



MANEJO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN DISTINTOS ESCENARIOS CLÍNICOS

GdT ARRITMIAS Y SÍNCOPE SEMES-ANDALUCÍA

Coordinación Francisco Ruiz Romero – Ángel Álvarez Márquez

NOVIEMBRE 2022

ESCENARIO 2

ANTICOAGULACIÓN EN EL ANCIANO CON FIBRILACIÓN AURICULAR

El paciente anciano con fibrilación
auricular:
Puntos críticos de mejora



Juan Sánchez López
Rocío Lorenzo Álvarez

GdT ARRITMIAS Y SÍNCOPE SEMES-ANDALUCÍA

NOVIEMBRE 2022





Adulto mayor de 60 años



**Dicho de una persona de
“muchacha edad”**



**DEFINICIÓN
ANCIANO**



Por consenso: mayor de 65 años

En la actualidad, los mayores de 60 años superan a los niños de 5 años.

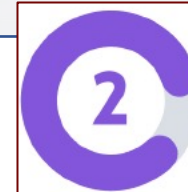
En 2030, una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más.

Organización Mundial de la Salud (1 de octubre 2022)



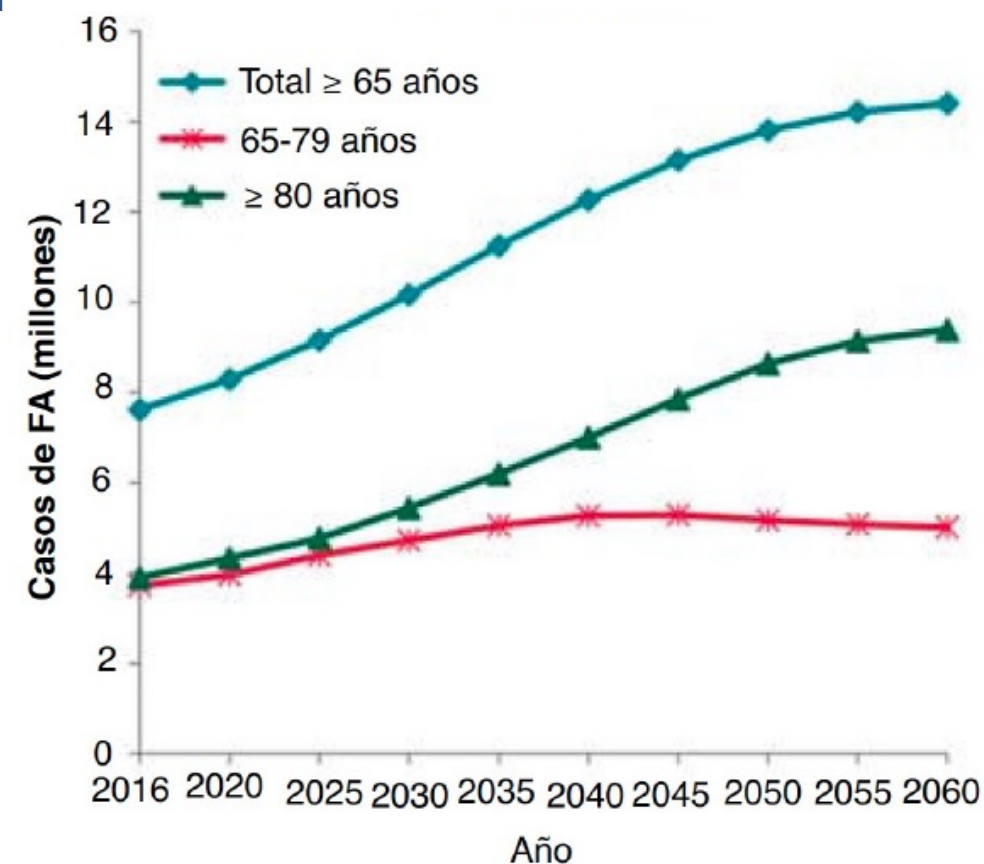
DEFINICIÓN ANCIANO





EL BINOMIO: FA Y PACIENTE ANCIANO

Incremento proyectado de la prevalencia de la FA en pacientes mayores en la UE 2016-2060



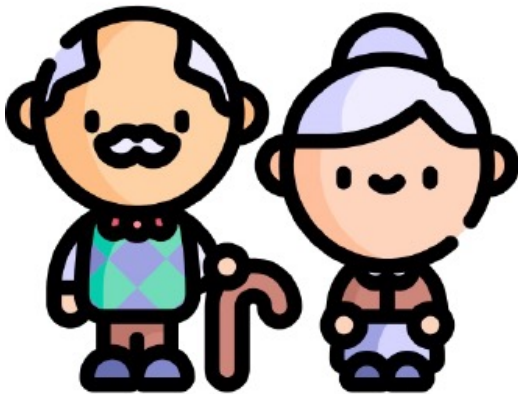
El principal factor de riesgo, para el desarrollo de FA es la edad.

La edad media de los pacientes que consultan en SUH con FA es de 75 años (EMERG – AF)

Blanca Coll-Vinent et al. The EMERG-AF Study (Emergency Department Stroke Prophylaxis and Guidelines Implementation in Atrial Fibrillation). Stroke 2017;48:1344-1352



EL PACIENTE MAYOR: AMPLIO ESPECTRO DE SITUACIONES CLÍNICAS



Anciano sano



A. Enfermo
(aguda)



A. Frágil
(varias)

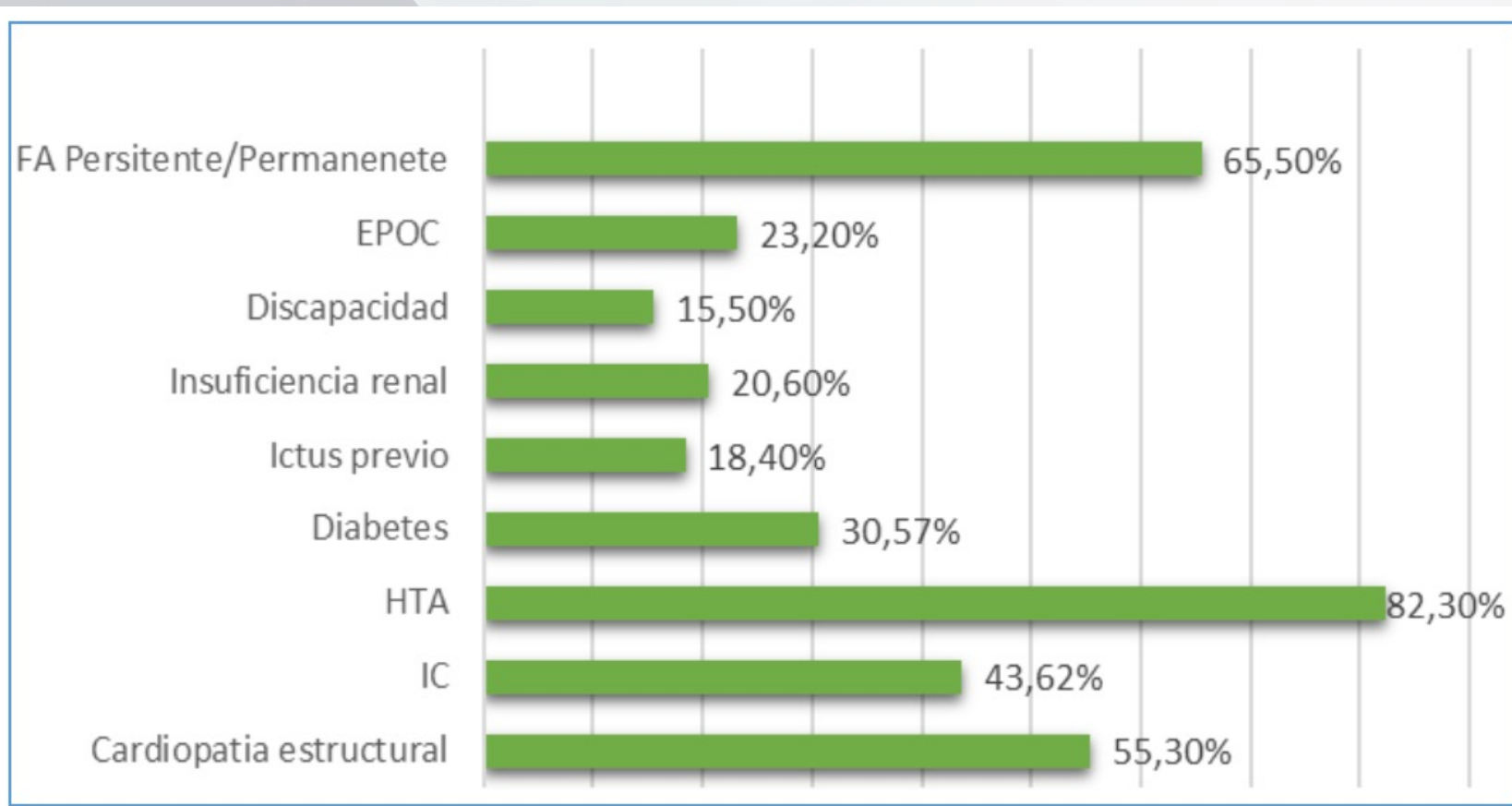


Geriátrico
(dependiente)

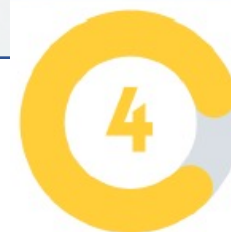
Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de Geriatria para residentes (2006).



