

Subanticoagulação em idosos com 75 ou mais anos portadores de fibrilação atrial crônica

Underuse of oral anticoagulation in patients over 75 years with chronic atrial fibrillation

Ulisses Gabriel de Vasconcelos Cunha¹, Jorge Luiz de Carvalho Mello²,
Mario Oscar Pimentel Braga de Souza Lima², Herberth Vera Cruz Furtado Marques Júnior³

RESUMO

Introdução: a fibrilação atrial é causa importante de morbidade e mortalidade particularmente em pacientes muito idosos. **Objetivo:** Avaliar a frequência de anticoagulação em idosos com 75 ou mais anos portadores de fibrilação atrial crônica de etiologia não valvar. **Métodos:** Investigados 50 pacientes consecutivos portadores de fibrilação atrial de origem não valvar, com 75 ou mais anos, de ambos os sexos, admitidos a uma enfermaria geriátrica de um Hospital Geral no período de fevereiro de 2010 a março de 2011. **Resultados:** Dos 50 pacientes, 30 mulheres e 20 homens, média de idade: 81,68 anos (75 a 98 anos). Destes, 33 (66%), não estavam em uso de anticoagulantes. Identificaram-se como possíveis causas de não anticoagulação: demência avançada e síndrome de imobilidade (7 pacientes); neoplasia metastática (1 paciente); eventos hemorrágicos maiores prévios : 3 pacientes (AVC hemorrágico: 1 paciente, hemorragia digestiva: 2 pacientes); não - adesão: 2 pacientes; história recorrente de quedas: 1 paciente; indeterminada: 18 pacientes. **Conclusões:** Um número significativo de pacientes portadores de fibrilação atrial com 75 ou mais anos não são anticoagulados, por receios infundados de não eficácia e toxicidade, apesar de evidências significativas na redução de eventos tromboembólicos, particularmente nesta faixa etária mais avançada.

Palavras-chave: Anticoagulantes; Idoso; Fibrilação Atrial.

ABSTRACT

Introduction: Atrial fibrillation is an important cause of morbidity and mortality especially in very elderly patients. **Objective:** To evaluate the frequency of oral anticoagulation in elderly patients over 75 years with chronic atrial fibrillation. **Methods:** 50 consecutive patients over 75 years, from both sexes, admitted to a Geriatric Ward of a General Hospital with chronic atrial fibrillation were investigated. **Results:** 50 patients were evaluated (30 women, 20 men), mean age: 81.68 years (75 - 98 years). 66% (33 out of 50) of the patients, were not anticoagulated. Possible causes included: advanced dementia and immobility (7 patients); metastatic carcinoma (1 patient); previous major bleeding (3 patients), non compliance (2 patients), previous history of falls : (1 patient;) not clear: (18 patients). **Conclusions:** A significant number of elderly patients over 75 years with chronic atrial fibrillation are not anticoagulated. Unjustified fears about efficacy and toxicity of oral anticoagulation in this age group is a possible explanation.

Key words: Anticoagulation; Aged; Atrial Fibrillation.

INTRODUÇÃO

A fibrilação atrial (FA) constitui a arritmia cardíaca sustentada mais freqüente na idade avançada, sendo causa importante de morbidade e mortalidade. A sua prevalência aumen-

¹ Coordenador da Residência Médica de Geriatria do Hospital dos Servidores do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Residente de Geriatria do Hospital dos Servidores do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ Especializando de Geriatria do Hospital dos Servidores do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Recebido em: 02/03/2012
Aprovado em: 10/07/2012

Instituição:
Residência Médica de Geriatria do
Hospital dos Servidores do Estado de Minas Gerais
Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:
Ulisses Gabriel de Vasconcelos Cunha
Av. Afonso Pena 3.111, sala 201
CEP: 30130-008
Belo Horizonte, MG – Brasil
E-mail: ugvc@alolvip.com.br

ta com os anos acometendo 8 a 10 % dos indivíduos com 80 ou mais anos.¹ A idade média do paciente portador de FA é de 75 anos; destes, 70% estão entre 65 e 85 anos.^{2,3}

O risco de acidente vascular cerebral (AVC) aumenta em 5 vezes nos portadores de FA responsável por cerca de 10 a 20% dos acidentes vasculares cerebrais. Na faixa etária entre 80 e 89 anos o risco é ainda maior, em torno de 25%.⁴

Os AVEs secundários à FA apresentam taxas de morbidade e mortalidade mais altas. As comorbidades comuns nessa faixa etária, como hipertensão arterial sistêmica (HAS), insuficiência cardíaca congestiva (ICC), hipertrofia ventricular esquerda (HVE), doença arterial coronariana (DAC) e diabetes *mellitus* (DM), aumentam ainda mais o risco de complicações tromboembólicas e/ou de interações medicamentosas com a possibilidade de efeitos adversos significativos.

