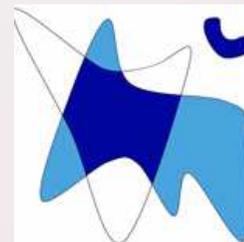


Cambiando el paradigma en la prevención del ictus en fibrilación auricular



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

Prevalencia de FA en España según edad. Estudio Val-FAAP

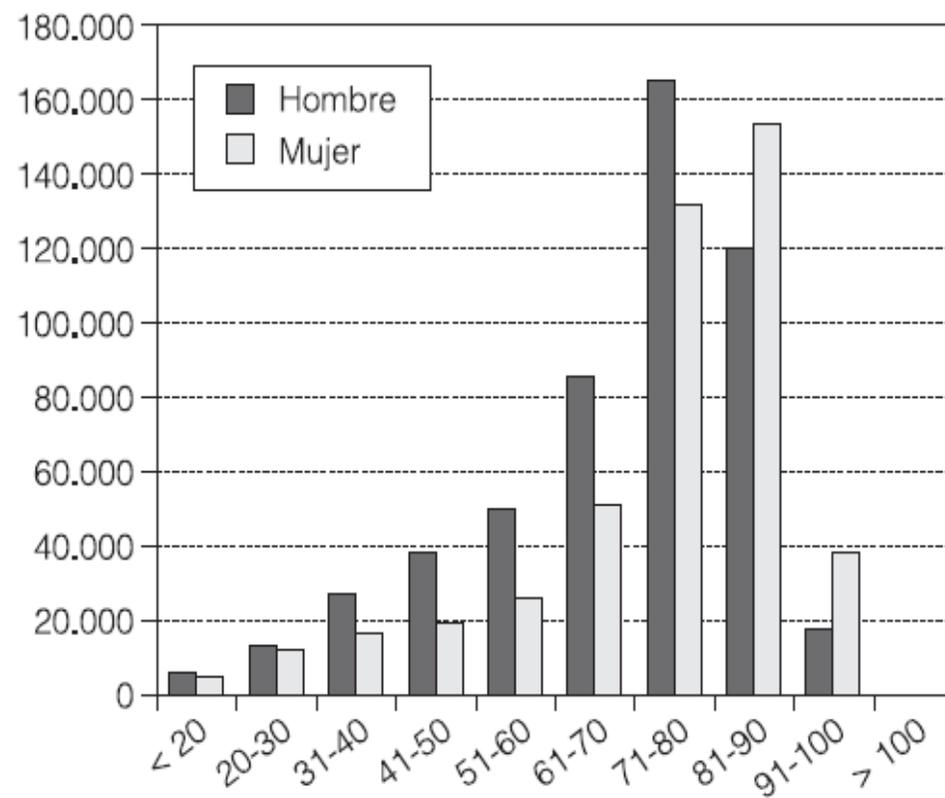
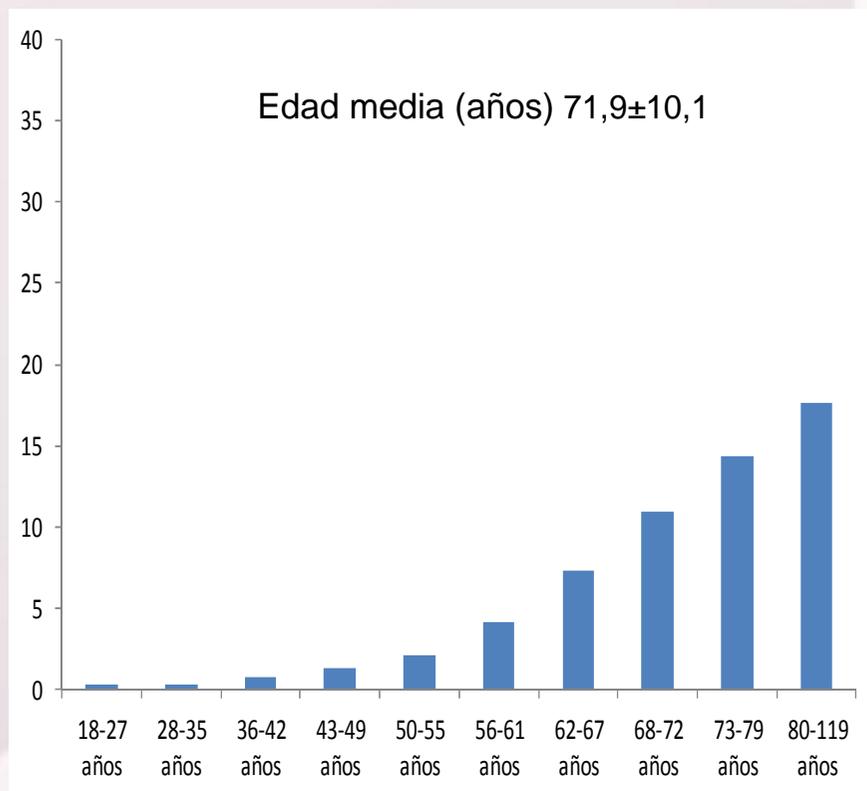