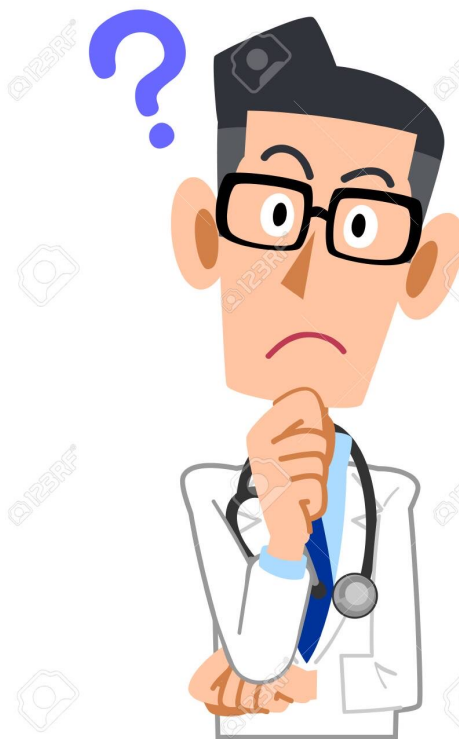
EL PACIENTE MAYOR: AMPLIO ESPECTRO DE SITUACIONES CLÍNICAS

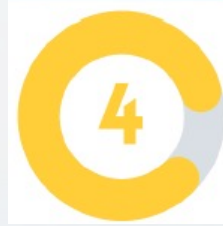


Blanca Coll-Vinent et al. The EMERH-AF Study (Emergency Department Stroke Prophylaxis and Guidelines implementation in Atrial Fibrillation. Stroke 2017;48:1344-1352



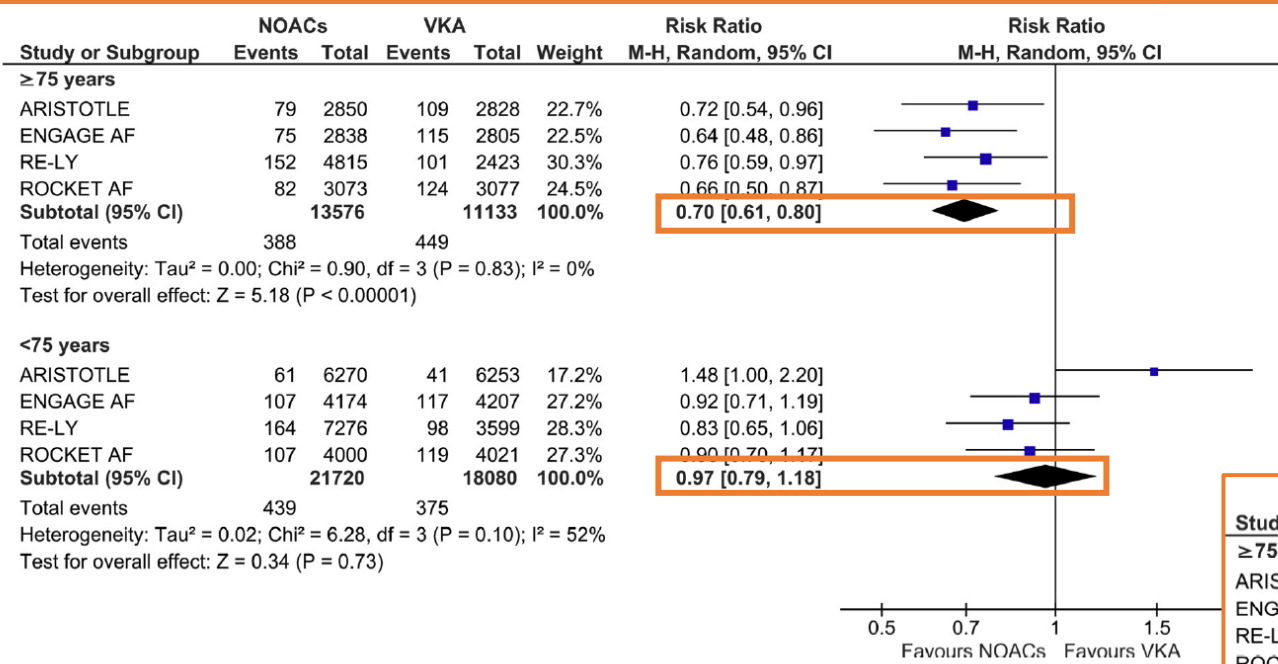
ANTICOAGULACIÓN: ¿SÍ o NO?





ANTICOAGULACIÓN: ¿SÍ o NO?

Stroke /ES en pacientes de edad avanzada (≥ 75) y más jóvenes (< 75 años).



Conclusiones: Los ACODs reducen significativamente el riesgo de ictus y ES en pacientes de edad avanzada sin aumentar los eventos hemorrágicos mayores. La dimensión de la reducción del riesgo de ACVA fue significativamente mayor en los ancianos que en los adultos más jóvenes.



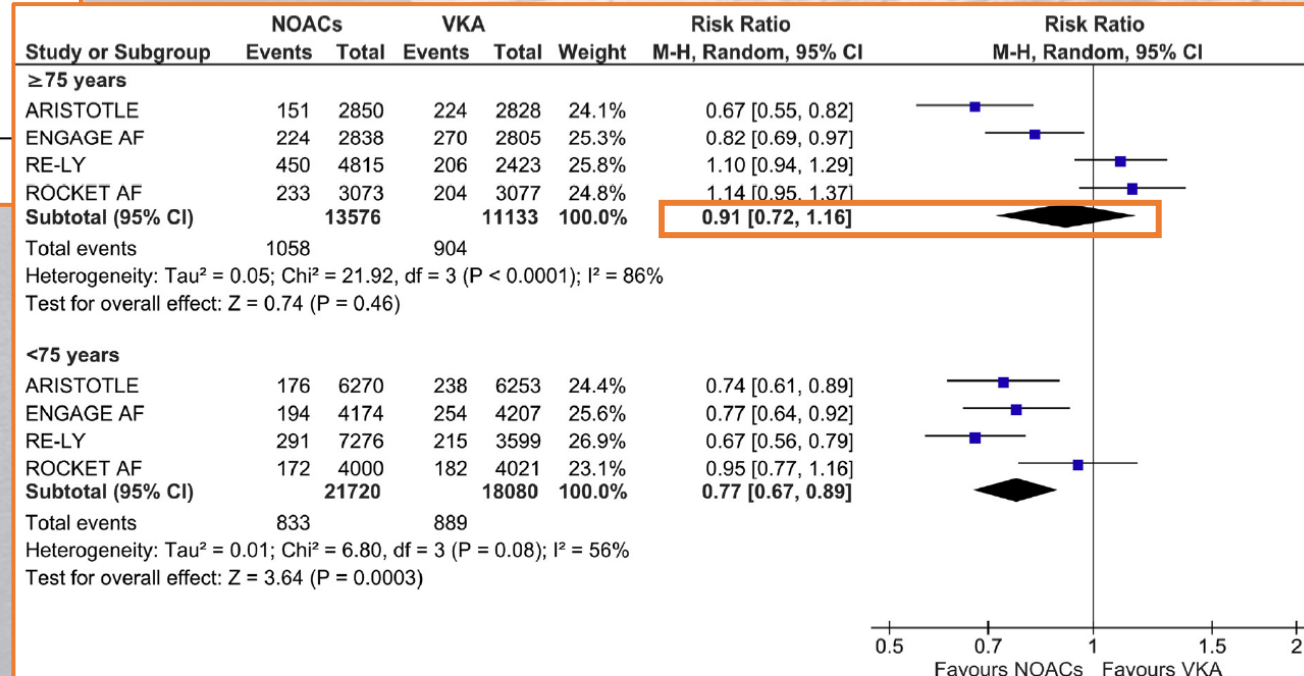
Archives of Gerontology and Geriatrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/archger

Non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in elderly patients with atrial fibrillation: A systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis

Daniel Caldeira^{a,b,c,*}, Afonso Nunes-Ferreira^c, Raquel Rodrigues^{a,b}, Eunice Vicente^{a,b}, Fausto J. Pinto^c, Joaquim J. Ferreira^{a,b}

Sangrado mayor en pacientes ancianos (≥ 75) y más jóvenes (< 75 años).

