



Cardiocore

ISSN: 1889-898X

cardiocore@elsevier.com

Sociedad Andaluza de Cardiología

España

Ruiz Ortiz, Martín; Romo, Elías; Mesa, Dolores; Delgado, Mónica; López, Cristina; Castillo, Juan Carlos; López Granados, Amador; Anguita, Manuel; Arizón, José María; Suárez de Lezo, José
Perfil clínico de los pacientes octogenarios con fibrilación auricular no valvular atendidos en una
consulta general de cardiología
Cardiocore, vol. 46, núm. 4, 2011, pp. 155-160
Sociedad Andaluza de Cardiología
Barcelona, España

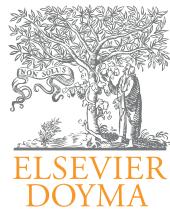
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=277022030014>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Original

Perfil clínico de los pacientes octogenarios con fibrilación auricular no valvular atendidos en una consulta general de cardiología

Martín Ruiz Ortiz*, Elías Romo, Dolores Mesa, Mónica Delgado, Cristina López, Juan Carlos Castillo, Amador López Granados, Manuel Anguita, José María Arizón y José Suárez de Lezo

Servicio de Cardiología, Hospital Reina Sofía, Córdoba, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 14 de mayo de 2010

Aceptado el 14 de diciembre de 2010

On-line el 26 de febrero de 2011

Palabras clave:

Fibrilación auricular no valvular

Octogenarios

Anticoagulantes

RESUMEN

Introducción: El objetivo del presente estudio es describir las características clínicas y el tratamiento antitrombótico de los pacientes octogenarios con FANV atendidos en una consulta general de cardiología.

Pacientes y método: Desde el 1 de febrero de 2000 hasta el 30 de junio de 2009 todos los pacientes ≥ 80 años con fibrilación auricular no valvular (FANV) atendidos en dos consultas de cardiología fueron incluidos en un protocolo prospectivo de manejo. Se registraron factores de riesgo cardioembólicos (FRCE) y las contraindicaciones para anticoagulación, ofreciéndose este tratamiento a todos aquellos sin contraindicación y con al menos un FRCE, además de la edad, y dejando la decisión al cardiólogo responsable en aquellos sin ningún FRCE adicional.

Resultados: Un total de 269 pacientes fueron incluidos en el estudio (87 varones, edad media 83 ± 3 años). Los FRCE más frecuentes fueron: hipertensión (73%), diabetes mellitus (26%), insuficiencia cardiaca (17%), embolismo previo (16%) y cardiopatía isquémica (9%). Un total de 65 pacientes (24%) presentaron contraindicaciones absolutas para anticoagulación. En el resto, fueron anticoagulados 164 pacientes (el 80% de los sin contraindicación y el 10% del total de la serie). Los pacientes anticoagulados presentaron una menor edad (83 ± 3 años frente a 84 ± 4 años, $p=0,001$) y una mayor frecuencia de hipertensión arterial (77% frente al 66%, $p<0,05$) y cardiopatía isquémica (13% frente al 3%, $p<0,01$). Los pacientes no anticoagulados fueron antiagregados en un 95%, fundamentalmente con aspirina (87%).

Conclusión: Los pacientes octogenarios con FANV presentan una elevada prevalencia de factores de riesgo cardioembólicos, así como de contraindicaciones absolutas a la anticoagulación. Tras un estudio protocolizado, el 61% recibió tratamiento anticoagulante.

© 2010 SAC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maruor@gmail.com (M. Ruiz Ortiz).

Clinical profile of octogenarian patients with nonvalvular atrial fibrillation in a general cardiology outpatient clinic

ABSTRACT

Keywords:

Nonvalvular atrial fibrillation
Octogenarians
Anticoagulants

Background and objectives: The objective of the present study is to describe clinical features and antithrombotic treatment of octogenarian patients with nonvalvular atrial fibrillation (NVAF) seen in a general cardiology outpatient clinic.