A prescrição de anticoagulantes pode, por vezes, ser tarefa desafiadora em Geriatria.

A monitorização periódica da relação normatizada internacional (RNI) constitui fator complicador adicional.

Existe evidência significativa acerca da eficácia da anticoagulação oral (ACO) na redução em torno de 70% do risco de AVE em portadores de FA.²

O *The Birmingham Atrial Fibrillation Treatment of the Aged Study* (BAFTA)⁵ demonstrou que a administração de varfarina, para manter a razão de normatização internacional entre dois e três em pessoas com 75 ou mais anos de idade e portadores de FA, foi mais eficaz que o uso de aspirina 75 mg na prevenção de AVE. Não se observou diferença significativa nos eventos hemorrágicos maiores entre os dois grupos tratados, concluindo que a idade por si só não constitui contraindicação à terapêutica anticoagulante.

Este estudo objetivou avaliar a frequência de anticoagulação em idosos com 75 anos ou mais, portadores de FA não valvar, admitidos em enfermaria geriátrica de hospital geral.

PACIENTES E MÉTODOS

A frequência de ACO foi investigada, consecutivamente, em 50 portadores de FA não reumática, com 75 ou mais anos, de ambos os sexos, admitidos em enfermaria geriátrica de Hospital Geral entre fevereiro de 2010 e março de 2011.

Todos os pacientes foram classificados como de alto risco para eventos tromboembólicos, de acordo com a Sociedade Europeia de Cardiologia de 2010.⁶

Os pacientes foram avaliados por exame clínico, rotina básica de sangue incluindo o RNI, telerradiografia de tórax, eletrocardiograma (ECG) e ecodoppler cardiograma bidimensional.

A FA crônica foi diagnosticada na presença de alterações eletrocardiográficas típicas e persistentes por mais de 48 horas.

Aos pacientes e/ou familiar responsável foi questionado: o paciente está em uso de anticoagulante? Em caso negativo, qual a razão?

RESULTADOS

Foram avaliados consecutivamente 50 portadores de FA não reumática, de ambos os sexos (30 mulheres, 20 homens), média de idade: 81,68 anos (75 a 98 anos).

Da amostra total (50 pacientes), 33 (66%) não estavam em uso de anticoagulantes. Foram identificadas as seguintes possíveis causas de não anticoagulação: demência avançada e síndrome de imobilidade (sete pacientes); neoplasia metastática (um paciente); eventos hemorrágicos maiores prévios (três pacientes) caracterizados como AVE hemorrágico (um paciente) e hemorragia digestiva (dois pacientes); não adesão (dois pacientes); história recorrente de quedas (um paciente); e causa indeterminada (18 pacientes).

DISCUSSÃO

A FA constitui a arritmia sustentada mais comum na idade avançada, acometendo 12% dos indivíduos com idade superior a 75 anos.⁷ É causa importante de morbidade e mortalidade, afetando de forma significativa a qualidade de vida. Constitui, ainda, importante fator de risco para tromboembolismo particularmente, AVE e ICC.⁸

O risco de AVE aumenta com a idade, por isso compreende-se facilmente a importância da sua prevenção nos indivíduos idosos com FA.

A comparação dos principais escores de estratificação de risco de AVE em pacientes idosos portadores de FA mostra limitação em prever o risco subsequente de AVE em pacientes com 75 anos ou mais. Assim, recomenda-se que todos os pacientes nessa faixa etária sejam considerados de alto risco e recebam terapêutica anticoagulante.⁶

Ensaio clínico têm demonstrado que o uso da varfarina é mais eficaz do que a aspirina na redução do risco de AVE em portadores de FA (68% x 21%);⁹ contudo,

existem dúvidas se essas conclusões poderiam ser extrapoladas para a idade superior a 75 anos. O estudo BAF-TA⁶ ressaltou que em idosos com 75 ou mais anos, portadores de FA, a terapêutica com varfarina para manter a RNI entre dois e três foi mais eficaz do que a aspirina (75 mg) na prevenção de AVE. Não se observou diferença significativa nos eventos hemorrágicos maiores entre os dois grupos tratados, concluindo-se que a idade por si só não deve ser encarada como contraindicação à anticoagulação. Os dados acerca da frequência de anticoagulação em idosos com 75 ou mais anos no Brasil, entretanto, são escassos. A pesquisa na base de dados LILACS, de janeiro 2002 a janeiro 2012, utilizando a associação de palavras-chave “fibrilação atrial”, “anticoagulação” e “idosos”, identificou somente dois artigos que avaliaram a frequência do uso de anticoagulantes em idosos portadores de FA. No primeiro¹⁰, 22 pacientes possuíam FA, com média de idade de 71,6 e 71,1 anos para homens e mulheres, respectivamente. Não há relato de quantos pacientes tinham 75 ou mais anos. No segundo artigo¹¹, 19 pacientes portadores de FA tinham 75 anos ou mais.