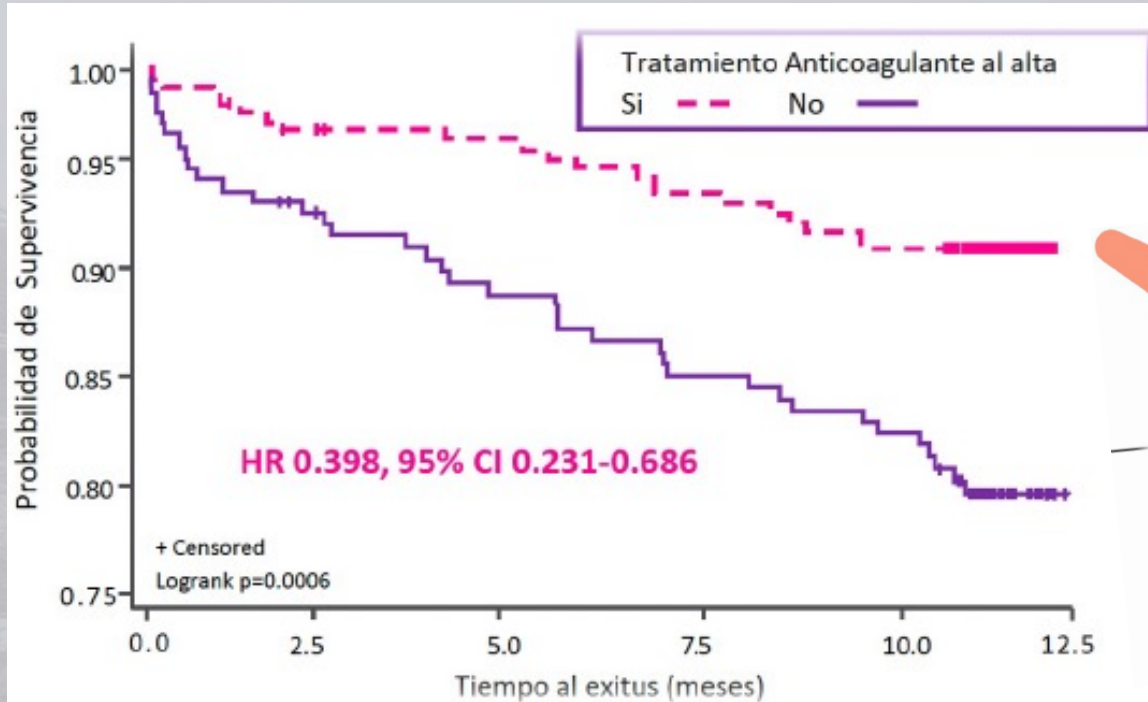


Caldeira et al. Gerontology and Geriatrics 81 (2019) 209-214

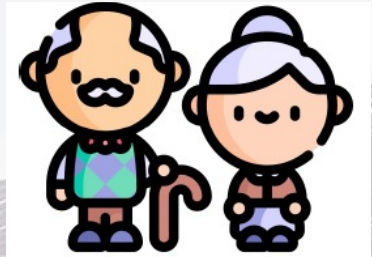
Características de la población ≥ 75 a del estudio EMERG-AF



1.162 pacientes, 690 (59.4%)



MAYOR BENEFICIO CLÍNICO NETO
ANTICOAGULACIÓN

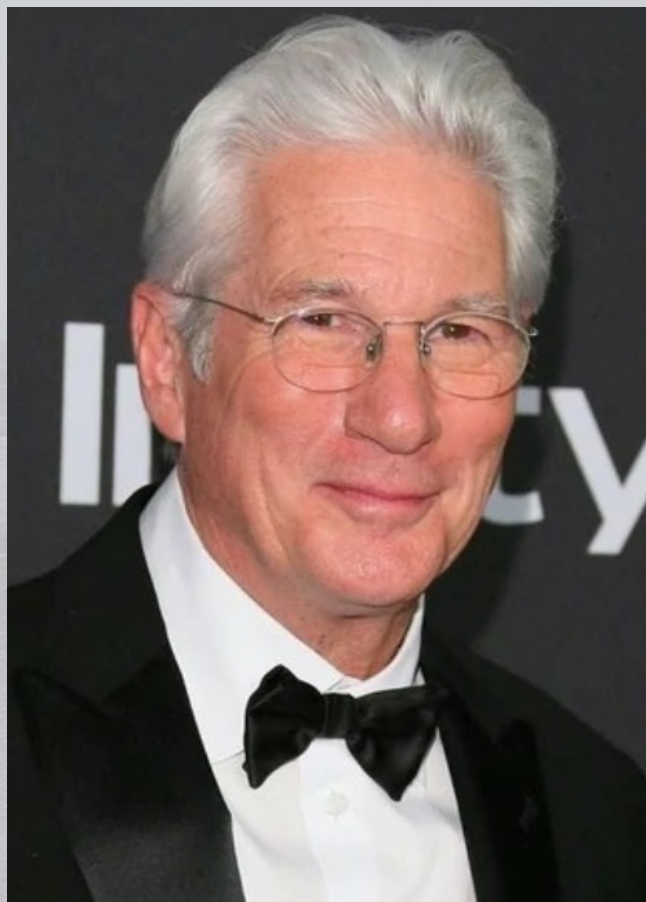


Mortalidad
ICTUS
ES

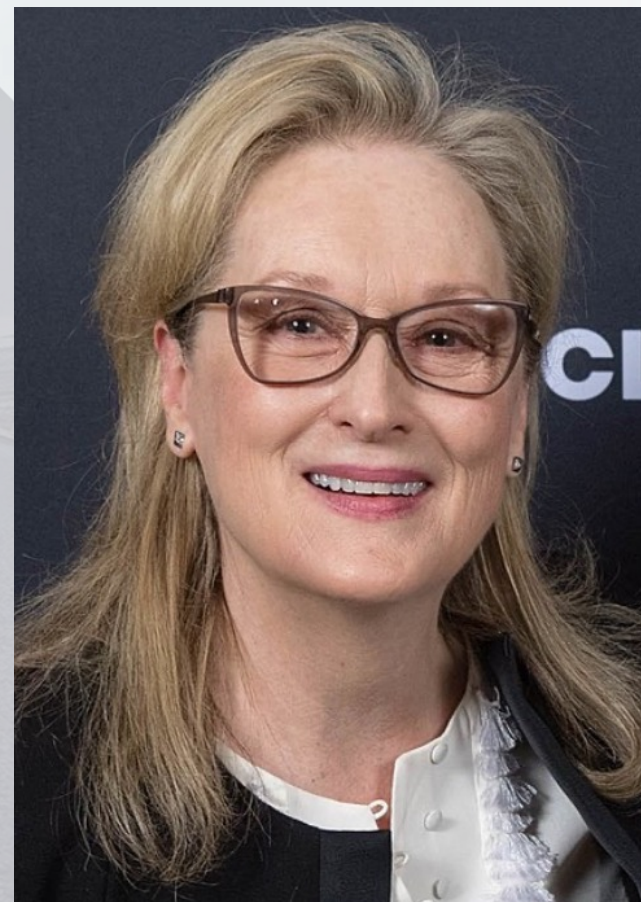
- La ACO prescrita por primera vez en ancianos en el SU no se relacionó con hemorragia mayor (HR 0,633; IC del 95%: 0,279-1,437) y se asoció con una disminución de la mortalidad (HR 0,398; CI 95%: 0,231-0,686).
- Esta disminución en la mortalidad asociada con el tto anticoagulante fue mayor en las personas de edad avanzada que en las personas jóvenes. (HR 0,398; CI 95%: 0.231-0.686)



ANTICOAGULACIÓN: ¿SÍ o NO?



Richard Gere
(73 años)

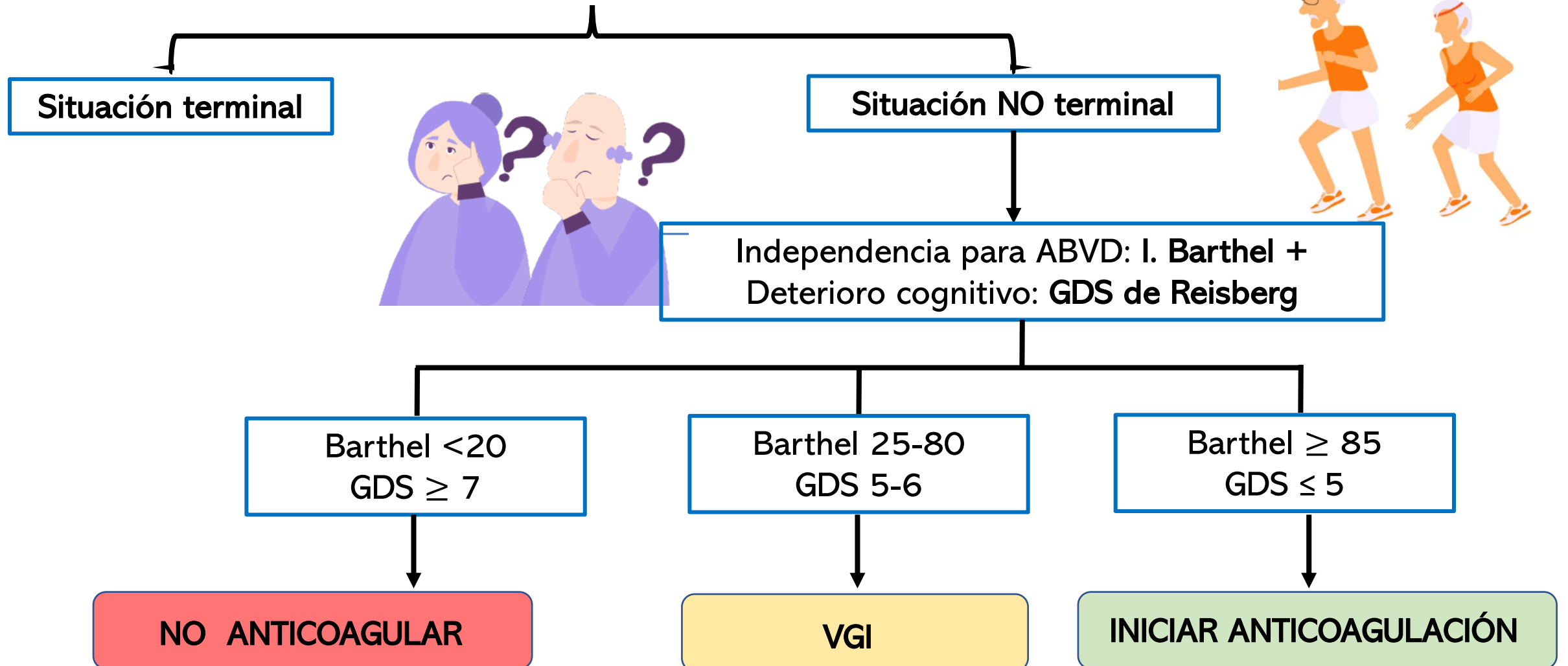


Meryl Streep
(73 años)



