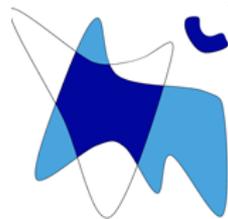




Proyectos en pacientes ancianos con fibrilación auricular del Grupo de Riesgo Vascular de la SEMI



Dra. Carmen Suárez Fernández
Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

MIEMBROS PARTICIPANTES EN EL PROYECTO

DIRECTORES DEL PROYECTO

Dr. José M^º Mostaza Prieto

Servicio de Medicina Interna
Hospital Carlos III. Madrid

Dra. Carmen Suárez Fernández

Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario de La Princesa.
Madrid

COORDINADORES DE LAS REUNIONES

Dr. Miguel Camafort Babkowski

Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitari Clínic i Provincial.Barcelona

Dr. José M^º Cepeda Rodrigo

Servicio de Medicina Interna
Hospital Vega Baja. Orihuela, Alicante

Dr. Jesús Díez Manglano

Servicio de Medicina Interna
Hospital Royo Villanova. Zaragoza

Dr. Francesc Formiga Pérez

Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Dr. Javier García Alegria

Servicio de Medicina Interna
Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga

Dr. José Luis Hernández Hernández

Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria

Dr. Luis Manzano Espinosa

Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Dr. Antonio Pose Reino

Servicio de Medicina Interna
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña

Dr. Miguel Ángel Rico Corral

Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Dr. Demetrio Sánchez Fuentes

Servicio de Medicina Interna
Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila

Dr. Gregorio Tiberio López

Servicio de Medicina Interna
Hospital Virgen del Camino. Pamplona, Navarra

MÉDICOS PARTICIPANTES EN EL PROYECTO

(Servicios de Medicina Interna)

Dr. Hugo Ágreda López

Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

Dr. Salvador Alegre Herrera

Hospital Provincial de San Lázaro. Sevilla

Dr. Joaquín Alfonso Megido

Hospital Valle del Nalón. Langreo, Asturias

Dr. Belén Alonso Ortiz

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas

Dr. Xisto Isidro Aranda Sánchez

Hospital Universitario del Sureste. Arganda del Rey. Madrid

Dr. José Carlos Arévalo Lorido

Hospital de Zafrá. Badajoz

Dra. Carlota Argüello Martín

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, Asturias

Dr. Fernando Bonilla Rovira

Hospital General Universitario de Elche. Alicante

Dr. Enrique Calderón Sandubete

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Dra. Isabel Campodarve Botet

Hospital del Mar. Barcelona

Dr. Pere Castellanos Llauger

Hospital Sant Joan Despi Moisès Broggi. Sant Joan Despi, Barcelona

Dr. Jesús Castiella Herrero

Fundación Hospital Calahorra. La Rioja

Dr. Luis Castilla Guerra

Hospital La Merced. Osuna, Sevilla

Dr. David Chivite Guillén

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona

Dr. Emmanuel Coloma Bazán

Hospital Universitari Clínic i Provincial. Barcelona

Dr. Rafael Cotos Cancas

Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga

Dr. Rafael Cuenca Acevedo

Hospital Alto Guadalquivir. Andújar, Jaén

Dr. José Ignacio Cuende Melero

Hospital Río Carrión. Palencia

Dr. Andrés de La Peña Fernández

Hospital Son Llatzer. Palma Mallorca

Dr. Alberto de Los Santos Moreno

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

Dr. José Luis Díaz Díaz

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Dra. Ainhoa Epalza Bueno

Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Vizcaya

Dra. Carmen Fernández Capitán

Hospital Universitario La Paz. Madrid

Dr. Jacinto Fernández Pardo

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

Dra. Esther Fernández Pérez

Hospital de León

Dr. David Filella Galló

Hospital de la Santa Creu i San Pau. Barcelona

Dr. Santiago Freire Castro

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Dra. Ana Belén Gómez Belda

Hospital de Sagunto. Valencia

Dr. Enrique Gómez Segado

Hospital de la Marina Baja. Villajoyosa, Alicante

Dr. Carlos González Gómez

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Dr. Julio González Moraleja

Hospital Virgen de La Salud. Toledo

Dr. Jesús Grandes Ibáñez

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Dr. Joseba Ibarria Lahuerta

Hospital Universitario de Basurto. Bizkaia

Dra. Estibaliz Jarauta Simón

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Dr. Carlos Lahoz Rallo

Hospital Carlos III. Madrid

Dr. José Miguel Laín Guelbenzu

Hospital Comarcal La Axarquía. Vélez-Málaga. Málaga

Dra. Genoveva López Castellanos

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Dr. Alejandro López Suárez

Hospital Virgen del Camino. Sanlúcar de Barrameda, Cádiz

Dra. M^º Dolores Martín Escalante

Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga

Dra. Marta Martín Millán

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria

Dr. Isidoro Martínez Moreno

Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva. Valencia

Dr. Juan Carlos Martínez- Acitores Quintana

Hospital General Yagüe. Burgos

Dr. Rafael Martínez Fernández

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Dr. José Antonio Martínez Muradas

Complejo Hospitalario de Pontevedra

Dr. José Masferrer Sierra

Hospital Comarcal de Valdeorras. O Barco de Valdeorras, Ourense

Dr. Miguel Ángel Mateos Hernández

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

Dr. Juan Diego Mediavilla García

Hospital Universitario Virgen de Las Nieves. Granada

Dr. Manuel Mendiña Guillén

Hospital Universitario San Cecilio. Granada

Dr. Luis Mérida Rodrigo

Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga

Dra. Esther Montero Hernández

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid

Dra. Monserrat Morales Conejo

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Dr. Abel Mújal Martínez

Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell, Barcelona

Dr. José Antonio Nieto Rodríguez

Hospital Virgen de La Luz. Cuenca

Dr. Ignacio Novo Veleiro

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña

Dr. Juan Antonio Ortiz Minuesa

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Dr. Luis Miguel Palomar Rodríguez