Figura 1 Distribución por edad y sexo de los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna los años 2005-2006.

XXXIV Congreso Nacional de la
 Sociedad Española de Medicina Interna
 (SEMI)

XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza
 de Medicina Interna (SADEMI)

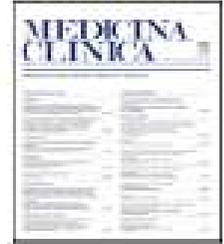
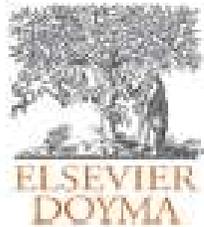
21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. **Málaga**

Tabla 5 Diagnósticos secundarios más frecuentes

CIE-9	Diagnósticos	N.º de pacientes (%)
401.9	Hipertensión arterial	286.495 (29,1%)
250.0	Diabetes mellitus	255.022 (25,9%)
427.3	Fibrilación auricular	199.000 (20,2%)
272.0, 272.4	Hipercolesterolemia	106.738 (10,9%)
305.1	Tabaquismo	93.477 (9,5%)
278.0	Obesidad	67.124 (6,8%)
290.xx	Demencia	56.156 (5,7%)
303; 305.0; V11.8	Alcohol	31.140 (3,2%)

CIE: clasificación internacional de enfermedades.





Original

Prevalencia de la fibrilación auricular y factores relacionados en pacientes ancianos hospitalizados: estudio ESFINGE

Alfonso López Soto^{a,*}, Francesc Formiga^b, Xavier Bosch^a y Javier García Alegría^c,
en representación de los investigadores del estudio ESFINGE[◇]

^a Servicio de Medicina Interna, Instituto Clínico de Medicina y Dermatología, Hospital Clínic de Barcelona, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^b Servicio de Medicina Interna, Instituto de Investigación de Bellvíge (IDIBELL), Hospital Universitario de Bellvíge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^c Servicio de Medicina Interna, Hospital Costa del Sol, Málaga, España

- Prevalencia de FA mayor del 31%
- Edad media 82 años
- Mayoritariamente por enfermedad valvular y cardiopatía HTA
- Causa del ingreso: >50% causa CV (35% IC, 10% FA)
- Mortalidad cercana al 10%: ICC (29%), IAM (11%), ictus (13%)....

Diagnóstico principal, factores de riesgo y comorbilidad de los pacientes con fibrilación auricular (N = 922)

	Pacientes	Porcentaje
<i>Diagnóstico principal al ingreso</i>		
Enfermedad cardiovascular	464	50,3
Patología infecciosa	198	21,5
EPOC	53	5,7
Patología digestiva	54	5,9
Neoplasias	27	2,9
Enfermedad hematológica	24	2,6
Insuficiencia renal	19	2,1
Otras	79	8,6
<i>Factores de riesgo vascular</i>		
Antecedentes familiares	58	6,3
Tabaquismo activo	46	5
Ex fumador	277	30
Hipertensión arterial	740	80,3
Dislipidemia	336	36,4
Diabetes mellitus	352	38,2
<i>Comorbilidad no cardiaca</i>		
Insuficiencia renal*	351	38,1
Enfermedad pulmonar	352	38,2
Hipertiroidismo	21	2,27
Hipotiroidismo	66	7,2

*Filtrado glomerular < 60 ml/min.