O estudo aqui relatado parece ser o primeiro de autoria brasileira a informar sobre a frequência de anticoagulação na FA em amostra exclusiva de pacientes muito idosos (>75 anos) com média de idade de 81,68 anos.

A ACO persiste subutilizada na população idosa com FA a despeito da evidência dos benefícios na redução de AVE nesse grupo etário.

Nessa pesquisa, 66% dos pacientes não estavam em anticoagulação, dado corroborado pela literatura, que refere taxas de subanticoagulação similares nessa faixa etária.¹²

Perante as evidências da eficácia da anticoagulação na FA nesse grupo etário, quais seriam as possíveis justificativas para a não anticoagulação em número significativo de pacientes?

A presença de déficit cognitivo, particularmente se avançado pesa fortemente contra a anticoagulação o que poderia justificar esta conduta em 7 pacientes.

As mesmas justificativas se aplicam a pacientes portadores de neoplasia metastática (1 paciente).

A principal preocupação para a utilização de anticoagulantes em idosos é o risco de evento hemorrágico maior, particularmente hemorragia intracraniana, cuja incidência é estimada em 0,5% /ano.¹³ A idade avançada (>75 anos), a existência de comorbidades como história prévia de AVE, HAS, insuficiência renal, neoplasias e o uso de medicações concomitantes aumentam esse risco. A constatação de evento hemorrágico prévio em três pacientes (AVC hemorrágico em um e hemorragia digestiva em dois) poderia explicar a não anticoagulação nesses pacientes. No entanto, a não anticoagulação em idosos com história pregressa de quedas é questionável (um paciente). Existem evidências de que o benefício da anticoagulação com varfarina supera os seus riscos, mesmo diante de histórico de quedas. No entanto, recomenda-se avaliação criteriosa na prescrição de anticoagulantes quando há risco de quedas.¹⁴

A falta de adesão ao tratamento anticoagulante foi identificada em dois pacientes e poderia ser atribuída à multiplicidade de fatores de ordem médica, comportamental, cultural, social e econômica.¹⁵ Em se tratando da população idosa, fatores como déficit cognitivo, depressão maior, déficits sensoriais, polifarmácia, interações medicamentosas e necessidade de coleta periódica de sangue para monitorização do RNI estão potencialmente implicados na não adesão desses pacientes. A não adesão por dificuldade em monitorizar o RNI pode ser minimizada com a utilização dos novos anticoagulantes. O anticoagulante oral dabigatran pode se constituir em alternativa de anticoagulação na prevenção de AVE e tromboembolismo sistêmico em idosos com idade igual ou superior a 75 anos portadores de FA não valvar.¹⁶

A causa da não anticoagulação não foi óbvia em 57,59% dessa amostra. Taxas similares foram observadas em outros estudos (Tabela 1).¹⁸⁻²⁰

Tabela 1 - Dados sociodemográficos e clínicos da população estudada: Portadores de fibrilação atrial de origem não valvar, com 75 ou mais anos admitidos a uma enfermaria geriátrica de um Hospital Geral no período de fevereiro de 2010 a março de 2011

Total de pacientes com fibrilação atrial de origem não valvar (N=50)						
Sexo N(%)		Idade (anos) 75-98	Anticoagulação N(%)		Déficit cognitivo N(%)	
Feminino 30 (60%)	Masculino 20(40%)	Média (anos) 81,6	Sim 17 (34%)	Não 33 (66%)	Sim 16 (32%)	Não 34 (68%)
Causas de não anticoagulação identificadas (N=33)						
Imobilidade N(%)	Metástase N(%)	Hemorragia grave N(%)	Não adesão N(%)	Quedas recorrentes N(%)	Indeterminada N(%)	
7 (21,2%)	1 (3,03%)	3 (9,09%)	2 (6,06%)	1 (3,03%)	19 (57,59%)	

O desconhecimento nas recomendações atuais baseadas em evidência levando a receios infundados acerca da eficácia e toxicidade da anticoagulação em idosos (acima de 75 anos) poderia explicar a alta frequência da não anticoagulação neste estudo.

Recomenda-se a busca ativa de FA em todo paciente com 75 anos ou mais de idade e consequente anticoagulação, exceto onde há nítida contraindicação.