Hospital Virgen de la Concha. Zamora

Dra. Carmen Pérez Bocanegra

Hospital Universitari Vall d´Hebrón. Barcelona

Dr. Juan Blas Pérez Lorenz

Hospital General San Jorge. Huesca

Dr. Ramón Pérez Temprano

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Dr. José Portillo Sánchez

Hospital General Universitario de Ciudad Real

Dr. José Ramón Puertas

Hospital General de la Defensa. Zaragoza

Dr. Avelino Rodríguez González

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Dr. Manuel Romero Jiménez

Hospital Infanta Elena. Huelva

Dr. Eduardo Rovira Daudi

Hospital Universitari de La Ribera. Alzira, Valencia

Dr. Fernando Salgado Ordoñez

Hospital Regional Universitario de Málaga

Dr. Pablo Sánchez-Rubio Lezcano

Hospital de Barbastro. Huesca

Dr. Xavier Sobrino Martínez

Fundació Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet, Barcelona

Dr. Juan José Tamarit

Hospital General Universitario de Valencia

Dra. Norma Rosa Tobares Carrasco

Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid

Dr. José Manuel Varela Aguilar

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Proyecto de Tratamiento antitrombótico en los pacientes ancianos con FA tratados en Servicios de Medicina Interna



Qué dicen las guías sobre el tratamiento antitrombótico en ancianos?



Revisión de la literatura



Detectar los puntos de controversia o sobre los que no hay información en las guías que el clínico necesitara saber

Publicación de un artículo de revisión
:"Tratamiento antitrombótico en el paciente anciano con FA: Recomendaciones de las guías de práctica clínica"

Proyecto de Tratamiento antitrombótico en los pacientes ancianos con FA tratados en Servicios de Medicina Interna



Qué dicen las guías sobre el tratamiento antitrombótico en ancianos?



Revisión de la literatura



Detectar los puntos de controversia o sobre los que no hay información en las guías que el clínico necesitara saber

Publicación de un artículo de revisión : "Tratamiento antitrombótico en el paciente anciano con FA: Recomendaciones de las guías de práctica clínica"

¿Qué aspectos son conflictivos, por falta de evidencia, en la toma de decisiones clínicas?



Realización de 8 Reuniones Locales donde se debaten las Controversias propuestas una vez revisada la literatura



Elaboración de conclusiones (Propuestas de actuación)



Elaboración de un Documento de Consenso de la SEMI en el que se recoja el posicionamiento de los internistas ante las situaciones identificadas.

Proyecto de Tratamiento antitrombótico en los pacientes ancianos con FA tratados en Servicios de Medicina Interna



Qué dicen las guías sobre el tratamiento antitrombótico en ancianos?



Revisión de la literatura



Detectar los puntos de controversia o sobre los que no hay información en las guías que el clínico necesitaría saber

Publicación de un artículo de revisión: "Tratamiento antitrombótico en el paciente anciano con FA: Recomendaciones de las guías de práctica clínica"

¿Qué aspectos son conflictivos, por falta de evidencia, en la toma de decisiones clínicas?



Realización de 8 Reuniones Locales donde se debaten las Controversias propuestas una vez revisada la literatura



Elaboración de conclusiones (Propuestas de actuación)



Elaboración de un Documento de Consenso de la SEMI en el que se recoja el posicionamiento de los internistas ante las situaciones identificadas.

Cómo son nuestros pacientes, y qué necesitamos saber para tratarlos lo mejor posible?



Descripción de nuestros pacientes



Registro de pacientes con FA >75 años atendidos en Servicios de Interna



Proyecto de Tratamiento antitrombótico en los pacientes ancianos con FA tratados en Servicios de Medicina Interna



Qué dicen las guías sobre el tratamiento antitrombótico en ancianos?



Revisión de la literatura



Detectar los puntos de controversia o sobre los que no hay información en las guías que el clínico necesitara saber

Publicación de un artículo de revisión: "Tratamiento antitrombótico en el paciente anciano con FA: Recomendaciones de las guías de práctica clínica"

Rev Clin Esp. 2015;xxx(xx):xxx-xxx



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



ACTUALIZACIÓN CLÍNICA

Tratamiento antitrombótico en el paciente anciano con fibrilación auricular

C. Suárez Fernández^{a,*}, M. Camafort^b, J.M. Cepeda Rodrigo^c, J. Díez-Manglano^d, F. Formiga^e, A. Pose Reino^f, G. Tiberio^g y J.M. Mostaza^h, en nombre del Grupo de Trabajo de Riesgo Vascular de la SEMI

^a Hospital Universitario de La Princesa, Grupo de Riesgo Vascular de la SEMI, Madrid, España

^b Hospital Clínic de Barcelona, Grupo de Riesgo Vascular de la SEMI, Barcelona, España

^c Hospital Vega Baja de Orihuela, Grupo de Riesgo Vascular de la SEMI, Orihuela, Alicante, España

^d Hospital Río Villanova, Grupo de Riesgo Vascular de la SEMI, Zaragoza, España

^e Hospital Universitario de Bellvitge, Grupo de Riesgo Vascular de la SEMI, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^f Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Grupo de Riesgo Vascular de la SEMI, Santiago de Compostela, España

^g Hospital Virgen del Camino, Grupo de Riesgo Vascular de la SEMI, Pamplona, España

^h Hospital Carlos III, Grupo de Riesgo Vascular de la SEMI, Madrid, España

Recibido el 10 de octubre de 2014; aceptado el 30 de noviembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Anciano;
Fibrilación auricular no valvular;
Guías;
Antagonistas de la vitamina K;
Dabigatran;
Rivaroxaban;
Apixaban;
Edoxaban

Resumen La fibrilación auricular (FA) en el anciano es una entidad compleja debido al elevado número de comorbilidades frecuentemente asociadas, como las enfermedades cardiovasculares y la enfermedad renal, los trastornos cognitivos, las caídas o la polimedicación.