ANTICOAGULACIÓN: ¿SÍ o NO?

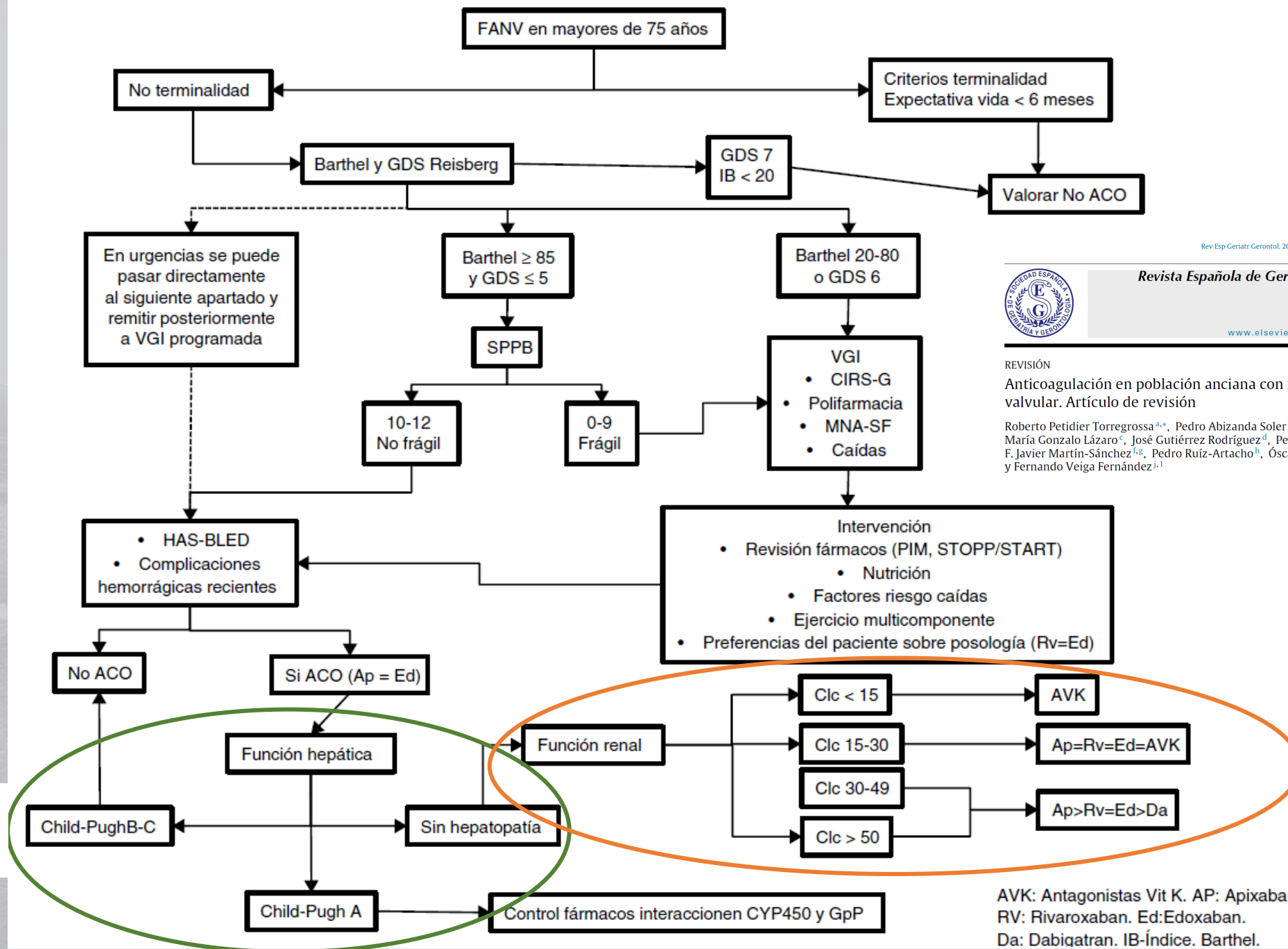
Fibrilación auricular en el paciente anciano



REVISIÓN

Anticoagulación en población anciana con fibrilación auricular no valvular. Artículo de revisión

Roberto Petidier Torregrossa^{a,*}, Pedro Abizanda Soler^b, Alicia Noguerón García^b, María Gonzalo Lázaro^c, José Gutiérrez Rodríguez^d, Pedro Gil Gregorio^e, F. Javier Martín-Sánchez^{f,g}, Pedro Ruíz-Artacho^h, Óscar Duems Noriegaⁱ y Fernando Veiga Fernández^{j,1}



Función
hepática

Función
renal

AVK: Antagonistas Vit K. AP: Apixaban.
RV: Rivaroxaban. Ed: Edoxaban.
Da: Dabiqatran. IB-Índice. Barthel.



¿Qué ANTICOAGULANTE ELEGIMOS?

Recomendaciones para la prevención de eventos tromboembólicos en la FA

Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b
Para la prevención del ictus en pacientes con FA que son elegibles para ACO, se recomienda el uso de un NACO en lugar de un AVK (excepto para pacientes con válvulas mecánicas o estenosis mitral de moderada a grave) ^{423,424}	I	A
Para la evaluación del riesgo de ictus, se recomienda una estrategia basada en la evaluación de los factores de riesgo mediante la escala clínica CHA ₂ DS ₂ -VASc para identificar inicialmente a los pacientes con «riesgo de ictus bajo» (CHA ₂ DS ₂ -VASc de 0 puntos los varones y 1 punto las mujeres), a los que no se debe ofrecer tratamiento antitrombótico ^{334,388}	I	A
Se recomienda la administración de ACO para la prevención del ictus en pacientes con FA y una puntuación CHA ₂ DS ₂ -VASc ≥ 2 los varones o ≥ 3 las mujeres ⁴¹²	I	A
Se debe considerar la administración de ACO para la prevención del ictus en pacientes con FA y CHA ₂ DS ₂ -VASc de 1 punto los varones o 2 puntos las mujeres. El tratamiento debe ser individualizado teniendo en cuenta el beneficio clínico neto y los valores y las preferencias de los pacientes ^{338,378,380}	IIa	B
Se recomienda evaluar el riesgo hemorrágico de manera estructurada mediante una escala formal de riesgo para identificar los factores de riesgo hemorrágico no modificables y tratar los factores de riesgo modificables de todos los pacientes con FA e identificar a los pacientes con un riesgo potencialmente alto para planificar con prontitud y mayor frecuencia las revisiones clínicas y el seguimiento ^{388,395,404,406}	I	B
Para la evaluación formal del riesgo hemorrágico, se debe considerar el uso de la escala HAS-BLED, que puede ayudar a mejorar los factores de riesgo modificables e identificar a los pacientes con riesgo hemorrágico alto (HAS-BLED ≥ 3) para realizar revisiones clínicas y seguimiento más tempranos y frecuentes ^{388,395,404,406}	IIa	B
Se recomienda reevaluar los riesgos de ictus y sangrado a intervalos regulares para informar las decisiones sobre el tratamiento (p. ej., inicio de ACO en pacientes cuyo riesgo de ictus aumenta de bajo a moderado o alto) y tratar factores de riesgo hemorrágico potencialmente modificables ^{c,389,478,479}	I	B
En pacientes con FA y riesgo de ictus inicialmente bajo, la primera reevaluación del riesgo de ictus debe realizarse a los 4-6 meses de la evaluación índice ³⁸⁵⁻³⁸⁷	IIa	B
Cuando se administre un AVK, se recomienda un INR de 2,0-3,0, con un TRT individual $\geq 70\%$ ⁴¹⁴	I	B
Para pacientes tratados con AVK y con un TRT corto (p. ej., TRT < 70%), las opciones recomendadas son:		
• Cambiar a un NACO, siempre que se asegure una buena adherencia y continuidad del tratamiento ^{415,416} o	I	B
• Realizar esfuerzos para mejorar el TRT (p. ej., instruyendo y asesorando al paciente, con controles más frecuentes de la INR) ⁴⁸⁰	IIa	B

2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)

The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC)

Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC

Authors/Task Force Members: Gerhard Hindricks* (Chairperson) (Germany), Tatjana Potpara* (Chairperson) (Serbia), Nikolaos Dagres (Germany), Elena Arbelo (Spain), Jeroen J. Bax (Netherlands), Carina Blomström-Lundqvist (Sweden), Giuseppe Boriani (Italy), Manuel Castella¹ (Spain), Gheorghe-Andrei Dan (Romania), Polychronis E. Dilaveris (Greece), Laurent Fauchier (France), Gerasimos Filippatos (Greece), Jonathan M. Kalman (Australia), Mark La Meir¹ (Belgium), Deirdre A. Lane (United Kingdom), Jean-Pierre Lebeau (France),

* Corresponding authors: The two chairpersons contributed equally to the document.