Patients and method: From February 1st, 2000 to June 30th, 2009, all patients aged ≥ 75 years with NVAF seen in two cardiology clinics were included in a prospective management protocol. All cardioembolic risk factors (CERF) were registered, as well as absolute contraindications to anticoagulation. This treatment was offered to all those patients without contraindications and with at least one CERF, apart from advanced age. The decision to include was left to the physician responsible for those without any additional CERF.

Results: A total of 269 patients were included in the study (87 male, mean age 83 ± 3 years). Most frequent CERF was: hypertension (73%), diabetes mellitus (25%), heart failure (17%), prior embolic event (16%) and coronary heart disease (9%). A total of 65 patients (24%) presented absolute contraindications to anticoagulation, and, from the rest, 164 patients received anticoagulants (80% of those without contraindication and 61% of the whole series). Patients on anticoagulants were younger (83 ± 3 years versus 84 ± 4 years, $p = .001$), had a higher frequency of hypertension (77% versus 66%, $p < 0.05$) and coronary heart disease (13% versus 3%, $p < .01$). Of the patients not receiving anticoagulants, 95% received platelet aggregation inhibitors, mainly aspirin (87%).

Conclusion: Octogenarian patients with NVAF have a high frequency of cardioembolic risk factors, as well as absolute contraindications to anticoagulation. After the protocolled study, 61% received anticoagulant treatment.

© 2010 SAC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La fibrilación auricular no valvular (FANV) es la arritmia crónica más frecuente en la población general y su prevalencia aumenta con la edad, afectando aproximadamente al 9% de los sujetos octogenarios¹. El ictus cardioembólico es la principal complicación asociada a esta arritmia, y en personas de 80 a 90 años de edad, la FANV es causa del 24% de los accidentes cerebrovasculares². Estos pacientes habían sido excluidos en general de los ensayos clínicos de profilaxis tromboembólica en la fibrilación auricular, y el primero que incluyó una elevada proporción de pacientes de edad avanzada mostró resultados equívocos: una reducción de eventos embólicos con el tratamiento anticoagulante, pero un incremento de sangrados severos, especialmente intracraneales, que contrarrestó el beneficio obtenido, probablemente en relación a los niveles de INR elevados, entre 2 y 4,5, empleados en el estudio³. Recientemente, un ensayo clínico en el que se incluyeron pacientes de edad ≥ 75 años con FANV demostró en esta población una reducción de eventos embólicos con el tratamiento anticoagulante, con INR entre 2-3, sin un incremento significativo en la tasa de hemorragias⁴. Sin embargo, a pesar de estos hallazgos, y de que todas las guías de práctica clínica publicadas en los últimos años⁵⁻⁸ recomiendan de forma unánime la anticoagulación oral (ACO) para los pacientes con FANV de alto riesgo embólico, en ausencia de contraindicación para la misma, y la edad mayor de 75 años es contemplada como un factor de riesgo moderado o alto, esta terapia está frecuentemente

infrautilizada en pacientes octogenarios⁹. De hecho, la edad avanzada es un predictor de ausencia de tratamiento anticoagulante en esta población¹⁰, y en diversos estudios sobre práctica clínica, menos de la mitad de estos pacientes reciben esta terapia¹¹⁻¹³.

Nuestro grupo inició en febrero de 2000 un protocolo prospectivo de estudio y manejo en los pacientes con FANV, que ha demostrado ser útil para incrementar la prescripción de anticoagulación en este escenario¹⁴ y que ha demostrado que la ACO en pacientes con FANV de la práctica clínica diaria es efectiva y segura¹⁵. Este estudio también ha permitido validar el índice CHADS₂^{6,16} de predicción de riesgo embólico en la fibrilación auricular en una población mediterránea¹⁷ y estudiar su impacto en los resultados del tratamiento anticoagulante en esta población¹⁸. Nuestro grupo ya publicó los resultados de efectividad y seguridad de la anticoagulación en pacientes de 75 años o más con FANV¹⁹, pero el subgrupo de pacientes octogenarios es una población especial en cuanto a su elevado riesgo embólico y hemorrágico, fragilidad y escasez de información prospectiva en la literatura (y especialmente en nuestro medio) sobre sus características clínicas, y sobre la seguridad del tratamiento anticoagulante en la práctica clínica diaria.