Excepto cuanto esté contraindicada, la anticoagulación es necesaria para la prevención de los eventos tromboembólicos en esta población. Tanto los antagonistas de la vitamina K como los anticoagulantes orales de acción directa (dabigatran, rivaroxaban y apixaban) están indicados en este contexto. En este grupo de edad la función renal debe ser estrechamente vigilada cuando se utilizan estos últimos.

En los últimos años se han publicado diferentes guías de práctica clínica sobre el paciente con FA. La mayoría de estas guías realizan recomendaciones específicas sobre las características clínicas y el tratamiento en los pacientes ancianos. En esta actualización se revisan los comentarios específicos sobre las recomendaciones referentes al tratamiento antitrombótico en los pacientes ancianos con FA no valvular.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: csuarez@salud.madrid.org (C. Suárez Fernández).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2014.11.024>

0014-2565/© 2014 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: Suárez Fernández C, et al. Tratamiento antitrombótico en el paciente anciano con fibrilación auricular. Rev Clin Esp. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2014.11.024>

Recomendaciones específicas de las guías de práctica clínica en pacientes ancianos con FA.

- ESC (2010)
- ESC (2012)
- Guías canadienses (2012)
- American College of Chest Physicians (2012)
- European Heart Rhythm Association (2013)
- SEN (2014)
- American College of Cardiology/American Heart Association/Heart Rhythm Society (2014)
- American Academy of Neurology (2014)
- NICE 2014

Rev Clin Esp. 2015;xxx(x):xxx-xxx



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



ACTUALIZACIÓN CLÍNICA

Tratamiento antitrombótico en el paciente anciano con fibrilación auricular

C. Suárez Fernández^{a,*}, M. Camafort^b, J.M. Cepeda Rodrigo^c, J. Díez-Manglano^d, F. Formiga^e, A. Pose Reino^f, G. Tiberio^g y J.M. Mostaza^h, en nombre del Grupo de Trabajo de Riesgo Vascular de la SEMI

^a Hospital Universitario de La Princesa, Grupo de Riesgo Vascular de la SEMI, Madrid, España

^b Hospital Clínic de Barcelona, Grupo de Riesgo Vascular de la SEMI, Barcelona, España

^c Hospital Vega Baja de Orihuela, Grupo de Riesgo Vascular de la SEMI, Orihuela, Alicante, España

^d Hospital Rayo Villanova, Grupo de Riesgo Vascular de la SEMI, Zaragoza, España

^e Hospital Universitario de Bellvitge, Grupo de Riesgo Vascular de la SEMI, Hospital de Llobregat, Barcelona, España

^f Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Grupo de Riesgo Vascular de la SEMI, Santiago de Compostela, España

^g Hospital Virgen del Camino, Grupo de Riesgo Vascular de la SEMI, Pamplona, España

^h Hospital Carlos III, Grupo de Riesgo Vascular de la SEMI, Madrid, España

Recibido el 10 de octubre de 2014; aceptado el 30 de noviembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Anciano;
Fibrilación auricular no valvular;
Guías;
Antagonistas de la vitamina K;
Dabigatran;
Rivaroxaban;
Apixaban;
Edoxaban

Resumen La fibrilación auricular (FA) en el anciano es una entidad compleja debido al elevado número de comorbilidades frecuentemente asociadas, como las enfermedades cardiovasculares y la enfermedad renal, los trastornos cognitivos, las caídas o la polimedización.

Excepto cuanto esté contraindicada, la anticoagulación es necesaria para la prevención de los eventos tromboembólicos en esta población. Tanto los antagonistas de la vitamina K como los anticoagulantes orales de acción directa (dabigatran, rivaroxaban y apixaban) están indicados en este contexto. En este grupo de edad la función renal debe ser estrechamente vigilada cuando se utilizan estos últimos.

En los últimos años se han publicado diferentes guías de práctica clínica sobre el paciente con FA. La mayoría de estas guías realizan recomendaciones específicas sobre las características clínicas y el tratamiento en los pacientes ancianos. En esta actualización se revisan los comentarios específicos sobre las recomendaciones referentes al tratamiento antitrombótico en los pacientes ancianos con FA no valvular.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: csuarezf@salud.madrid.org (C. Suárez Fernández).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2014.11.024>

0014-2565/© 2014 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: Suárez Fernández C, et al. Tratamiento antitrombótico en el paciente anciano con fibrilación auricular. Rev Clin Esp. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2014.11.024>

Recomendaciones específicas de las guías de práctica clínica en pacientes ancianos con FA.