Gerhard Hindricks, University Clinic of Cardiology, Heart Center Leipzig, Department of Cardiology and Electrophysiology, Leipzig Heart Institute, Strümpelstr. 39, 04289 Leipzig, Germany. Tel: +49 34 1865 1410, Fax: +49 34 1865 1460, Email: gerhard.hindricks@helios-gesundheit.de

Tatjana Potpara, School of Medicine, Belgrade University, dr. Subotića 8, 11000 Belgrade, Serbia, and Cardiology Clinic, Clinical Centre of Serbia, Vojvodina 26, 11000 Belgrade, Serbia. Tel: +38 11 1361 6379, Email: tatjana.potpara@medgig.rs

ESC Committee for Practice Guidelines (CPG) and National Cardiac Societies document reviewers, and Author/Task Force Member affiliations: listed in the Appendix.

¹Representing the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)

ESC entities having participated in the development of this document:

Associations: Association for Acute Cardiovascular Care (ACC), Association of Cardiovascular Nursing & Allied Professions (ACNAP), European Association of Cardiovascular Imaging (EACVI), European Association of Preventive Cardiology (EAPC), European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI), European Heart Rhythm Association (EHRA), Heart Failure Association (HFA).

Councils: Council on Stroke, Council on Valvular Heart Disease

Working Groups: Cardiac Cellular Electrophysiology, Cardiovascular Pharmacotherapy, Cardiovascular Surgery, e-Cardiology, Thrombosis

The content of these European Society of Cardiology (ESC) Guidelines has been published for personal and educational use only. No commercial use is authorized. No part of the ESC Guidelines may be translated or reproduced in any form without written permission from the ESC. Permission can be obtained upon submission of a written request to Oxford University Press, the publisher of the European Heart Journal and the party authorized to handle such permissions on behalf of the ESC (journals.permissions@oup.com).

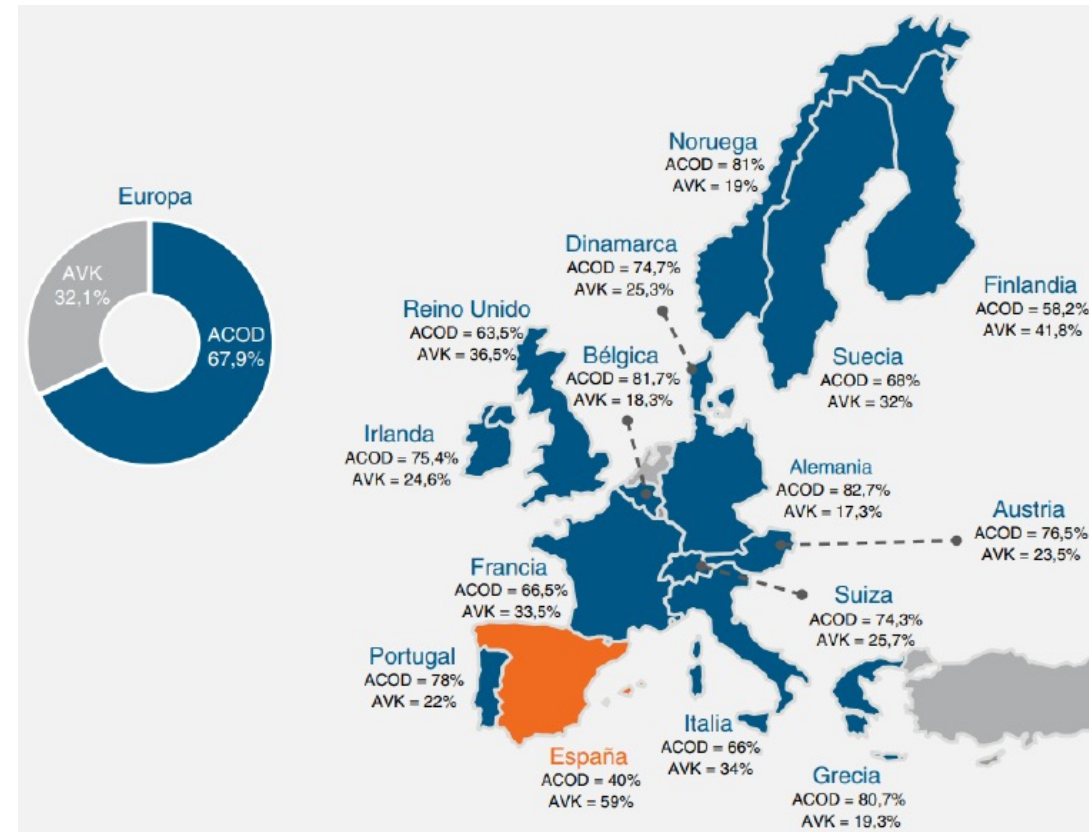
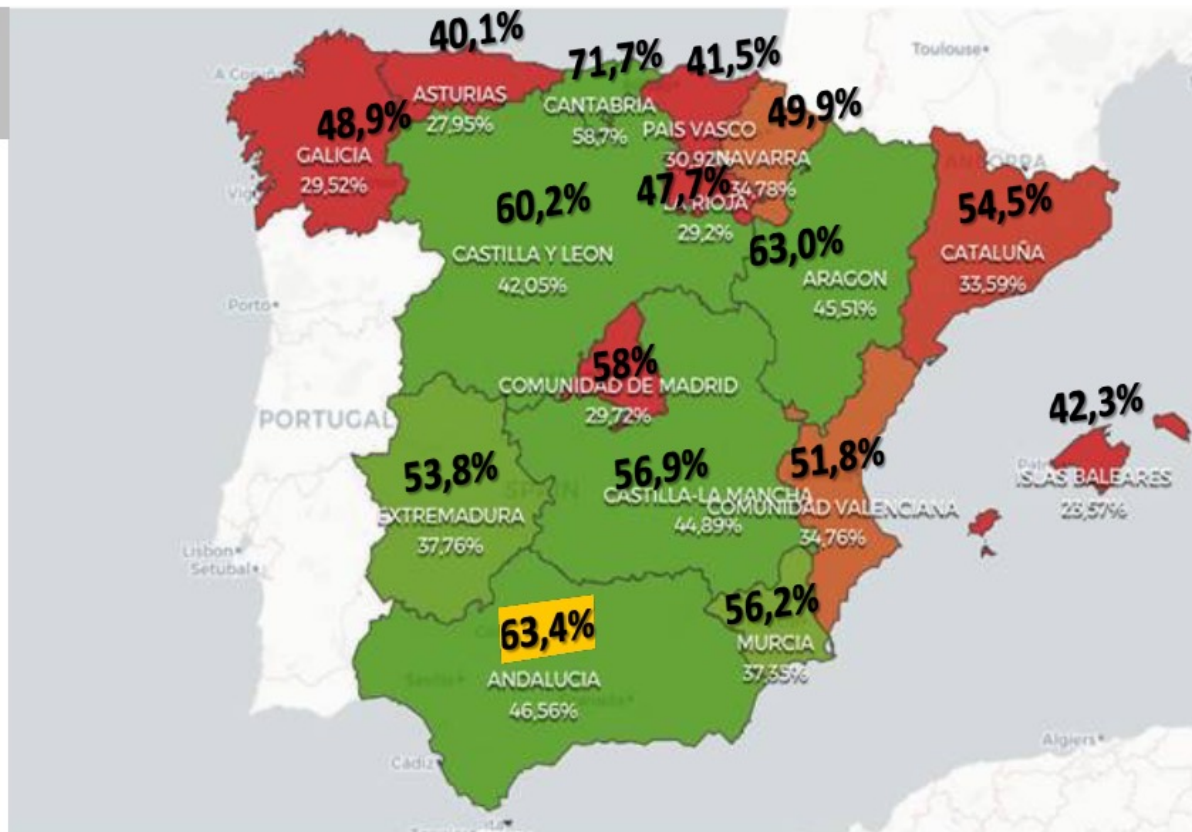
Disclaimer: The ESC Guidelines represent the views of the ESC and were produced after careful consideration of the scientific and medical knowledge and the evidence available at the time of their publication. The ESC is not responsible in the event of any contradiction, discrepancy and/or ambiguity between the ESC Guidelines and any other official recommendations or guidelines issued by the relevant public health authorities, in particular in relation to good use of healthcare or therapeutic strategies. Health professionals are encouraged to take the ESC Guidelines fully into account when exercising their clinical judgment, as well as in the determination and the implementation of preventive, diagnostic or therapeutic medical strategies; however, the ESC Guidelines do not override, in any way whatsoever, the individual responsibility of health professionals to make appropriate and accurate decisions in consideration of each patient's health condition and in consultation with that patient and where appropriate and/or necessary, the patient's caregiver. Nor do the ESC Guidelines exempt health professionals from taking into full and careful consideration the relevant official updated recommendations or guidelines issued by the competent public health authorities, in order to manage each patient's case in light of the scientifically accepted data pursuant to their respective ethical and professional obligations. It is also the health professional's responsibility to verify the applicable rules and regulations relating to drugs and medical devices at the time of prescription.