Principales tratamientos concomitantes en los 3 meses previos al ingreso (N = 881)

	Pacientes	Porcentaje
<i>Prevención tromboembólica</i>	813	92,3
Antagonistas vitamina K	499	56,6
Ácido acetilsalicílico	242	27,5
Otros antiagregantes	0,72	8,1
<i>Diuréticos</i>	651	70,6
<i>Inhibidores de la ECA</i>	368	39,9
<i>Estatinas</i>	291	31,6
<i>Antagonistas receptor ATII</i>	228	24,7
<i>Antidiabéticos orales</i>	225	24,4
<i>Insulina</i>	113	12,3
<i>Antagonistas del calcio</i>	102	11,1
<i>Otros hipolipidemiantes</i>	57	6,2
<i>Otros antihipertensivos</i>	53	5,7

TOP 10

Meds Linked to Hospitalizations for Adverse Drug Events in Older Americans

10. Renin-angiotensin inhibitors	(2.9%)
9. Antiadrenergic agents	(2.9%)
8. Antineoplastics	(3.3%)
7. Digoxin	(3.5%)
6. Antibiotics	(4.2%)
5. Opioid analgesics	(4.8%)
4. Oral hypoglycemic agents	(10.7%)
3. Oral antiplatelet agents	(13.3%)
2. Insulins	(13.9%)
1. Warfarin	(33.3%)

Fármacos implicados en el ingreso hospitalario por sus efectos adversos.



Efectos de los NACO en comparación con warfarina en FANV

	RE-LY		ROCKET AF	ARISTOTLE	ENGAGE
	Dabigatrán 110 mg dos veces al día	Dabigatrán 150 mg dos veces al día	Rivaroxabán 20 mg una vez al día	Apixabán 5 mg dos veces al día	Edoxaban 60/30 una vez al día
En todos los ensayos, reducción de ictus y embolia sistémica (superior o no inferior)	X	X	X	X	X
Reducción de hemorragia grave	X			X	X
Reducción de hemorragia intracraneal	X	X	X	X	X
Reducción de ictus isquémico		X			X
Reducción de hemorragia mortal		X	X		X
Aumento de IM		±			
Reducción de mortalidad por cualquier causa				X	X
Reducción de mortalidad cardiovascular					X
Reducción de hemorragia digestiva				X	