El objetivo del presente estudio es analizar el perfil clínico de los pacientes octogenarios atendidos en una consulta general de cardiología de un hospital de tercer nivel, con especial interés en los factores de riesgo cardioembólico (FRC) y las contraindicaciones a la anticoagulación y el tratamiento antitrombótico indicado.

Pacientes y métodos

Criterios de inclusión de pacientes

Se han incluido en el estudio a todos los pacientes consecutivos de 80 años o más con FANV crónica revisados desde el 1 de febrero de 2000 hasta el 30 de junio de 2009 en dos consultas ambulatorias de cardiología dependientes del Hospital Universitario Reina Sofía y cuya atención es responsabilidad personal de dos de los investigadores del estudio. El Hospital Universitario Reina Sofía ha contado, a lo largo del periodo de estudio, con un número de consultas de cardiología que ha oscilado en torno a 15-20, cada una con una periodicidad variable (de diaria a semanal). En cada paciente se ha valorado la posibilidad de cardioversión farmacológica o eléctrica, excluyendo a todos aquellos en que finalmente se ha conseguido la reversión a ritmo sinusal. Aunque la reversión a ritmo sinusal no modifica el riesgo embólico en estos pacientes, se decidió excluirlos para obtener una población de estudio más homogénea.

Protocolo de estudio

En todos los pacientes se ha realizado un estudio completo, que incluye una historia clínica, con exploración física, análisis de sangre (incluyendo hematimetría, glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, enzimas hepáticas, hormonas tiroideas y estudio de coagulación), electrocardiograma y radiografía de tórax. Se ha realizado además un ecocardiograma a todo paciente en el que se sospechaba una cardiopatía estructural y siempre que la decisión de anticoagular estuviera influenciada por el resultado del ecocardiograma (pacientes sin contraindicación para la ACO y sin FRCE clínicos aparte de la edad avanzada).

Se han considerado como FRCE, de acuerdo con las recomendaciones de las sociedades científicas⁵⁻⁸, los siguientes: edad ≥ 75 años (obviamente, todos los pacientes del estudio presentaban este factor de riesgo), hipertensión arterial, diabetes mellitus, evento cardioembólico previo, historia de cardiopatía isquémica o de insuficiencia cardíaca, dilatación auricular izquierda (diámetro anteroposterior ≥ 50 mm) y disfunción ventricular izquierda (fracción de eyeción $\leq 0,45$). Los factores ecocardiográficos citados se incluyeron en el protocolo por ser referidos en las guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en arritmias cardíacas⁸. Sin embargo, estudios posteriores han confirmado el valor predictivo independiente de eventos embólicos de la disfunción ventricular izquierda, mientras la dilatación auricular izquierda se ha mostrado un factor menos útil⁶. Los investigadores, a lo largo del desarrollo del estudio, aunque mantuvieron formalmente el protocolo inicial, fueron calibrando el peso de cada factor de riesgo a la luz de la evidencia disponible en cada momento, pasando la dilatación auricular izquierda a ser considerada un elemento de menor importancia.

Con los datos de la visita basal se calculó el índice CHADS₂ para cada paciente. El índice CHADS₂¹⁶⁻¹⁸ es un score predictor de eventos embólicos en pacientes con FANV, que asigna un punto a la presencia de insuficiencia cardíaca, hipertensión

arterial, diabetes mellitus y edad ≥ 75 años, y dos puntos a la historia de ictus previo, con un valor correspondiente suma de todos los puntos presentes en cada paciente.

