guyatt G. Values and preferences in oral anticoagulation in patients with atrial fibrillation, physicians' and patients' perspectives: protocol for a two-phase study. *BMC Health Services Research* [en línea] 2008 [fecha de acceso 24 de agosto de 2009]; 8: 221. URL disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=18954427>
8. Le'vy S, Camm AJ, Saksena S, Aliot E, Breithardt G, Crijns H , Davies W, Kay N, Prystowsky E, Sutton R, Waldo A, Wyse DG. International consensus on nomenclature and classification of atrial fibrillation. *Europace* [en línea] 2003 [fecha de acceso 24 de agosto de 2009]; 5, 119-122. URL disponible en: <http://europace.oxfordjournals.org/cgi/reprint/5/2/119>
9. Moro Serrano C, Hernández-Madrid A. Atrial Fibrillation. Is it an Epidemic? *Rev Esp Cardiol*. [en línea] 2009 [fecha de acceso 24 de agosto de 2009]; 62(1):10-4. URL disponible en: http://www.revescardiol.org/cardio_eng/ctl_servlet?_f=60&ident=13131641
10. Fric-Shamji E, Shamji M, Cole J, Benoit B. Modifiable risk factors for intracerebral hemorrhage, Study of anticoagulated patients. *Can Fam Physician* [en línea] 2008 [fecha de acceso 24 de agosto de 2009]; 54:1138-9.e1-4. URL disponible en: <http://www.cfp.ca/cgi/content/full/54/8/1138>
11. Verhovsek M, Motlagh B , Crowther MA, Kennedy C, Dolovich L, Campbell G, Wang L, Papaioannou A. Quality of anticoagulation and use of warfarin-interacting medications in long-term care: A chart review. *BMC Geriatrics* [en línea] 2008 [fecha de acceso 24 de agosto de 2009]; 8:13. URL disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/8/13>
12. Lane DA, Lip G .Barriers to Anticoagulation in Patients With Atrial Fibrillation Changing Physician-Related Factors. *Stroke* [en línea] 2008 [fecha de acceso 24 de agosto de 2009]; 39:7-9. URL disponible en: <http://stroke.ahajournals.org/cgi/reprint/39/1/7>
13. Bo S, Valpreda S, Scaglione L, Boscoso D, Piobbici M, Bo M, Ciccone G. Implementing hospital guidelines improves warfarin use in non-valvular atrial fibrillation: a before-after study. *BMC Public Health*. [en línea] 2007 [fecha de acceso 24 de agosto de 2009]; 7: 203. URL disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=17692112>
14. Scout P, Pancioli AM, Davis LA, Frederiksen S, Eckman J. Prevalence of Atrial Fibrillation and Antithrombotic Prophylaxis in Emergency Department Patients. *Stroke* [en línea] 2002 [fecha de acceso 24 de agosto de 2009]; 33;2664-2669. URL disponible en: <http://stroke.ahajournals.org/cgi/reprint/33/11/2664>