Ventajas de nuevos ACOS

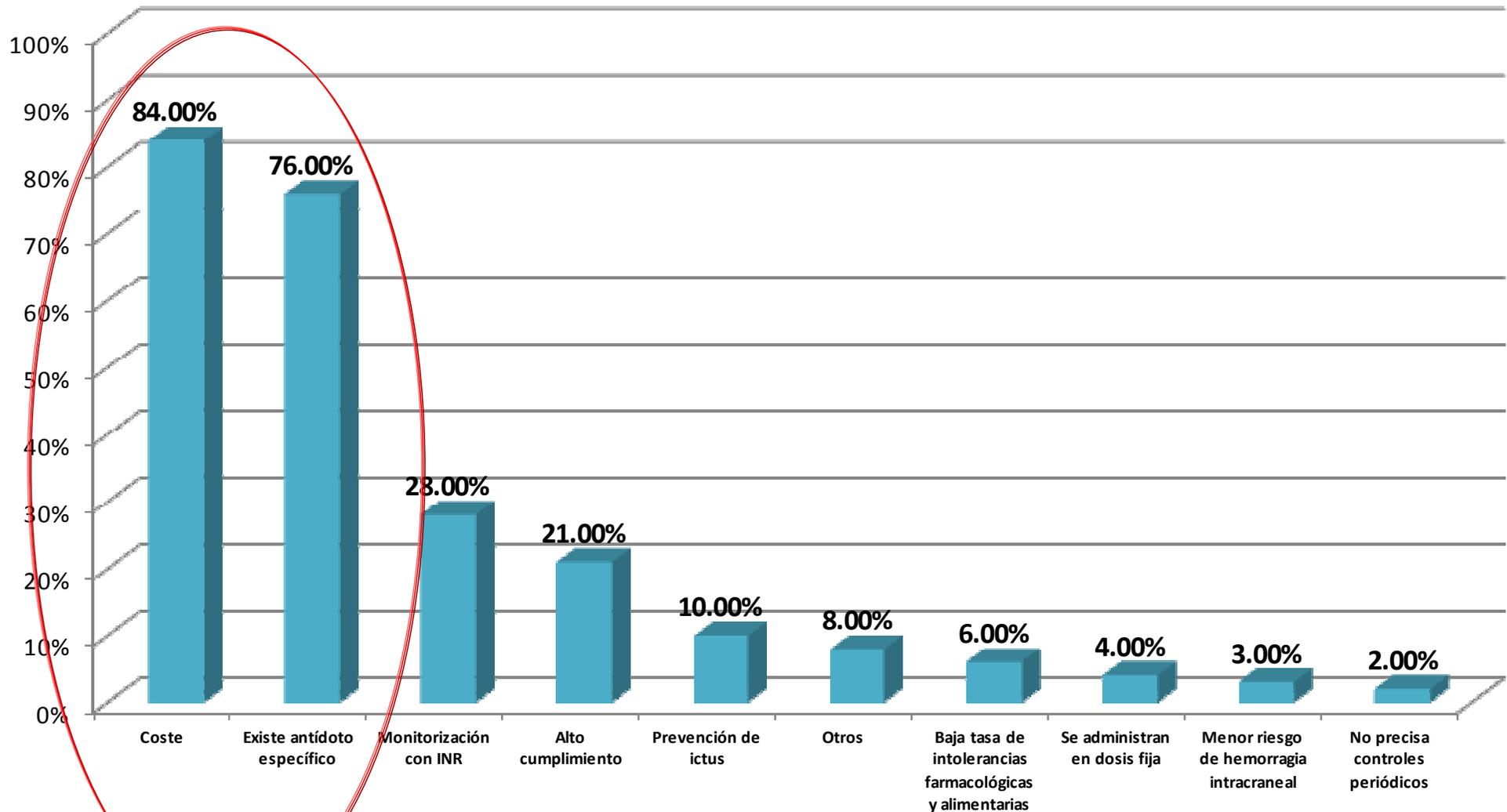
- Igualdad o superioridad en eficacia,
- Igual o más de seguros al tratamiento convencional.
- Son una opción simple y segura
- Rápida presentación de la acción: no precisan de otro fármaco en la fase aguda.
- Vida media corta – útil en sobredosificación.
- No precisan monitorización.
- Interacciones muy escasas.

AVK vs NACO: beneficios. Opinión del internista

XXXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI)