CONCLUSÃO

A fibrilação atrial é muito prevalente em idosos com 75 ou mais anos. Constitui importante causa de morbidade e mortalidade nesta faixa etária aumentando o risco de AVC em até 5 vezes. Apesar de evidências da eficácia da anticoagulação nesta faixa etária e número significativo de pacientes permanecem não anticoagulados, possivelmente por receios infundados a cerca da toxicidade e eficácia da anticoagulação.

REFERÊNCIAS

1. Kopecky SL, Gersh BJ, McGoon MD, *et al.* The natural history of lone atrial fibrillation. A population – based study over three decades. *N Engl J Med.* 1987; 317(11):669-74.
2. Feinberg MW, Blackshear JL, Laupacis A, Kronmal R, Hart RG. Prevalence, age distribution, and gender of patients with atrial fibrillation: analysis and implications. *Arch Intern Med.* 1995; 155(5):469-73.
3. Go AS, Hylek EM, Phillips KA, *et al.* Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the anticoagulation and risk factors in atrial fibrillation (ATRIA) study. *JAMA.* 2001; 285(18):2370-5.
4. Lakshminarayan K, Solid CA, Collins AJ, Anderson DC, Herzog CA. Atrial fibrillation and stroke in the general medicare population: a 10 year-perspective (1992 to 2002). *Stroke.* 2006; 37(8):1969-74.
5. 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 randomized controlled trial. *Lancet.* 2007; 370: 493.
6. Hobbs FDR, Roalfe AK, Lip GYH, Fletcher K, Fitzmaurice DA, Mant J. Performance of stroke risk scores in older people with atrial fibrillation not taking warfarin: comparative cohort study from BAFTA trial. *BMJ.* 2011; 342:1-13.
7. Sudlow M, Thompson R, Thwaites B, Rodgers H, Kenny RA. Prevalence of atrial fibrillation and eligibility for anticoagulants in the community. *Lancet.* 1998; 352:1167-71.
8. Hart RG, Halperin JL, Pearce LA, *et al.* Stroke prevention in atrial fibrillation investigators. *Ann Intern Med.* 2003; 138:831-8.
9. Hylek EM, Go AS, Chang Y, *et al.* Effect of intensity of oral anticoagulation for stroke severity and mortality in atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2003; 349:1019-26.
10. Cabral NL, Volpato D, Ogata TR, *et al.* Fibrilação Atrial, AVC e anticoagulação: Sub-uso da warfarina?. *Arq Neuropsiquiatr.* 2004; 62(4):1016-21.
11. Macedo PG, Ferreira Neto E, Silva BT, *et al.* Anticoagulação oral em pacientes com fibrilação atrial; das diretrizes à prática clínica. *Rev Assoc Med Bras.* 2010; 56(1):56-61.
12. Falstaff Study Group. Influence of age on the prescription of vitamin K antagonists in outpatients with permanent atrial fibrillation in France. *Pharmaceutidemiol Drug Saf.* 2007; 16:32-8.
13. Fang M, Chen J, Rich MW. Atrial fibrillation in the elderly. *Am J Med.* 2007; 120: 481-7.
14. Garwood CL, Corbett TL. Use of anticoagulation in elderly patients with atrial fibrillation who are at risk for falls. *Ann Pharmacother.* 2008; 42(4):523-32.
15. National Council on Patient Information and Education. Enhancing prescription medicine adherence. Rockville, USA; 2007.
16. Atrial Fibrillation. [Citado em 2012 fev. 12]. Disponível em <http://www.nice.org.uk/guidance/CG36>.
17. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, *et al.* Newly Identified Events in the RE-LY Trial. *N Engl J Med.* 2010; 363:1875-6.
18. Patel MR, Mahaffey KW, Garg J, *et al.* Rivaroxaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2011; 365:883-91.
19. Granger CB, Alexander JH, McMurray JJV *et al.* Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2011 Sep 15; 365(11):981-92.
20. De Wilde S, Carey IM, Richards N, Cook DG. Trends in the prevalence of diagnosed atrial fibrillation, its treatment with anticoagulation and predictors of such treatment in UK primary care. *Heart.* 2006; 92:1064-70.
21. Fornari L, Calderaro D, Nassar I, *et al.* Misuse of antithrombotic therapy in atrial fibrillation patients: frequent, pervasive and persistent. *J Thromb Trombolysis.* 2007; 23:65-71.
22. Sudlow CM, Rodgers H, Kenny RA, Thomson RG. Service provision and use of anticoagulants in atrial fibrillation. *BMJ* 1995; 311:558.
23. Bungard TJ, Ghali WA, Teo KK, McAlister FA, Tsuyuki RT. Why do patients with atrial fibrillation not receive warfarin? *Arch Intern Med.* 2000; 160:41-6.
24. Gringerb M. Entendo & aceito & faço. Estratégia pró-adesão à anticoagulação oral. *Arq Bras Cardiol.* 2004; 82(4):9-12.