- Con respecto a los pacientes más jóvenes, los ancianos:
 - Son más frágiles y tienen más comorbilidades.
 - Es más frecuente la FA permanente frente a la paroxística/persistente.
 - Son más frecuentes los síntomas atípicos.
 - Tienen más posibilidades de presentar efectos secundarios por los fármacos.
 - Frecuentemente se encuentran infradiagnosticados.
 - El riesgo tanto de ictus como de sangrado aumenta con la edad.
- **Dado que los sujetos >75 años con FA tienen un riesgo anual de presentar complicaciones tromboembólicas >4%, salvo que el riesgo de sangrado sea muy elevado, la anticoagulación está indicada (el beneficio de la antiagregación es muy limitado en esta población).**

Recomendaciones específicas de las guías de práctica clínica en pacientes ancianos con FA.

- **Recomendadas las escalas CHA₂DS₂-VASc y HAS-BLED** para la estratificación de riesgo de ictus y de sangrado
- **Se insiste en el escaso beneficio de la aspirina en estos pacientes**, con un elevado riesgo de sangrado, y que su uso debería limitarse únicamente a aquellos sujetos que rechacen cualquier tipo de anticoagulación.
- Se recomienda la **anticoagulación en** pacientes con FA no valvular y alto riesgo de ictus (**CHADS₂ ≥2 o CHA₂DS₂-VASc ≥1**), por lo que salvo **contraindicación, todos los pacientes >75 años deberían recibir anticoagulación.**

Recomendaciones específicas de las guías de práctica clínica en pacientes ancianos con FA.

- Se pueden **emplear tanto los antagonistas de la vitamina K, como los nuevos anticoagulantes** orales (dabigatran, ribaroxaban, apixaban...).
- Con respecto a los **AAD**:
 - **Preocupación sobre cómo adaptar los resultados de los ensayos clínicos** con los nuevos anticoagulantes orales a la población más anciana, por las frecuentes corbilidades, polimedicación, insuficiencia renal severa por lo que fueron excluidos de estos estudios.
 - se recomienda que **en los sujetos >75 años, y sobre todo en los >80 años**, debería considerarse la **reducción de la dosis, especialmente con dabigatran**.
- Se recomienda la **monitorización periódica de la función renal**, al menos una vez al año.
- Los pacientes con un **FGE 30-50 mL/min/1,73 m²** necesitan un seguimiento más estrecho de la función renal (3-6 meses según FG), y pueden precisar reducciones de la dosis de la anticoagulación en determinadas situaciones. Esto es especialmente importante en los sujetos >75 años, donde el riesgo de sangrado aumenta de manera significativa.

Recomendaciones específicas de las guías de práctica clínica en pacientes ancianos con FA.

- Se reconoce **el beneficio de la anticoagulación en los pacientes ancianos (>75 años), que es mayor que su riesgo de sangrado**. Sin embargo, muchos médicos no la emplean porque tienen la percepción de que existe un riesgo muy aumentado de sangrados.
- **Salvo sangrado reciente espontáneo o hemorragia intracraneal, se debe plantear la anticoagulación en todo paciente anciano con FA no valvular, incluso en pacientes con demencia leve o caídas ocasionales.**
- El beneficio de la anticoagulación en pacientes con demencia moderada a severa o con caídas frecuentes es incierto.

Proyecto de Tratamiento antitrombótico en los pacientes ancianos con FA tratados en Servicios de Medicina Interna



¿Qué aspectos son conflictivos, por falta de evidencia, en la toma de decisiones clínicas?



Realización de **8 Reuniones Locales** donde se debaten las Controversias propuestas una vez revisada la literatura



Elaboración de conclusiones (Propuestas de actuación)



Elaboración de un Documento de Consenso de la SEMI en el que se recoja el posicionamiento de los internistas ante las situaciones identificadas.

Puntos identificados

1. Si se debería realizar alguna **prueba de imagen cerebral** antes de anticoagular para detectar enfermedad de pequeño vaso.
2. Si se debería considerar una **PA** que desaconseje anticoagular.
3. Si es una contraindicación para AC las **caídas frecuentes**
4. Si existe algún nivel de **deterioro cognitivo** a partir del cual no mereciera la pena AC
5. **Si la concentración de Hb o de plaquetas** influyen a la hora de decidir la necesidad de AC
6. Con qué frecuencia y en qué circunstancias se debe **monitorizar la función renal** en pacientes AC
7. En qué circunstancias se recomienda la **retirada temporal y la definitiva de la AC** en los ancianos

Puntos identificados

1. Si se debe AC a los **pacientes con riesgo elevado de sangrado digestivo** y, en concreto, si en estas circunstancias es mejor la warfarina
2. Cómo influye la **polimedicación y la menor adherencia** al tratamiento en los polimedicados a la hora de elegir el tratamiento AC
3. De qué forma **el peso y la fragilidad debe condicionar la dosis de los NACO** en los ancianos
4. ¿Existen suficientes datos para recomendar por su **eficacia y seguridad los NACO en los ancianos**? Existiría alguna edad a partir de la cual no serían recomendables?
5. ¿Existe algún tipo de paciente anciano con FA candidato a ser tratado con **antiagregantes** en lugar de con anticoagulantes orales por su alto riesgo de sangrado?

Metodología

- ✓ 8 grupos de trabajo (8-10 internistas) representativos de todas las Comunidades Autónomas.
- ✓ 2-3 controversias por grupo (cada controversia discutida al menos en 2 grupos). Total 12 controversias.
- ✓ Revisión literatura y selección 3-5 artículos básicos.
- ✓ Elaboración por cada grupo de sus conclusiones
- ✓ Unificación en un documento de conclusiones.
- ✓ Valoración y sugerencias de modificación por moderadores de cada sesión
- ✓ Aprobación documento final.

