

¿Estamos haciendo las cosas de forma adecuada en la fibrilación auricular?

José María Fernández Rodríguez^{1,2} y Beatriz Del Hoyo Cuenda^{1,2}

¹ Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

² Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS). Madrid.

En los últimos años hemos asistido a un aumento de la longevidad de nuestros pacientes ante las mejoras de las condiciones de vida y los avances de la medicina, por ello no es de extrañar que tengamos que afrontar un aumento de pacientes con múltiples comorbilidades y polifarmacia, dificultando todo ello su manejo.

Teniendo esto en cuenta, no nos debe sorprender los datos de un estudio desarrollado en nuestro país con 8.343 pacientes donde se objetiva que la prevalencia de la fibrilación auricular (FA) global es del 4,4%, siendo en el intervalo de edad entre 70 y 79 años cercana al 10%, y alcanzando en el intervalo entre 80-89 años el 17,7%.¹

Estos resultados van en concordancia con lo ya conocido en la literatura respecto a que existen múltiples factores de riesgo implicados en la aparición de esta arritmia cardiaca, tanto no modificables (edad, sexo, genético, raza), como modificables (hipertensión, dislipemia, diabetes mellitus, etc); aunque entre todos ellos destaca uno notablemente, la edad.²

Por lo que considerando esto, y la elevada edad media de los ingresos en los servicios de medicina interna en nuestro país, debemos esperar un tanto por ciento muy elevado de ingresos con y por esta patología.

La presencia de FA condicionará enormemente el pronóstico de los pacientes que lo presentan, así como su calidad de vida, de tal forma que puede llegar a duplicar la mortalidad, aumentar más de cinco veces el riesgo de ictus o evento tromboembólico (en caso de no estar anticoagulado), y casi multiplicará por tres veces y media el riesgo de desarrollar insuficiencia cardiaca.³

Uno de los grandes "dilemas" al que tiene que hacer frente el internista es si debe anticoagular a los pacientes mayores con FA y alto riesgo de presentar un evento trombótico (CHAD₂S₂-VASc \geq 2) y también un alto riesgo hemorrágico (HAS-BLED \geq 3). No obstante, al revisar la literatura en general, contamos con información que debería ayudarnos a aclarar esa incertidumbre. La mayoría de estos datos son en vida real, cuando aún la penetración de los anticoagulan-

tes de acción directa (ACODs) no era mayoritaria, pero sí la suficiente como para poder extraer conclusiones.

En dichos resultados destaca que entre los pacientes mayores de 85 años con FA no anticoagulados se objetivaba un aumento significativo de los eventos cardioembólicos y de las hemorragias mayores. En cambio, los pacientes anticoagulados presentaban una importante reducción de los eventos isquémicos, siendo más marcada esta reducción en los mayores de 85 años; pero lo que aún es más llamativo es que las hemorragias mayores eran semejantes independientemente de la edad en los anticoagulados frente a los no anticoagulados.

En resumen, podemos concluir que la anticoagulación es beneficiosa para la mayoría de pacientes, con énfasis en los pacientes de edad avanzada. Pero aquí nos deberíamos hacer la siguiente pregunta: ¿hay diferencias significativas entre los tratados con antivitamina K (AVK) y los que están con ACODs? Sí, hay un claro beneficio clínico neto (relación entre eventos isquémicos y hemorrágicos) de utilizar estos últimos⁴. En un metaanálisis de los cuatro ensayos pivotaes de los ACODs frente a AVK en mayores de 75 años, se comprueba que en objetivos de eficacia (ictus isquémico y embolismos sistémicos) los primeros son superiores a los segundos, y en cuanto a su seguridad (hemorragias mayores) no hay diferencias globales frente a la warfarina, pero sí las consiguen reducir de forma significativa apixabán y edoxabán, en concreto un 33 y un 18% respectivamente.⁵

Según un artículo publicado en los últimos años, se indica que, a la luz de la evidencia actual, hay un consenso general en que el "fenotipo de fragilidad" no debería ser un motivo para excluir la anticoagulación, ya que estos pacientes tienen un mayor riesgo de accidente cerebrovascular frente a uno similar de hemorragia mayor, y se ha demostrado que se benefician de la anticoagulación oral (ACO). La superioridad de los ACODs frente a AVK se ha evidenciado de manera más destacada, en el caso de edoxaban y apixaban, dentro de este grupo de pacientes, especialmente en aquellos con alto riesgo de caídas.⁶

Por si toda esta evidencia no fuese suficiente, en 2021 tuvimos una publicación similar a otras previas en Reino Unido, Suecia o Italia en la que tras constatarse un aumento de los ictus entre los años 2005 a 2012 (cuando aún estaban solo los antivitamina K como anticoagulantes), a partir de ese momento con la penetración progresiva de los ACODs y la anticoagulación a un mayor porcentaje de pacientes con FA se consigue una estabilización inicial de los ictus isquémicos y una reducción marcada posterior de estos.⁷

Una vez que hemos obtenido una comprensión exhaustiva de toda esta evidencia en lo que respecta a las prácticas en nuestro país, cabe destacar el estudio ESPARTA, publicado en 2017 (considerar que en la actualidad, es muy probable que todas estas circunstancias hayan experimentado cambios). Se trata de un Estudio observacional, transversal y multicéntrico, en el que se incluyeron 837 pacientes ≥ 75 años (media 83 años, y 48.8% varones) con FA en tratamiento estable con ACO durante los 3 meses previos al periodo de inclusión. El CHA2DS2-VASc era de $5,0 \pm 1,4$ y el HAS-BLED de $2,1 \pm 0,9$, además el 44,5% de estos pacientes mostraba algún grado de dependencia. El 70,8% de los pacientes estaba en tratamiento con AVK y el resto con ACODs. El 65,6% de los pacientes con AVK no siguieron las recomendaciones del informe de posicionamiento terapéutico (IPT) frente al 43,0% de los pacientes con ACODs.