Se han definido como contraindicaciones absolutas para ACO las hemorragias severas previas recientes, la hipertensión arterial mal controlada, la patología digestiva con riesgo de sangrado, el probable incumplimiento terapéutico, la anemia severa no fisiológica y la alta probabilidad de trastornos frecuentes. Se consideró patología digestiva con riesgo de sangrado a la úlcera péptica, hernia de hiato, varices esofágicas, diverticulosis colónica y hernia de hiato, siempre que hubieran sangrado de forma importante en el último año o el gastroenterólogo recomendara evitar la anticoagulación (se consultó siempre con el servicio de Digestivo antes de contraindicar la ACO por este motivo). Se consideró probable el incumplimiento terapéutico si en el paciente concurren algunos de los siguientes factores: incumplimiento terapéutico persistente en el pasado, analfabetismo, déficit visual o cognitivos serios con carencia de soporte familiar o social adecuado, etc. Se registraron prospectivamente todos los FRCE y las contraindicaciones absolutas para la anticoagulación.

Protocolo de profilaxis tromboembólica

A los pacientes con contraindicación absoluta para la ACO, les ha indicado tratamiento con aspirina u otros antiagregantes. Al resto, sin contraindicación absoluta a la ACO y con al menos un FRCE adicional, aparte de la edad avanzada, se ha propuesto la ACO. A lo largo de la evolución del estudio, la dilatación auricular izquierda cambió en su consideración de FRCE adicional a elemento de menor importancia, como hemos descrito anteriormente. Se dedicó tiempo suficiente para explicar las ventajas del tratamiento, con vistas a evitar negativas por información incompleta o inadecuada. En el caso que, sin tener contraindicación absoluta, sólo han presentado la edad avanzada como FRCE, se ha dejado la decisión a criterio del cardiólogo responsable, quien tomó la decisión de una valoración individualizada y teniendo en cuenta las preferencias del paciente debidamente informado. El protocolo no pretendió ser una norma rígida de obligado cumplimiento, sino una herramienta útil en la valoración del riesgo embólico y hemorrágico, y una ayuda en el proceso de decisión del tratamiento, que siempre fue indicado por el cardiólogo responsable teniendo en cuenta toda la información adicional disponible del paciente. Finalmente, se ha registrado el tratamiento empleado en cada paciente.

Análisis estadístico

Todos los datos basales y de seguimiento se introdujeron en una base de datos informatizada. La introducción de los datos fue realizada por los médicos responsables de cada paciente. Los datos cuantitativos se presentan como la media ± 1 desviación estándar. Los parámetros cualitativos se expresan en porcentajes. La comparación entre subgrupos se realizó con el test de la t de Student para variables cuantitativas paramétricas, con el test de la U de Mann-Withney para variables cuantitativas no paramétricas y con el test de la χ^2 para variables cualitativas, empleando el test exacto de Fisher cuando fue preciso. Para el análisis estadístico de los datos se uti-

Tabla 1 – Frecuencia de factores de riesgo cardioembólicos en la serie.

Factores de riesgo cardioembólicos	Toda la serie N=269	Anticoagulados N=164	No anticoagulados N=105	p
Hipertensión	195 (73)	126 (77)	69 (66)	< 0,001
Diabetes mellitus	66 (25)	46 (28)	20 (19)	0,001
Insuficiencia cardíaca	45 (17)	28 (17)	17 (16)	0,81
Evento cardioembólico previo	42 (16)	30 (18)	12 (11)	0,11
Dilatación auricular	31 (12)	23 (14)	8 (8)	0,11
Disfunción ventricular izquierda	12 (9)	8 (5)	4 (4)	0,63
Cardiopatía isquémica	24 (9)	21 (13)	3 (3)	< 0,001

Datos expresados como números absolutos (porcentajes).

Tabla 2 – Distribución del índice CHADS₂ en la muestra y frecuencia de anticoagulación en cada estrato.