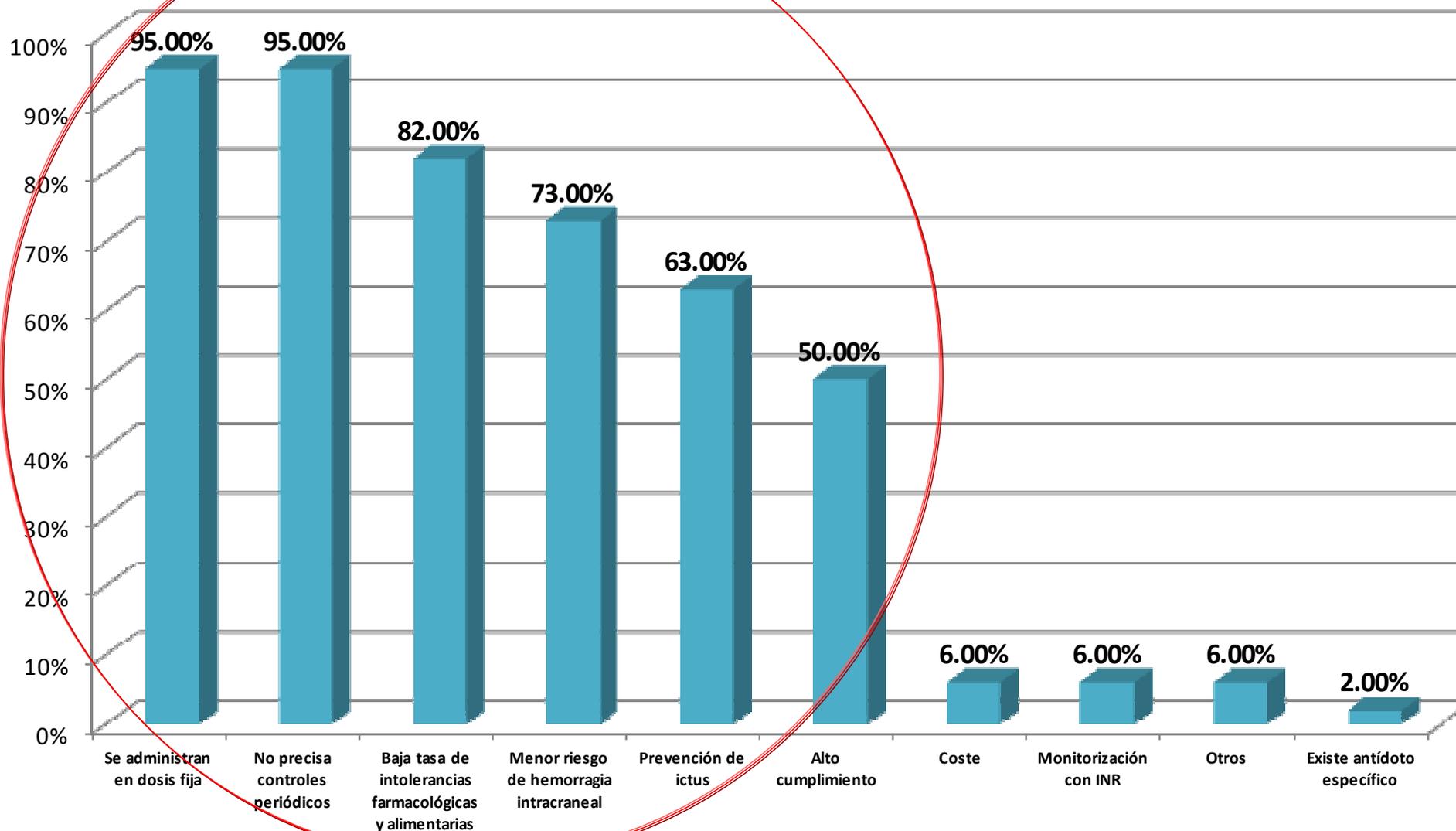
Beneficios antagonistas Vit. K frente nuevos Anticoagulantes Orales



Estudio OPORTUNIDAD

NACO vs AVK: beneficios. Opinión del internista

Beneficios nuevos Anticoagulantes Orales frente antagonistas Vit. K



¿Qué le preocupa al internista de los NACO?

- La falta de información en pacientes de edad avanzada, bajo peso y/o pluripatológicos. La representatividad de nuestros pacientes en los ensayos.
- El que no se monitorice la función renal con la frecuencia requerida o en los momentos indicados, en pacientes tratados con ellos
- El que el paciente /cuidador no sea consciente de que está con un anticoagulante
- La adherencia
- El precio

Baseline characteristics in AF trials

	RE-LY (Dabigatran)	ROCKET-AF (Rivaroxaban) ²	ARISTOTLE (Apixaban) ³	ENGAGE -AF (Edoxaban) ^{4,5}
N	18,113	14,264	18,201	21,105
Age, yrs mean±SD, median [IQR]	72 ± 9	73 [65–78]	70 [63–76]	72 [64–78]
Comorbid conditions, %				
Prior stroke, TIA	20	55 [#]	19 [#]	28
CHF	32	62	35	58
Hypertension	79	90	88	94
Diabetes	23	40	25	36
Prior MI	16	17	14	12
CHADS ₂ score				
Mean CHADS ₂ score	2.1	3.5	2.1	2.8
CHADS ₂ score ≥3 (%)	32	87	30	52

1. Connolly et al. N Engl J Med 2009;361:1139–1151; 2. Patel et al. N Engl J Med 2011;365:883–891
3. Granger et al. N Engl J Med 2011;365:981–992; 4. Giugliano et al. N Engl J Med 2013; e-pub ahead of print
5. Crin et al. Nat Rev Cardiol 2012;8:1–18