Antithrombotic treatment in elderly patients with atrial fibrillation: a practical approach

C. Suárez Fernández, F. Formigá, M. Camafort, J.M. Cepeda Rodríguez, J. Díez-Manglano, A. Pose Reinor, G. Tiberio y J.M. Mostaza, en nombre del Grupo de Trabajo de Riesgo Vascular de la SEMI

Abstract.

Purpose of review: atrial fibrillation (AF) in the elderly is a complex condition. It has a direct impact on the underuse of antithrombotic therapy reported in this population. In this manuscript, the available evidence about the management of anticoagulation in elderly patients with AF is reviewed. In addition, specific practical recommendations about different controversial issues (i.e. patients with anemia, thrombocytopenia, risk of gastrointestinal bleeding, renal dysfunction, cognitive impairment, risk of falls, poly medication, fragility, etc.) are provided.

Recent findings: all patients aged ≥ 75 years with AF have an individual yearly risk of thrombo-embolism $>4\%$. However, the risk of hemorrhage is also increased. Moreover, in this population it is common the presence of other comorbidities, cognitive disorders, risk of falls and poly medication. This may lead to an underuse of anticoagulant therapy. Direct oral anticoagulants (DOACs) are at least as effective as conventional therapy, but with lesser risk of intracranial hemorrhage. The simplification of treatment with these drugs may be an advantage in patients with cognitive impairment.

Summary: The great majority of elderly patients with AF should receive anticoagulant therapy, unless an unequivocal contraindication. DOACs may be the drugs of choice in many elderly patients with AF.

Keywords: anticoagulation; antithrombotic therapy; apixaban; atrial fibrillation; dabigatran; direct oral anticoagulants; edoxaban; elderly; rivaroxaban; warfarin.

Table 3. Main recommendations performed in elderly patients with AF.

- Except when the risk of bleeding is very high, anticoagulation is required to prevent the risk of stroke in elderly patients with AF.
- Antiplatelet agents should only be considered in those patients who reject taking anticoagulants and have concomitant vascular disease.
- It is essential to identify those factors that increase the risk of hemorrhage (i.e. high blood pressure, concomitant use of non-steroidal anti-inflammatory drugs, alcohol abuse, etc.) in order to modify them to reduce this risk.
- To reduce the risk of gastrointestinal bleeding in patients taking anticoagulants, VKA should be carefully controlled over time. In case of treatment with DOACs, dosage should be carefully prescribed according to age (dabigatran and apixaban) and creatinine clearance (dabigatran, rivaroxaban and apixaban). The use of non-steroidal anti-inflammatory drugs or antiplatelet agents as well as alcohol abuse should be avoided.
- In patients with platelet count $>100,000/dL$, anticoagulation can be normally prescribed. If platelet count is between $50,000$ and $100,000/dL$, risk/benefit ratio should be carefully individualized.
- Anemia by itself should not be considered as an absolute contraindication for initiating anticoagulation, but a strict control and follow-up should be performed.
- DOACs can be safely used in patients with moderate renal dysfunction, but dose adjustment is required. VKA can be used regardless renal function.
- Dementia by itself should not be considered as an absolute contraindication for anticoagulation. Factors such as the severity of dementia, quality of life, life expectancy, and the presence of other comorbidities should also be considered. These factors should be periodically reevaluated.
- In patients at risk of frequent falls with a CHADS₂ score ≥ 3 , the beneficial effect of anticoagulation is higher than the risk of intracranial hemorrhage. By contrast, in those patients with a CHADS₂ score < 2 and frequent falls, anticoagulation should be avoided. In this context, it is reasonable to recommend the use of DOACs over VKA.
- Reducing blood pressure to recommended targets ($<160/90$ mmHg, preferably $<140/90$ mmHg when tolerated) is mandatory in elderly patients with AF.
- It is not recommended to perform a cranial computed tomography or magnetic resonance in all elderly patients who require anticoagulation.
- Fragility by itself should not contraindicate the use of anticoagulants, but particular caution should be taken in this population

Proyecto de Tratamiento antitrombótico en los pacientes ancianos con FA tratados en Servicios de Medicina Interna



¿Qué aspectos son conflictivos, por falta de evidencia, en la toma de decisiones clínicas?



Realización de **8 Reuniones Locales** donde se debaten las Controversias propuestas una vez revisada la literatura



Elaboración de conclusiones (Propuestas de actuación)

Elaboración de un Documento de Consenso de la SEMI en el que se recoja el posicionamiento de los internistas ante las situaciones identificadas.



Pregunta 2ª

¿Debería garantizarse un mínimo control mantenido de la HTA antes de indicar un tratamiento antitrombótico en un paciente anciano? ¿Qué nivel de PA debería desaconsejar su uso?

- Una PA $\geq 180/100$ mmHg obligaría a diferir el inicio de la anticoagulación hasta su reducción a valores de PA $< 160/90$ mmHg, Esta demora debería ser lo más corta posible. En un paciente ya anticoagulado, debería lograrse su reducción en pocos días.
- Ante una PA mal controlada en un anciano anticoagulado, o ante gran variabilidad de las cifras de PA, debería realizarse una MAPA dada la alta frecuencia de reacción de alerta.
- El objetivo de PA a alcanzar en un anciano hipertenso anticoagulado es como mínimo $<160/90$ mmHg siendo aconsejable reducir a cifras $<140/90$ mmHg, hasta valores lo más bajos posibles que el paciente tolere.
- Es imprescindible evaluar la adherencia terapéutica antes de establecer modificaciones en el tratamiento.
- Es necesaria la monitorización cercana de la PA en los hipertensos ancianos anticoagulados. La AMPA (al menos cada 15 días) debería ser el método de elección en aquellos casos en los que el paciente o el cuidador puedan realizarla. En caso contrario es aconsejable su control en consultas de AP al menos una vez al mes.