	Toda la serie		Pacientes sin contraindicaciones	
	Total	Anticoagulados*	Total	Anticoagulados*
CHADS ₂ = 1	269 (100)	164 (61)	204 (100)	164 (80)
CHADS ₂ = 2	49 (18)	23 (47)	38 (19)	23 (61)
CHADS ₂ = 3	117 (43)	71 (61)	80 (39)	71 (89)
CHADS ₂ ≥ 4	53 (20)	35 (66)	45 (22)	35 (78)
	50 (19)	30 (70)	41 (20)	35 (85)

Datos expresados como números absolutos (porcentajes).

* Los porcentajes de pacientes anticoagulados están calculados sobre los pacientes en cada estrato de CHADS₂.

el paquete informático SPSS versión 12.0 (SPSS Inc. Chicago, Illinois, USA).

Porcentaje de anticoagulación

De los 204 restantes (aquellos sin contraindicación para ACO), 14 pacientes rechazaron la ACO y finalmente fueron anticoagulados 164 pacientes (80% de los sin contraindicaciones y un 61% del total de la muestra). En la tabla 2 podemos ver el porcentaje de anticoagulación según el índice de CHADS₂. Han sido anticoagulados el 47% de los pacientes con CHADS₂ = 1 y el 64% de aquellos con CHADS₂ ≥ 2, y el 61% el 85%, respectivamente, si excluimos a los pacientes con contraindicaciones. Los 14 pacientes que rechazaron la ACO presentaron valores de CHADS₂ de 1 (3 pacientes), 2 (4 pacientes), 3 (4 pacientes) y ≥ 4 (3 pacientes). Los 26 pacientes que sin contraindicación y sin negativa expresa por su parte rechazaron la ACO fueron anticoagulados presentaron valores de CHADS₂ de 1 (1 paciente), 2 (1 paciente), 3 (1 paciente) y ≥ 4 (1 paciente).

Resultados

Características generales y síntomas

Desde el 1 de febrero de 2000 hasta el 30 de junio de 2009 fueron incluidos 269 pacientes. Su edad media fue de 83 ± 3 años, con el 32% de varones. Por edades, el 73% tenía entre 80 y 84 años, el 21% entre 85 y 89 años, y sólo el 6% tenía 90 años o más. El 78% de pacientes estaban asintomáticos, el 18% presentaban disnea, el 2% palpitaciones y el 2% angor.

Factores de riesgo cardioembólicos y contraindicaciones para la anticoagulación

La FANV se asoció más frecuentemente con hipertensión arterial (64%), y en segundo lugar, con la ausencia de cardiopatía estructural (24%), seguida por la cardiopatía isquémica (7%), la miocardiopatía (4%) y otras cardiopatías (1%). Los FRCE más frecuentes, aparte de la edad avanzada, han sido la hipertensión arterial, seguida de la diabetes (tabla 1). La mayoría de la muestra estudiada tenía un índice CHADS₂ de 2 o 3, y sólo el 18% tenía un índice de CHADS₂ igual a 1 (tabla 2). En toda la serie, 65 pacientes (24%) tenían al menos una contraindicación para la ACO. Las contraindicaciones para la ACO están reflejadas en la tabla 3. La más frecuente ha sido el probable incumplimiento terapéutico.

Tabla 3 – Contraindicaciones absolutas para anticoagulación en la población estudiada.

Contraindicación	Pacientes, N (%)
Alta probabilidad de incumplimiento terapéutico	44 (51)
Anemia severa	5 (8)
Enfermedad gastrointestinal con alto riesgo de sangrado severo	4 (6)
Sangrado severo reciente	4 (6)
Alta probabilidad de traumatismos frecuentes y/o severos	3 (5)
Hipertensión severa descontrolada	3 (5)
Otras	2 (3)
Total	65

Tabla 4 – Características de la muestra estudiada y de los principales ensayos clínicos de anticoagulación en pacientes de edad avanzada con fibrilación auricular no valvular.