© The European Society of Cardiology 2020. All rights reserved. For permissions please email: journals.permissions@oup.com.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA ANTICOAGULACIÓN EN ESPAÑA

Mapa de
2.018

Datos de
2.021

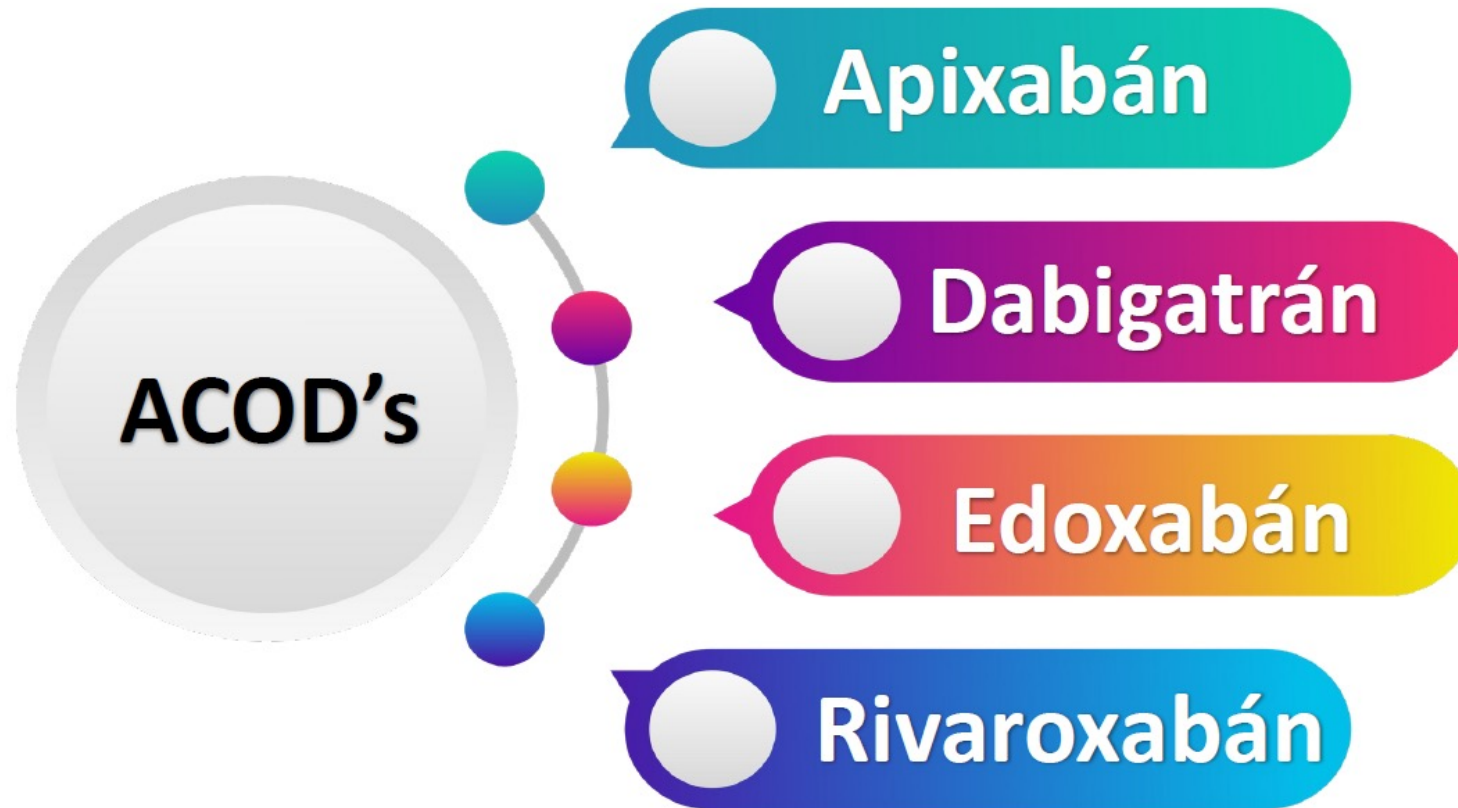


Fuente: IQVIA – Octubre 2.021

Listerri Caro JL et al. Utilización de ACOD en AP de España. Posicionamiento SEMERGEN ante situación actual. Semergen 2019;413-429



**¿QUE
ANTICOAGULANTE
ELEGIMOS?**



((atrial fibrillation) AND (anticoagulation))

Search

Advanced Create alert Create RSS

User Guide

Save

Email

Send to

Sorted by: Best match

Display options

MY NCBI FILTERS

5,419 results

<< < Page 1 of 542 > >>

RESULTS BY YEAR



Reset



20202022

TEXT AVAILABILITY



Abstract



Free full text



Full text

ARTICLE ATTRIBUTE



Associated data



Atrial Fibrillation and Dementia.

1

Bunch TJ.

Cite

Circulation. 2020 Aug 18;142(7):618-620. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.120.045866. Epub 2020 Aug 17.

Share

PMID: 32804567 Review.

Atrial fibrillation is associated with multiple adverse comorbidities, including the development of dementia in patients with and without a history of stroke. ...There are potential therapeutic opportunities to reduce dementia risk, including early and effective use ...



Oral Anticoagulation in the Elderly and Frail.

2

Bauersachs RM, Herold J.

Cite

Hamostaseologie. 2020 Feb;40(1):74-83. doi: 10.1055/s-0040-1701476. Epub 2020 Jan 30.

Share

PMID: 32000266 Review.

The proportion of elderly patients will increase substantially over the next decades, and both **atrial fibrillation** (AF) and venous thromboembolism (VTE) are more common in the elderly. ...Coadministration of platelet inhibitors increases bleeding risk and should be ...

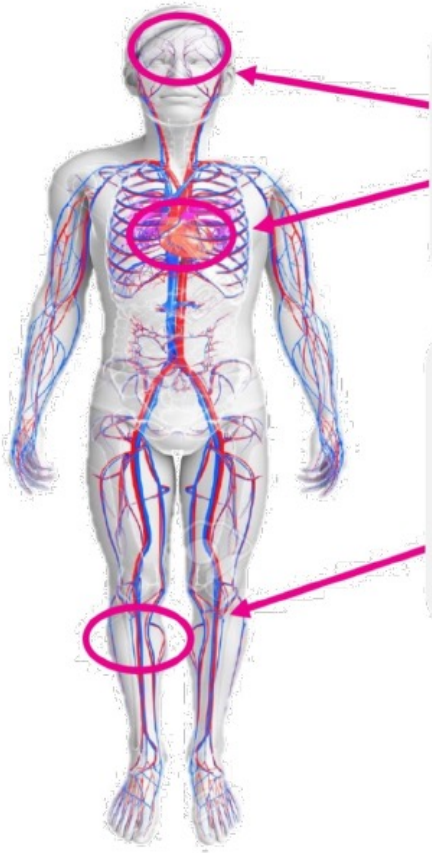


¿QUE ANTICOAGULANTE ELEGIMOS?

5.419 artículos
2020 - 2022

Rivaroxabán

- 10.700 usuarios de rivaroxabán (24,1 % dosis reducida)
- 13.946 usuarios de warfarina.



Eventos MACE

Eventos adversos cardiovasculares mayores o graves: ictus isquémico o infarto miocardio

Eventos MALE

Eventos adversos de extremidades mayores o graves: amputación grave o revascularización quirúrgica o endovascular

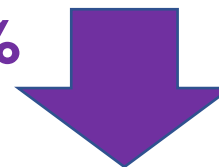
FANV y Diabetes

5

¿Qué ANTICOAGULANTE ELEGIMOS?