Pregunta 2ª

¿Debería garantizarse un mínimo control mantenido de la HTA antes de indicar un tratamiento antitrombótico en un paciente anciano? ¿Qué nivel de PA debería desaconsejar su uso?

Recomendación:

- Una PA $\geq 180/100$ mmHg obligaría a diferir el inicio de la anticoagulación hasta su reducción a valores de PA $< 160/90$ mmHg,
- La MAPA y la AMPA juegan un papel importante en el anciano anticoagulado para garantizar control
- La monitorización periódica de la PA en el domicilio o centro de salud debe realizarse al menos una vez al mes.

Pregunta 2ª

¿Debería garantizarse un mínimo control mantenido de la HTA antes de indicar un tratamiento antitrombótico en un paciente anciano? ¿Qué nivel de PA debería desaconsejar su uso?

REFERENCIAS

1. Arima H, Anderson C, Omae T, Woodward M, MacMahon S, Mancia G, Bousser MG, Tzourio C, Rodgers A, Neal B, Chalmers J; Perindopril Protection Against Recurrent Stroke Study (PROGRESS) Collaborative Group. Effects of blood pressure lowering on intracranial and extracranial bleeding in patients on antithrombotic therapy: the PROGRESS trial. *Stroke*. 2012 Jun;43(6):1675-7. doi: 10.1161/STROKEAHA.112.651448. Epub 2012 Apr 24.
2. Arima H, Tzourio C, Anderson C, Woodward M, Bousser MG, MacMahon S, Neal B, Chalmers J; PROGRESS Collaborative Group. Effects of perindopril-based lowering of blood pressure on intracerebral hemorrhage related to amyloid angiopathy: the PROGRESS trial. *Stroke*. 2010 Feb;41(2):394-6. doi: 10.1161/STROKEAHA.109.563932. Epub 2009 Dec 31.
3. Berwaerts J, Webster J. Analysis of risk factors involved in oral-anticoagulant-related intracranial haemorrhages. *QJM*. 2000 Aug;93(8):513-21.
4. Chalmers J. Trials on blood pressure-lowering and secondary stroke prevention. *Am J Cardiol*. 2003 May 22;91(10A):3G-8G.
5. Fric-Shamji EC, Shamji MF, Cole J, Benoit BG. Modifiable risk factors for intracerebral hemorrhage: study of anticoagulated patients. *Can Fam Physician*. 2008 Aug;54(8):1138-1139, 139.e1-4.
6. Garcia DA, Witt DM, Hylek E, Wittkowsky AK, Nutescu EA, Jacobson A, Moll S, Merli GJ, Crowther M, Earl L, Becker RC, Oertel L, Jaffer A, Ansell JE; Anticoagulation Forum. Delivery of optimized anticoagulant therapy: consensus statement from the Anticoagulation Forum. *Ann Pharmacother*. 2008 Jul;42(7):979-88. doi: 10.1345/aph.1L098. Epub 2008 Jun 17.
7. García-Rodríguez LA, Gaist D, Morton J, Cookson C, González-Pérez A. Antithrombotic drugs and risk of hemorrhagic stroke in the general population. *Neurology*. 2013 Aug 6;81(6):566-74. doi: 10.1212/WNL.0b013e31829e6ffa. Epub 2013 Jul 10.
8. Goldstein LB, Bushnell CD, Adams RJ, Appel LJ, Braun LT, Chaturvedi S, Creager MA, Culebras A, Eckel RH, Hart RG, Hinchey JA, Howard VJ, Jauch EC, Levine SR, Meschia JF, Moore WS, Nixon JV, Pearson TA; American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular Nursing; Council on Epidemiology and Prevention; Council for High Blood Pressure Research; Council on Peripheral Vascular Disease, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research. Guidelines for the primary prevention of stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2011 Feb;42(2):517-84. doi: 10.1161/STR.0b013e3181fcb238. Epub 2010 Dec 2.
9. Gregory Y.H. Lip, Lars Frison, and Margaretha Grind on behalf of the SPORTIF Investigators. Effect of hypertension on anticoagulated patients with atrial fibrillation. *European Heart Journal* (2007) 28, 752–759
10. Hagi J, Tomita H, Metoki N, Saito S, Shioto H, Hitomi H, Kamada T, Seino S, Takahashi K, Baba Y, Sasaki S, Uchizawa T, Iwata M, Matsumoto S, Osanai T, Yasujima M, Okumura K. Characteristics of intracerebral hemorrhage during rivaroxaban treatment: comparison with those during warfarin. *Stroke*. 2014 Sep;45(9):2805-7. doi: 10.1161/STROKEAHA.114.006661. Epub 2014 Jul 31.
11. Huber J, Stöllberger C, Finsterer J, Schneider B, Länger T. Quality of blood pressure control and risk of cerebral bleeding in patients with oral anticoagulation. *Acta Med Austriaca*. 2003;30(1):6-9.
12. Palareti G, Cosmi B. Bleeding with anticoagulation therapy - who is at risk, and how best to identify such patients. *Thromb Haemost*. 2009 Aug;102(2):268-78. doi: 10.1160/TH08-11-0730.
13. Patel MR, Mahaffey KW, Garg J, et al. Rivaroxaban. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. Supplementary Appendix. *N Engl J Med* 2011;365:883-91. DOI: 10.1056/NEJMoa1009638.
14. Pisters R, Lane DA, Nieuwlaart R, de Vos CB, Crijns HJ, Lip GY. A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation: the Euro Heart Survey. *Chest*. 2010 Nov;138(5):1093-100. doi: 10.1378/chest.10-0134. Epub 2010 Mar 18.
15. Ratnasabapathy Y, Lawes CM, Anderson CS. The Perindopril Protection Against Recurrent Stroke Study (PROGRESS): clinical implications for older patients with cerebrovascular disease. *Drugs Aging*. 2003;20(4):241-51.
16. Toyoda K, Yasaka M, Uchiyama S, Nagao T, Gotoh J, Nagata K, Koretsune Y, Sakamoto T, Iwade K, Yamamoto M, Takahashi JC, Minematsu K; Bleeding with Antithrombotic Therapy (BAT) Study Group. Blood pressure levels and bleeding events during antithrombotic therapy: the Bleeding with Antithrombotic Therapy (BAT) Study. *Stroke*. 2010 Jul;41(7):1440-4. doi: 10.1161/STROKEAHA.110.580506. Epub 2010 May 20.