	HRS (N = 269)	SPAFII (N = 385)	BAFTA (N = 973)
Edad media (años)	83 ± 3	80 ± 3	81,5 ± 4
Sexo: varón	32%	59%	55%
Hipertensión	73%	52%	54%
Diabetes mellitus	25%	13%	13%
Insuficiencia cardíaca	17%	26%	20%
Evento cardioembólico previo	16%	ND	13%
Cardiopatía isquémica	9%	13%	11%

BAFTA: Birmingham Atrial Fibrillation Treatment of the Aged Study; SPAFII: Stroke Prevention in Atrial Fibrillation II Study; HRS: Hospital Reina Sofía.

(13 pacientes), 2 (5 pacientes), 3 (6 pacientes) y ≥4 (2 pacientes). El motivo de no anticoagular en estos casos fue por decisión del cardiólogo (pacientes con CHADS₂ = 1) y por una combinación de contraindicaciones relativas no tabuladas en la base de datos y de preferencias personales de los pacientes en el resto.

Características generales por grupo de tratamiento

Los pacientes anticoagulados presentaron una menor edad (83 ± 3 años frente a 84 ± 4 años, $p = 0.001$), y una mayor frecuencia de hipertensión arterial (77% frente a 66%, $p < 0,05$) y cardiopatía isquémica (13% frente a 3%, $p < 0,01$) que los pacientes no anticoagulados (tabla 1), y su índice CHADS₂ fue mayor (2,59 ± 1,14 frente a 2,18 ± 1,11, $p < 0,05$). Por otra parte, presentaron una menor frecuencia de FANV aislada (18% frente a 33%, $p < 0,01$). No encontramos diferencias significativas en cuanto a la frecuencia del sexo femenino (65% frente a 72%, $p = 0,19$), ni a la de otros FRCE. Los pacientes no anticoagulados fueron antiagregados en un 95%, fundamentalmente con aspirina (87% de los que no recibieron ACO).

Discusión

A parte de un pequeño estudio aleatorizado²⁰ enfocado en la seguridad, que sólo incluyó 75 pacientes de ≥80 años de edad, dos han sido los principales ensayos clínicos que han analizado la efectividad de la ACO en pacientes de edad avanzada. Uno de ellos, el Stroke Prevention in Atrial Fibrillation II Study³, incluyó a 385 pacientes de más de 75 años, aleatorizados a recibir warfarina con un INR 2,0-4,5 o aspirina 325 mg/día, y arrojó unos resultados equívocos: la tasa de ictus isquémico y embolismo sistémico se redujo, pero este beneficio fue contrarrestado por un incremento de los sangrados severos, especialmente las hemorragias intracraneales. Un estudio más reciente, el Birmingham Atrial Fibrillation Treatment of the Aged Study⁴ (BAFTA), aleatorizó a 973 pacientes de ≥75 años, con una edad media de 81,5 años, a recibir warfarina, con un INR objetivo de 2-3, o aspirina 75 mg/día. Sus resultados confirmaron una reducción absoluta del riesgo anual de eventos embólicos, sin un aumento en la tasa de hemorragias. Como podemos observar en la tabla 4, las poblaciones de estos ensayos difieren significativamente de la muestra estudiada. En primer lugar, cabe destacar que la edad media de nuestros pacientes es mayor, así como la frecuencia de

factores de riesgo como la hipertensión arterial y la diabetes con una prevalencia de eventos embólicos previos, insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica similar. Otro dato de interés es la menor proporción de varones en nuestra serie. Estas observaciones tienen gran interés en cuanto a la aplicabilidad de los resultados de los estudios a la población general. Cuanto más similares sean ambas muestras, más probable será que los resultados de los ensayos sean reproducibles en la práctica clínica diaria.