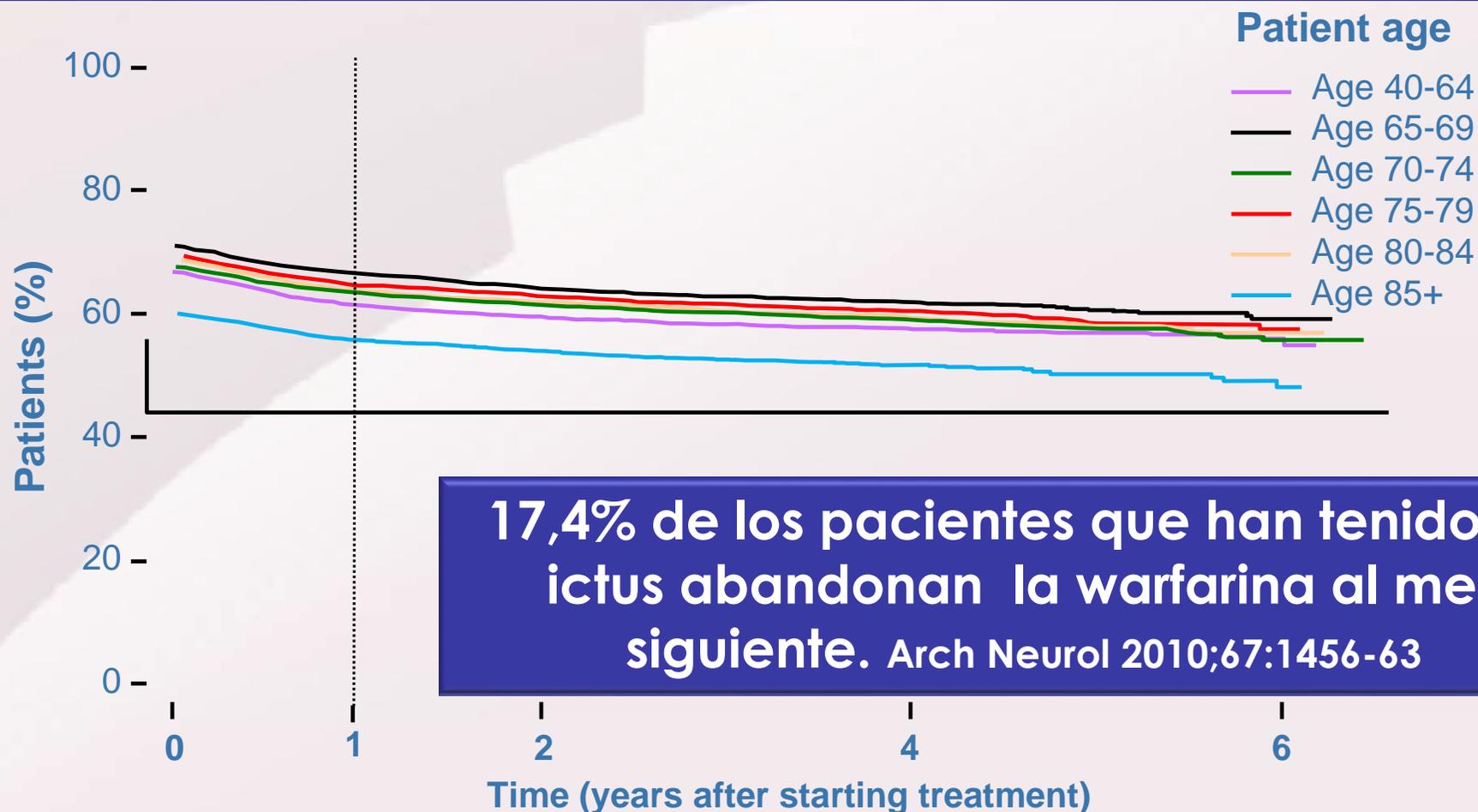
ROCKET-AF: Análisis en el subgrupo **Variable: ictus, embolia sistémica**

- **IR moderada (CI 30-49 ml/m):**
 - **HR (IC 95%) 0,84 (0,57-1,23)**
- **>75 años:**
 - **HR (IC 95%) 0.95 (0.76 – 1.19)**
- **IC:**
 - **HR (IC 95%) 0.74 (0.58 – 0.96)**
- **DM**
 - **HR (IC 95%) 0.74 (0.58 – 1,01)**

Patients stop taking warfarin over time

~30% of AF patients treated with warfarin discontinued within 1 year

(from a total population of 41,910 AF patients in the UK General Practice Research Database)



Analysis of persistence of OACs using evidence from two different observational studies.