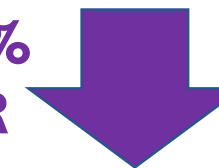
	Event Rate (per 100 Person-Years)		HR (95% CI)
	Rivaroxaban N= 10,700	Warfarin N= 13,946	
MACE	1,26	2,07	0,75 (0,59-0,96)
-Ictus isquémico	0,66	1,01	0,83 (0,59-1,17)
-Infarto de miocardio	0,77	1,20	0,77 (0,56-1,06)
MALE	0,19	0,75	0,37 (0,21-0,65)
-Amputación grave de extremidad	0,03	0,18	0,20 (0,06-0,69)
-Revascularización quirúrgica	0,12	0,27	0,66 (0,31-1,39)
-Revascularización endovascular	0,07	0,39	0,27 (0,11-0,67)
-Amputación leve de extremidad	0,14	0,27	0,72 (0,34-1,53)
Hemorragia mayor	2,38	3,37	0,95 (0,79-1,15)
-Intracraneal	0,17	0,36	0,59 (0,30-1,13)
-Gastrointestinal	1,85	2,44	1,04 (0,84-1,30)

25%
RRR



EVENTOS MACE: 1,26 eventos/100 pacientes-año en el grupo con rivaroxabán vs 2,07 eventos/100 pacientes-año en el grupo con Warfarina (HR 0,75; IC95%=0,59-0,96)

63%
RRR



EVENTOS MALE: 0,19 eventos/100 pacientes-año en el grupo con rivaroxabán vs 0,75 eventos/100 pacientes-año en el grupo con Warfarina (HR 0,37; IC95%=0,21-0,65)

Edoxabán

5

¿Qué ANTICOAGULANTE ELEGIMOS?

72.846 del total de pacientes del estudio,
+ 25.948 fueron tratados con warfarina
+ 46.898 fueron tratados con ACOD

7.193 con rivaroxabán,
9.882 con dabigatrán,
11.992 con apixabán
7831 con edoxabán.

FANV y Demencia

Stroke

Volume 52, Issue 11, November 2021; Pages 3459-3468
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.033338>

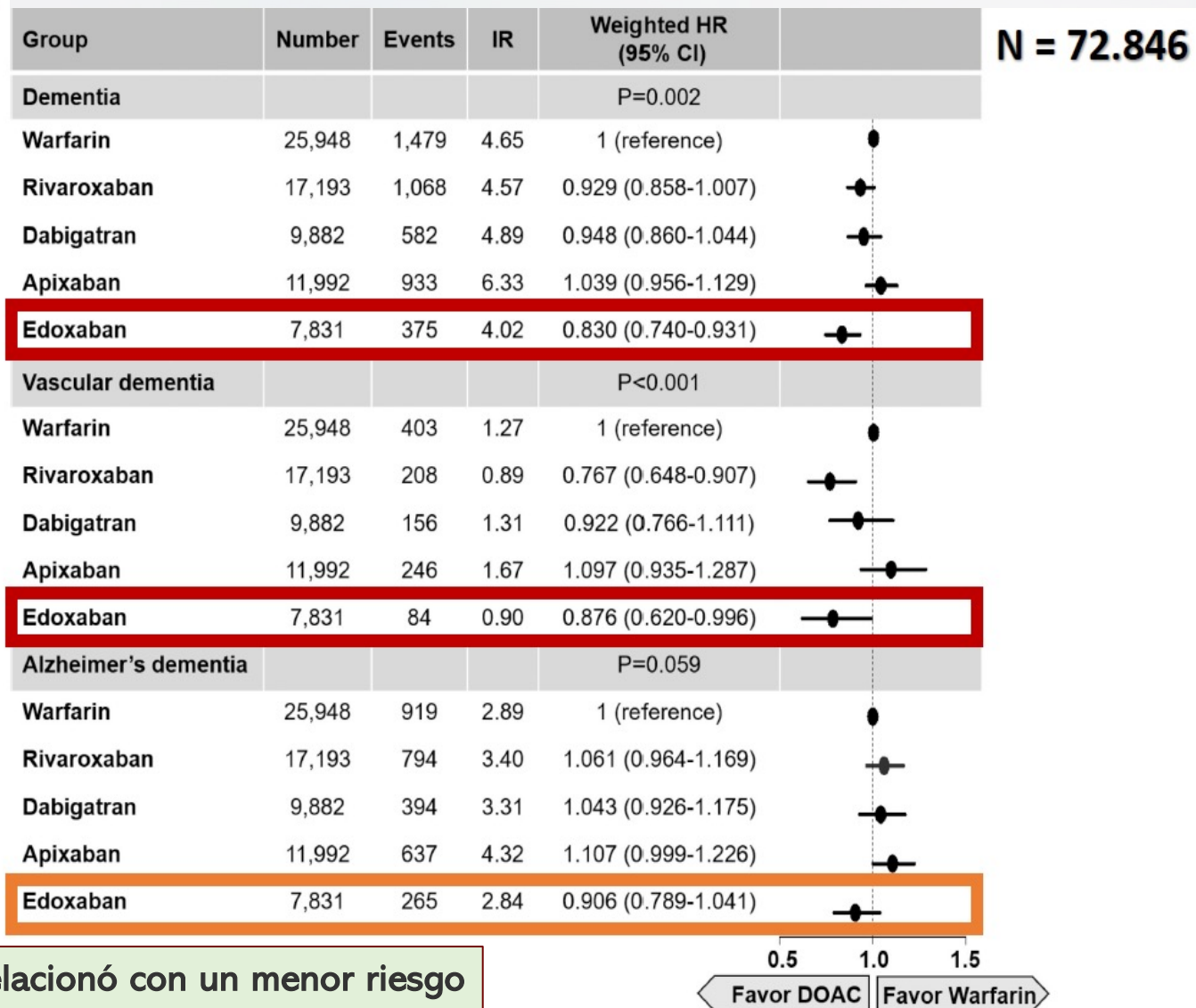


CLINICAL AND POPULATION SCIENCES

Comparing Warfarin and 4 Direct Oral Anticoagulants for the Risk of Dementia in Patients With Atrial Fibrillation

See related article, p 3469

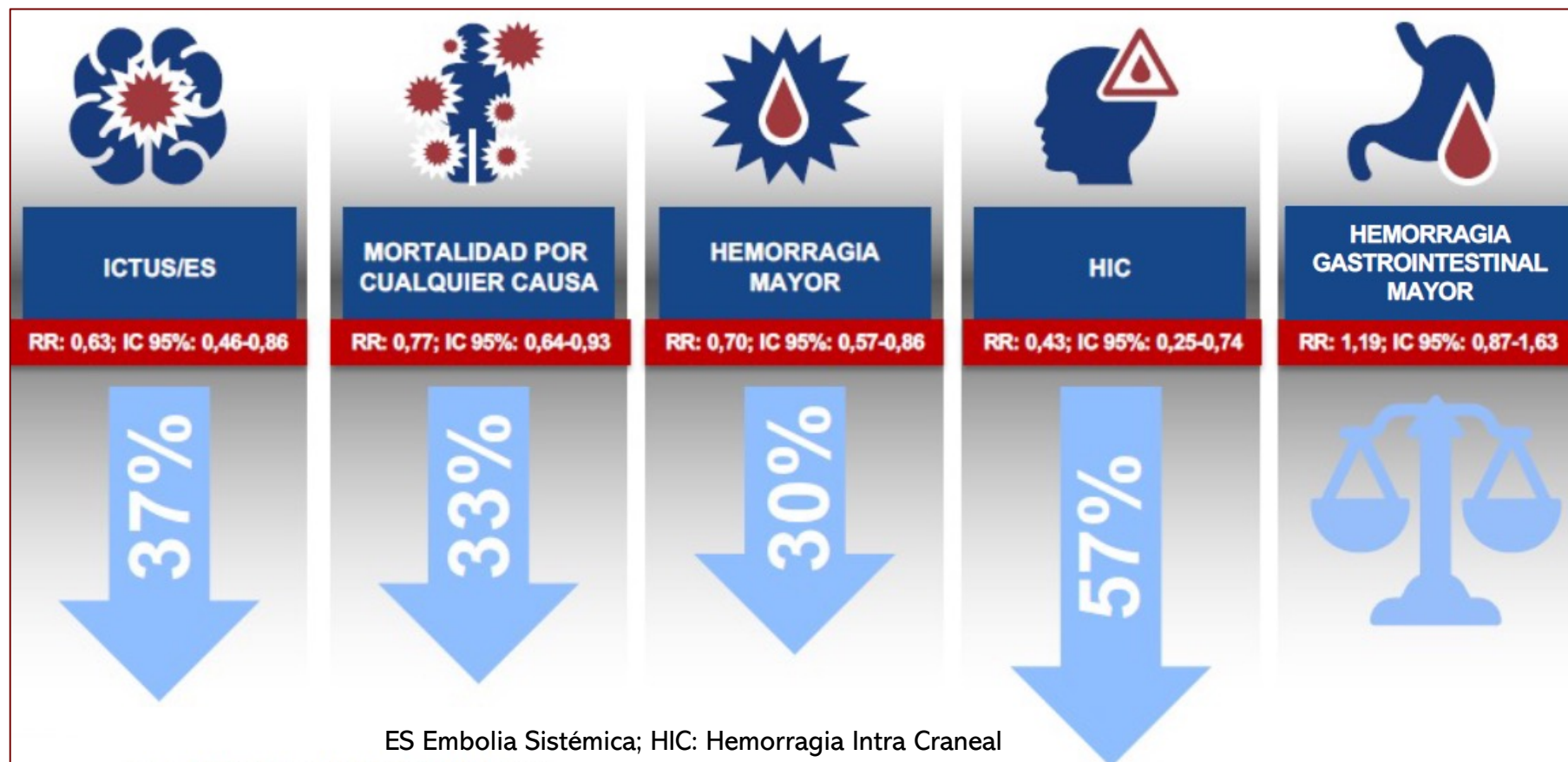
So-Ryoung Lee, MD, Eue-Keun Choi, MD, PhD , Sang-Hyun Park, BSc , Jin-Hyung Jung, BSc, Kyung-Do Han, PhD, Seil Oh, MD, PhD , and Gregory Y.H. Lip, MD DOI:10.1161/STROKEAHA.120.033338



Al comparar ACOD individuales vs warfarina, el edoxabán se relacionó con un menor riesgo de demencia (0,830 [IC 95 %, 0,740–0,931]).