En parte, las diferencias pueden ser debidas a los distintos criterios de inclusión en cuanto a la edad (≥ 80 años en nuestro estudio y > 75 años y ≥ 75 años, respectivamente, en los otros). Por encima de los 80 años, el sexo femenino predomina en la población general, y aumenta la frecuencia de diabetes e hipertensión arterial. Otra de las razones que pueden explicar estas diferencias es que los sujetos de los ensayos están altamente seleccionados. En el estudio BAFTA⁴, sólo el 21% de la población que presentaba fibrilación auricular fue incluida en el estudio, y de forma interesante, la razón más importante por la que los pacientes no fueron incluidos fue que sus médicos consideraron que debían recibir anticoagulación. Esto nos hace pensar, como los propios autores reconocen, que la población incluida podía presentar un menor riesgo de eventos embólicos que la población general de pacientes de edad avanzada con FANV, lo cual es apoyado por una inferioridad menor de la prevista de eventos embólicos en nuestro estudio. Nuestros resultados van en el mismo sentido, con una edad más avanzada y mayor porcentaje de hipertensos y diabéticos en nuestra muestra.

Otro hallazgo interesante en nuestro estudio es que, en un estudio protocolizado, se ha prescrito anticoagulación a 61% de los pacientes de ≥80 años con FANV de una población general atendida en una consulta externa de cardiología. En estudios previos han descrito tasas de anticoagulación de un 30% en pacientes >75 años con historia de ictus o AIT seguidos en atención primaria¹¹, y de menos de la mitad en pacientes >75 años dados de alta de un hospital con diagnóstico de FANV¹². ¿Es ésta una práctica adecuada? En primer lugar, el resultado de intentar llevar a la práctica las recomendaciones de las sociedades científicas⁵⁻⁸. Aunque un reducido número de pacientes sin contraindicaciones y con uno o más FRCE, aparte de la edad, no fueron anticoagulados (24 pacientes), debido fundamentalmente a contraindicaciones relativas no tabuladas en la base de datos y a preferencias personales o decisión de los propios pacientes, la tasa de anticoagulación descrita en nuestra serie es de las más altas en la

literatura en este segmento de edad. Aparte de las evidencias de ensayos clínicos a favor de la efectividad y seguridad del tratamiento anticoagulante en estos pacientes, estudios de cohortes, observacionales, en situación de práctica clínica habitual, en pacientes octogenarios con FANV podrían también aportar evidencia útil en cuanto a la aplicabilidad de los resultados de los ensayos en esta población de especial interés, por su fragilidad y por su alta prevalencia en las consultas médicas de nuestro país.

Una de las limitaciones de nuestro trabajo es el amplio periodo de reclutamiento (más de 9 años), en el que han ocurrido, como hemos comentado, cambios en la valoración de los FRCE y en las indicaciones de ACO derivadas de éstos. Por otro lado, no disponemos de datos precisos de los pacientes con FANV atendidos en las consultas de cardiología en dicho periodo de tiempo, que nos hubieran permitido establecer la prevalencia de la FANV en este entorno, y en este grupo específico de población.

Conclusión

Los pacientes octogenarios con FANV presentan una elevada prevalencia de factores de riesgo cardioembólicos, así como de contraindicaciones absolutas a la anticoagulación, con un perfil clínico que sugiere un mayor riesgo embólico que las poblaciones incluidas en los ensayos clínicos. Tras un estudio protocolizado, el 61% de estos pacientes recibió tratamiento anticoagulante.