Pregunta 3º

¿Qué tipo de tratamiento antitrombótico sería el de elección en un anciano con historia de caídas de repetición en el último año?

- El antecedente de caídas frecuentes obliga a **identificar y corregir todos los factores modificables** asociados a las mismas (fármacos, hipotensión ortostática, trastornos visuales etc.) **antes de iniciar el tratamiento antitrombótico**

Pregunta 3º

¿Qué tipo de tratamiento antitrombótico sería el de elección en un anciano con historia de caídas de repetición en el último año?

- El antecedente de caídas frecuentes obliga a identificar y corregir todos los factores modificables asociados a las mismas (fármacos, hipotensión ortostática, trastornos visuales etc.) antes de iniciar el tratamiento antitrombótico
- Una vez corregidos, no existe ningún argumento en base al que modificar la pauta de tratamiento antitrombótico indicada.

Pregunta 3º

¿Qué tipo de tratamiento antitrombótico sería el de elección en un anciano con historia de caídas de repetición en el último año?

- El antecedente de caídas frecuentes obliga a identificar y corregir todos los factores modificables asociados a las mismas (fármacos, hipotensión ortostática, trastornos visuales etc.) antes de iniciar el tratamiento antitrombótico
- Una vez corregidos, no existe ningún argumento en base al que modificar la pauta de tratamiento antitrombótico indicada.
- En caso **de no ser identificados factores corregibles, debe individualizarse la decisión** de prescribir tratamiento antitrombótico. La toma de decisiones debe basarse en un análisis de riesgo de hemorragia intracraneal (HIC) post-traumática vs el riesgo de ictus embólico y/o embolismo sistémico.

Pregunta 3º

¿Qué tipo de tratamiento antitrombótico sería el de elección en un anciano con historia de caídas de repetición en el último año?

- La incidencia de HIC en el paciente anticoagulado, aún con riesgo de caídas, es baja. En términos absolutos, este exceso de riesgo conferido por la anticoagulación está sobrepasado por los ictus que se previenen con el tratamiento en pacientes en los que el riesgo de ictus es alto.

Pregunta 3º

¿Qué tipo de tratamiento antitrombótico sería el de elección en un anciano con historia de caídas de repetición en el último año?

- Aunque el riesgo de HIC en los pacientes anticoagulados está incrementado en aquellos pacientes con riesgo elevado de caídas, y la mortalidad tras una HIC también es mayor entre los anticoagulados que en los pacientes que no lo están, la incidencia de HIC en el paciente anticoagulado, aún con riesgo de caídas, es baja. En términos absolutos, este exceso de riesgo conferido por la anticoagulación está sobrepasado por los ictus que se previenen con el tratamiento en pacientes en los que el riesgo de ictus es alto.
- En aquellos pacientes con CHAD_{s2} de al menos 3 puntos, el beneficio de anticoagular, medido por la reducción en la incidencia de ictus, IAM, y mortalidad total es mayor que el riesgo, mientras que en aquellos con CHAD_{s2} <2 debería evitarse.

Pregunta 3º

¿Qué tipo de tratamiento antitrombótico sería el de elección en un anciano con historia de caídas de repetición en el último año?

- La incidencia de HIC en el paciente anticoagulado, aún con riesgo de caídas, es baja. En términos absolutos, este exceso de riesgo conferido por la anticoagulación está sobrepasado por los ictus que se previenen con el tratamiento en pacientes en los que el riesgo de ictus es alto.
- En aquellos pacientes con CHAD_{s2} de al menos 3 puntos, el beneficio de anticoagular, medido por la reducción en la incidencia de ictus, IAM, y mortalidad total es mayor que el riesgo, mientras que en aquellos con CHAD_{s2} <2 debería evitarse.
- Si a pesar de un CHADS₂ ≥3 el paciente anticoagulado sufriera una HIC post-traumática debería suspenderse el tratamiento anticoagulante de forma indefinida.

Pregunta 3º

¿Qué tipo de tratamiento antitrombótico sería el de elección en un anciano con historia de caídas de repetición en el último año?