Dabigatrán

La adherencia y dosificación correcta da como resultado un beneficio clínicamente relevante para dabigatrán sobre warfarina, tanto para la eficacia como para la seguridad.



Extraído de: Grgory YH Lip, et al. Patient outcomes using the European label for dabigatran. A post-hoc analyllis drom the RE-LY database. Thromb Haemost 2014;111(5):933-42.
Doi:10.1160/TH13-09-0734

Apixabán

N = 321.501 pacientes

- AVK = 112.268
- Apixabán = 87.565
- Dabigatrán = 21.245
- Rivaroxabán = 100.063



NAXOS
Apixaban in patients with atrial fibrillation in French Real Life Study

Apixaban vs VKA

HR [95% CI]

Safety (all)



0.43 [0.40 - 0.46]*

Gastrointestinal



0.44 [0.40 - 0.50]

Intracranial



0.42 [0.37 - 0.48]

Other



0.43 [0.39 - 0.47]

Effectiveness



0.60 [0.56 - 0.65]*

All-cause mortality



0.44 [0.42 - 0.45]*

0.0 0.5 1.0 1.5 2.0 2.5

← Apixaban VKA →

Apixaban vs Rivaroxaban

HR [95% CI]



0.67 [0.63 - 0.72]*



0.63 [0.56 - 0.70]



0.87 [0.75 - 1.01]



0.64 [0.57 - 0.71]



1.05 [0.97 - 1.15]



0.97 [0.93 - 1.02]

0.0 0.5 1.0 1.5 2.0 2.5

← Apixaban Rivaroxaban →

Apixaban vs Dabigatran

HR [95% CI]



0.93 [0.81 - 1.08]



0.60 [0.48 - 0.76]



1.72 [1.20 - 2.48]



1.13 [0.90 - 1.44]



0.93 [0.78 - 1.11]



0.94 [0.85 - 1.04]

0.0 0.5 1.0 1.5 2.0 2.5

← Apixaban Dabigatran →

Apixabán se asoció con mayor seguridad, efectividad y menor mortalidad que los AVK; con superior seguridad que rivaroxabán y seguridad similar a dabigatrán; y con una eficacia similar en comparación con rivaroxabán o dabigatrán.

Anticoagulación en nonagenarios *con alto riesgo de sangrado* (antecedentes de HIC, sangrado GI o ERC)

Criterio de valoración clínico: ictus isquémico, HIC, hemorragia mayor o mortalidad.



¿Qué ANTICOAGULANTE ELEGIMOS?

Tze-Fan Chao, et al. Oral anticoagulants in extremely-high-risk, very elderly (>90 years) patients with atrial fibrillation. Heart Rhythm 2021 ju;18(6):871-877

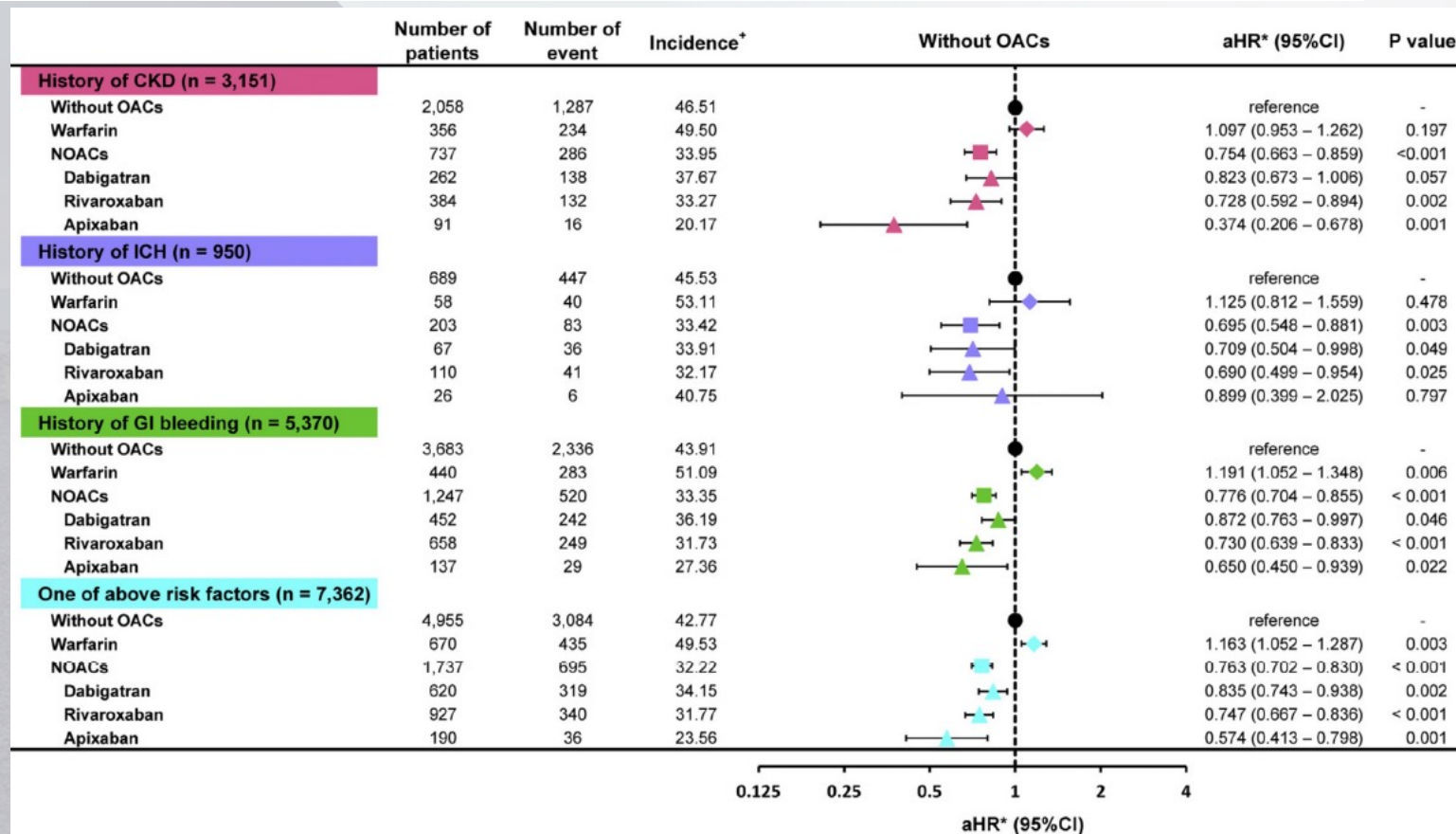
N=7.362 (edad media 92,5 años):

- ACODs: 1.737
- Warfarina 670
- No ACO 4.955

● Warfarina se asoció con un riesgo similar o incluso mayor (end-point compuesto) frente a pacientes no anticoagulados (“no ACO”).

● Los ACODs se asociaron con un menor riesgo (ictus, HIC, hemorragia mayor, mortalidad) vs warfarina o los “no OAC”.

● Por tanto, debe **considerarse su uso en estos pacientes muy ancianos con FA de alto riesgo.**



En el caso de Edoxabán (no incluido en el estudio previo comentado) el tto de pacientes de edad avanzada también proporciona una reducción absoluta en los eventos de seguridad frente a warfarina.

(Kato ET, Giugliano RP, Ruff CT, et al. Efficacy and Safety of Edoxaban in Elderly Patients With AF in the ENGAGE AF-TIMI 48 Trial. J Am Heart Assoc. 2016 May 20;5(5).

MENSAJES PARA LLEVAR A CASA

- ✓ El principal factor de riesgo para la FA es la edad, coincidiendo además que los pacientes más añosos suelen ser los más complejos.
- ✓ La anticoagulación del anciano es un reto, ya que supone enfrentarse al mismo tiempo a un mayor riesgo tromboembólico y hemorrágico.

MENSAJES PARA LLEVAR A CASA

- ✓ Los ACOD han sido comparados vs AVK, confirmando el balance favorable entre beneficios /riesgos, convirtiéndose en el tratamiento de elección también en pacientes mayores.
- ✓ La Valoración Geriátrica Integral (VGI), es fundamental para evaluar la indicación, tipo de anticoagulante y la mejor manera de optimizar los factores de riesgo para un anticoagulación segura.

Algunas sugerencias a la luz de los estudios científicos publicados...



- ✓ **Rivaroxabán:** diabético con arteriopatía periférica.
- ✓ **Edoxabán:** alto riesgo de demencia, pacientes mayores.
- ✓ **Dabigatrán:** alto riesgo isquémico y bajo hemorrágico.
- ✓ **Apixabán:** de elección en pacientes mayores con FA no valvular.