En el caso de los pacientes con AVK, el motivo principal para ser considerado como no adecuado fue presentar un mal control de la anticoagulación y no cambiar a un ACOD, mientras que en el caso de los ACOD fue recibir una dosis inadecuada según el IPT. En este estudio, resulta muy reseñable no solo el aumento significativo en la utilización de AVK, sino también la tendencia aún más marcada hacia su empleo en pacientes con cierto nivel de dependencia, en el más frágil y el que tiene más deterioro cognitivo; ya que si la media de uso de AVK en el estudio era del 70%, en estos subgrupos de pacientes se encuentra entre el 71,7 y 75,2%.⁸

En publicaciones posteriores se obtuvo resultados similares, siendo los pacientes en los que menos se usan los ACODs (en caso de anticoagularse), los pacientes mayores (especialmen-

te por encima de 75 años y frágiles o prefrágiles), con CHA2DS2-VASc y HAS-BLED elevados⁹. Además, curiosamente, según información extraída de la literatura, aquellos que con mayor frecuencia están con una dosis inadecuada de ACODs son los pacientes de edad avanzada con puntajes CHA2DS2-VASc elevados y con afectación renal.¹⁰

Considerando todas las observaciones hechas hasta el momento, así como el artículo que se ha expuesto sobre el seguimiento a cinco años de 1.342 pacientes con FA no valvular en hospitales gallegos, en el que se muestra la alta morbimortalidad de los pacientes mayores con FA³ con múltiples ingresos, especialmente en el primer año tras la arritmia aquí descrita, y a todas las patologías sobre la que influye.

Si además, tenemos en cuenta lo que se describe como factores que oscurecen más el pronóstico (especialmente la situación funcional, edad y el empleo o no de tratamiento antitrombótico) en estos pacientes, todo ello nos debería hacer reflexionar sobre la necesidad de hacer un seguimiento a estos pacientes de un modo transversal.

Por lo tanto sería recomendable llevar a cabo una continuidad de cuidados por parte de todos los profesionales que vemos y manejamos esta patología, tanto en el ámbito hospitalario como en los centros de salud, para intentar mantener en la medida de lo posible la situación funcional de estos pacientes, y llevar a cabo una adecuada anticoagulación, especialmente con ACODs, y en su defecto con AVK, pero asegurándonos de mantener el tiempo en rango terapéutico por encima del 70%, y ajustar las dosis de los primeros, según las circunstancias individuales de los pacientes (peso, edad, función renal).

Además, en caso de no anticoagular a los pacientes con FA, hay que justificar muy bien la razón por la que no se hace, ya que como se señaló previamente el paciente mayor es el que más se beneficia de la anticoagulación, especialmente de ACODs⁴, incluido el paciente frágil.⁶

BIBLIOGRAFÍA:

1. Gómez-Doblas JJ, Muñiz J, Martín JJA, Rodríguez-Roca G, Lobos JM, Awamleh P, et al. Prevalence of atrial fibrillation in Spain. OFRECE study results. *Rev Espanola Cardiol Engl Ed.* 2014;67(4):259-69.
2. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, Blomström-Lundqvist C, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J.* 2021;42(5):373-498.
3. Lip GY, Tse HF, Lane DA. Atrial fibrillation. *The Lancet.* 2012;379(9816):648-61.
4. Patti G, Lucerna M, Pecun L, Siller-Matula JM, Cavallari I, Kirchhof P, et al. Thromboembolic Risk, Bleeding Outcomes and Effect of Different Antithrombotic Strategies in Very Elderly Patients With Atrial Fibrillation: A Sub-Analysis From the PREFER in AF (PREvention of F Thromboembolic Events– European Registry in Atrial Fibrillation). *J Am Heart Assoc.* 2017;6(7):e005657.
5. Caldeira D, Nunes-Ferreira A, Rodrigues R, Vicente E, Pinto FJ, Ferreira JJ. Non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in elderly patients with atrial fibrillation: A systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *Arch Gerontol Geriatr.* 2019;81:209-14.
6. Bo M, Marchionni N. Practical use of Direct Oral Anti Coagulants (DOACs) in the older persons with atrial fibrillation. *Eur J Intern Med.* 2020;71:32-8.
7. Díaz-Guzmán J, Freixa-Pamias R, García-Alegria J, Pérez Cabeza AI, Roldán-Rabadán I, Antolin-Fontes B, et al. Epidemiology of atrial fibrillation-related ischemic stroke and its association with DOAC uptake in Spain: first national population-based study 2005 to 2018. *Rev Esp Cardiol Engl Ed.* 2022;75(6):496-505.
8. Suárez Fernández C, Mostaza JM, Castilla Guerra L, Cantero Hinojosa 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 Clínica.* 2018;151(1):8-15.
9. McManus DD, Kiefe C, Lessard D, Waring ME, Parish D, Awad HH, et al. Geriatric Conditions and Prescription of Vitamin K Antagonists vs. Direct Oral Anticoagulants Among Older Patients With Atrial Fibrillation: SAGE-AF. *Front Cardiovasc Med.* 2019;6:155.
10. Sanghai S, Wong C, Wang Z, Clive P, Tran W, Waring M, et al. Rates of Potentially Inappropriate Dosing of Direct-Acting Oral Anticoagulants and Associations With Geriatric Conditions Among Older Patients With Atrial Fibrillation: The SAGE-AF Study. *J Am Heart Assoc.* 2020;9(6):e014108.