- En aquellos pacientes con CHAD_{s2} de al menos 3 puntos, el beneficio de anticoagular, medido por la reducción en la incidencia de ictus, IAM, y mortalidad total es mayor que el riesgo, mientras que en aquellos con CHAD_{s2} <2 debería evitarse.
- Si a pesar de un CHADS₂ ≥3 el paciente anticoagulado sufriera una HIC post-traumática debería suspenderse el tratamiento anticoagulante de forma indefinida.
- **Todos los AADs, comparados con warfarina, mostraron un menor riesgo de HIC (RR 0.31-0.67, según el fármaco concreto). Además, las HIC traumáticas fueron menores con dabigatrán que con warfarina (n: 11; 0.09%-año vs n: 24; 0.2%-año, respectivamente; p 0.05). En la actualidad no están publicados estos resultados con los otros AAD.**

Pregunta 3º

¿Qué tipo de tratamiento antitrombótico sería el de elección en un anciano con historia de caídas de repetición en el último año?

- **Recomendación:**

- En pacientes con caídas frecuentes se deben identificar y corregir sus posibles causas.
- No se debe desaconsejar la anticoagulación por un riesgo aumentado de caídas si existe clara indicación de anticoagular.
- Desde una perspectiva de riesgo-beneficio, parece razonable sugerir que en pacientes con riesgo elevado de caídas que requieran ser anticoagulados se utilice un AAD.

Pregunta 3º

¿Qué tipo de tratamiento antitrombótico sería el de elección en un anciano con historia de caídas de repetición en el último año?

REFERENCIAS:

1. Donzé J, Clair C, Hug B, Rodondi N, Waeber G, Cornuz J, Aujesky D. Risk of falls and major bleeds in patients on oral anticoagulation therapy. *Am J Med.* 2012 Aug;125(8):773-8. doi: 10.1016/j.amjmed.2012.01.033.
2. Gage BF, Birman-Deych E, Kerzner R, Radford MJ, Nilasena DS, Rich MW. Incidence of intracranial hemorrhage in patients with atrial fibrillation who are prone to fall. *Am J Med.* 2005 Jun;118(6):612-7.
3. Hankey GJ, Stevens SR, Piccini JP, Lokhnygina Y, Mahaffey KW, Halperin JL, Patel MR, Breithardt G, Singer DE, Becker RC, Berkowitz SD, Paolini JF, Nessel CC, Hacke W, Fox KA, Califf RM; ROCKET AF Steering Committee and Investigators. Intracranial hemorrhage among patients with atrial fibrillation anticoagulated with warfarin or rivaroxaban: the rivaroxaban once daily, oral, direct factor Xa inhibition compared with vitamin K antagonism for prevention of stroke and embolism trial in atrial fibrillation. *Stroke.* 2014 May;45(5):1304-12. doi: 10.1161/STROKEAHA.113.004506. Epub 2014 Apr 17.
4. Inui TS, Parina R, Chang DC, Inui TS, Coimbra R. Mortality after ground-level fall in the elderly patient taking oral anticoagulation for atrial fibrillation/flutter: a long-term analysis of risk versus benefit. *J Trauma Acute Care Surg.* 2014 Mar;76(3):642-9; discussion 649-50. doi: 10.1097/TA.000000000000138.
5. O'Brien EC, Holmes DN, Ansell JE, Allen LA, Hylek E, Kowey PR, Gersh BJ, Fonarow GC, Koller CR, Ezekowitz MD, Mahaffey KW, Chang P, Peterson ED, Piccini JP, Singer DE. Physician practices regarding contraindications to oral anticoagulation in atrial fibrillation: findings from the Outcomes Registry for Better Informed Treatment of Atrial Fibrillation (ORBIT-AF) registry. *Am Heart J.* 2014 Apr;167(4):601-609.e1. doi: 10.1016/j.ahj.2013.12.014. Epub 2014 Jan 4.
6. Poli D, Antonucci E, Testa S, Tosetto A, Ageno W, Palareti G; Italian Federation of Anticoagulation Clinics. Bleeding risk in very old patients on vitamin K antagonist treatment: results of a prospective collaborative study on elderly patients followed by Italian Centres for Anticoagulation. *Circulation.* 2011 Aug 16;124(7):824-9. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.007864. Epub 2011 Aug 1.
7. Pieracci FM, Eachempati SR, Shou J, Hydo LJ, Barie PS. Use of long-term anticoagulation is associated with traumatic intracranial hemorrhage and subsequent mortality in elderly patients hospitalized after falls: analysis of the New York State Administrative Database. *J Trauma.* 2007 Sep;63(3):519-24.
8. Robert G. Hart, MD; Hans-Christoph Diener, MD; Sean Yang, MSc; Stuart J. Connolly, MD; Lars Wallentin, MD; Paul A. Reilly, PhD; Michael D. Ezekowitz, DPhil; Salim Yusuf, DP. Intracranial Hemorrhage in Atrial Fibrillation Patients During Anticoagulation With Warfarin or Dabigatran. The RE-LY Trial. Original Contributions; Clinical Sciences. Received January 11, 2012. Accepted February 22, 2012.. © 2012 American Heart Association, Inc. *Stroke.* 2012;43:1511-1517; originally published online April 5, 2012

Proyecto de Tratamiento antitrombótico en los pacientes ancianos con FA tratados en Servicios de Medicina Interna



Cómo son nuestros pacientes, y qué necesitamos saber para tratarlos lo mejor posible?



Descripción de nuestros pacientes



Registro de pacientes con FA >75 años atendidos en Servicios de Interna



Estudio NONAVASC: Registro de pacientes ancianos con enfermedad vascular
Dr. Miguel Camafort Babkowski
Servicio de Medicina Interna
Hospital Clinic. Barcelona.