Financiación

Este trabajo ha sido parcialmente financiado con una Beca de Investigación de la Sociedad Andaluza de Cardiología.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Feinberg WL, Blackshear JL, Laupacis A, et al. Prevalence, age distribution and gender of patients with atrial fibrillation. *Arch Intern Med.* 1995;155:469-73.
2. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. *Stroke.* 1991;22:983-8.
3. Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Investigators. Warfarin versus aspirin for prevention of thromboembolism in atrial fibrillation. *Stroke Prevention in Atrial Fibrillation II Study. Lancet.* 1994;343:687-91.
4. Mant J, Hobbs FD, Fletcher K, et al. 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 randomised controlled trial. *Lancet.* 2007;370:493-503.
5. Fuster V, Rydén LE, Asinger RW, et al. ACC/AHA/ESC Guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. *Eur Heart J.* 2001;22:1852-923.
6. Fuster V, Rydén LE, Cannom DS, et al. ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the Management of Patients with Atrial Fibrillation: 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 (Writing Committee to Revise the 2001 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation). *Circulation.* 2006;114:e257-354.
7. Heras M, Fernández A, Gómez JA, et al. Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología. Recomendaciones para el uso del tratamiento antitrombótico en cardiología. *Rev Esp Cardiol.* 1999;52:801-20.
8. Almendral J, Marín E, Medina O, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en arritmias cardíacas. *Rev Esp Cardiol.* 2001;54:307-67.
9. Ezekowitz MD, Falk RH. The increasing need for anticoagulant therapy to prevent stroke in patients with atrial fibrillation. *Mayo Clin Proc.* 2004;79:904-13.
10. Friberg L, Hammar N, Ringh M, Pettersson H, Rosenqvist M. Stroke prophylaxis in atrial fibrillation: who gets it and who does not? Report from the Stockholm Cohort-study on Atrial Fibrillation (SCAF-study). *Eur Heart J.* 2006;27:1954-64.
11. Simpson CR, Wilson C, Hannaford PC, et al. Evidence for a and sex differences in the secondary prevention of stroke in Scottish primary care. *Stroke.* 2005;36:1771-5.
12. Hylek EM, D'Antonio J, Evans-Molina C, et al. Translating the results of randomised trials into clinical practice: the challenge of warfarin candidacy among hospitalised elderly patients with atrial fibrillation. *Stroke.* 2006;37:1075-80.
13. Burton C, Isles C, Norrie J, et al. The safety and adequacy of antithrombotic therapy for atrial fibrillation: a regional cohort study. *Br J Gen Pract.* 2006;56:697-702.
14. Ruiz Ortiz M, Romo Peñas E, Franco Zapata M, et al. Un protocolo prospectivo permite incrementar la utilización de la anticoagulación oral en pacientes con fibrilación auricular crónica no valvular. *Rev Esp Cardiol.* 2003;56:971-7.
15. Ruiz Ortiz M, Romo Peñas E, Franco Zapata M, et al. Anticoagulación oral en la fibrilación auricular no valvular: ¿son efectivas y seguras las recomendaciones científicas en la práctica clínica diaria? *Rev Esp Cardiol.* 2006;59:688-95.
16. Gage BF, Waterman AD, Shannon W, et al. Validation of clinical classification schemes for predicting stroke: results from the National Registry of Atrial Fibrillation. *JAMA.* 2001;285:2864-70.
17. Ruiz Ortiz M, Romo E, Mesa D, et al. Predicción de eventos embólicos en pacientes con fibrilación auricular no valvular: evaluación del score CHADS₂ en una población mediterránea. *Rev Esp Cardiol.* 2008;61:29-35.
18. Ruiz Ortiz M, Romo E, Mesa D, et al. Oral anticoagulation in nonvalvular atrial fibrillation in clinical practice: impact of CHADS₂ score on outcome. *Cardiology.* 2010;115:200-4.
19. Ruiz Ortiz M, Romo Peñas E, Franco Zapata M, et al. Oral anticoagulation in patients aged 75 years or older with chronic nonvalvular atrial fibrillation: effectiveness and safety in daily clinical practice. *Heart.* 2005;91:1225-6.
20. Rash A, Downes T, Portner R, et al. A randomised controlled trial of warfarin versus aspirin for stroke prevention in octogenarians with atrial fibrillation (WASPO). *Age Ageing.* 2007;36:151-6.