US database and a German registry

21-23

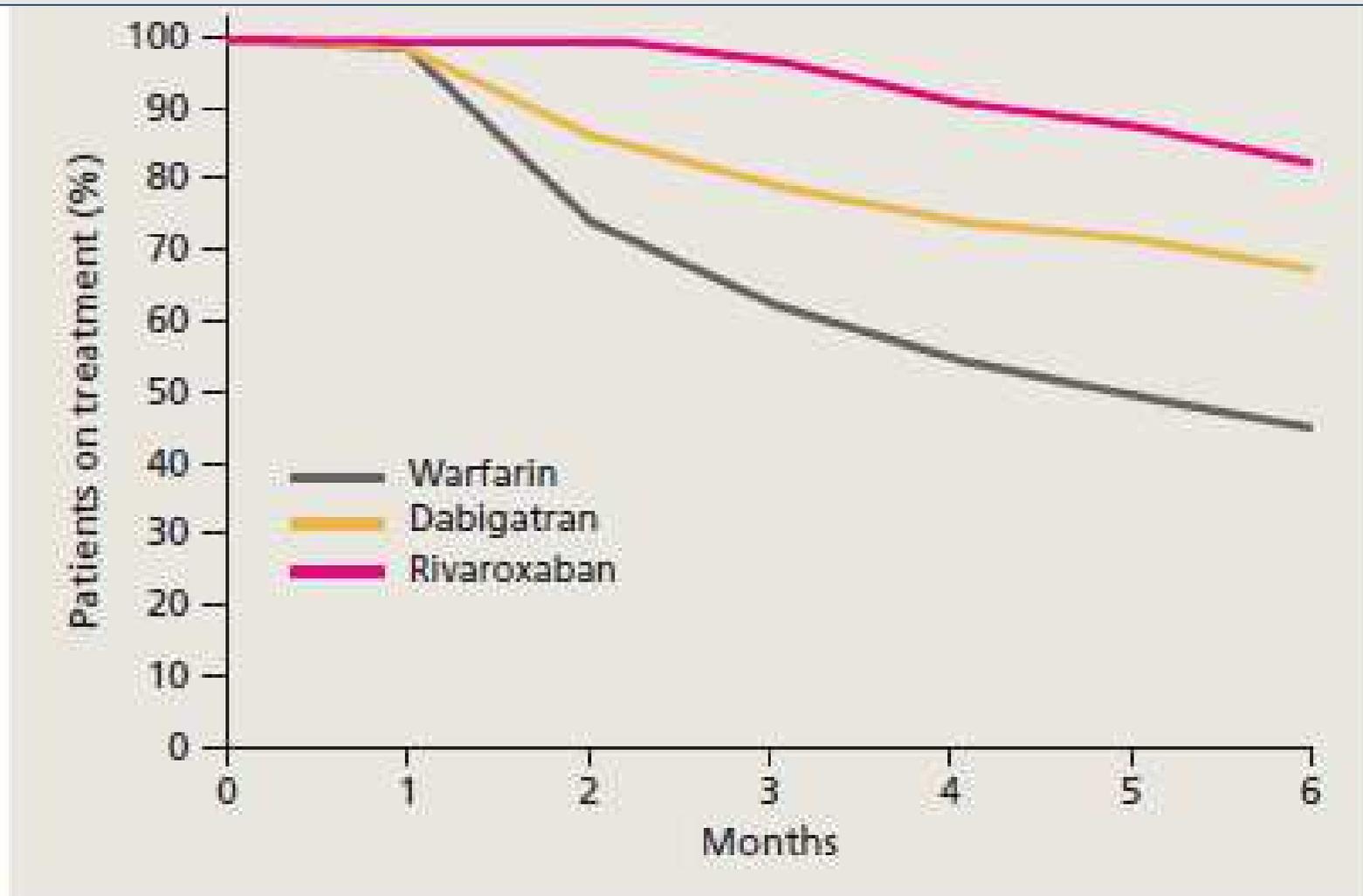


Figure 3. Estimated persistence on initial treatment over the first 6 months of therapy

Estudios de coste-efectividad

CEAs of Newer Anticoagulants

- **18 models published**
 - ◆ 13 dabigatran
 - ◆ 4 rivaroxaban
 - ◆ 4 apixaban
- **Almost all found newer agent to be cost-effective compared with warfarin**

PLoS One 2013;8(4):1e62183

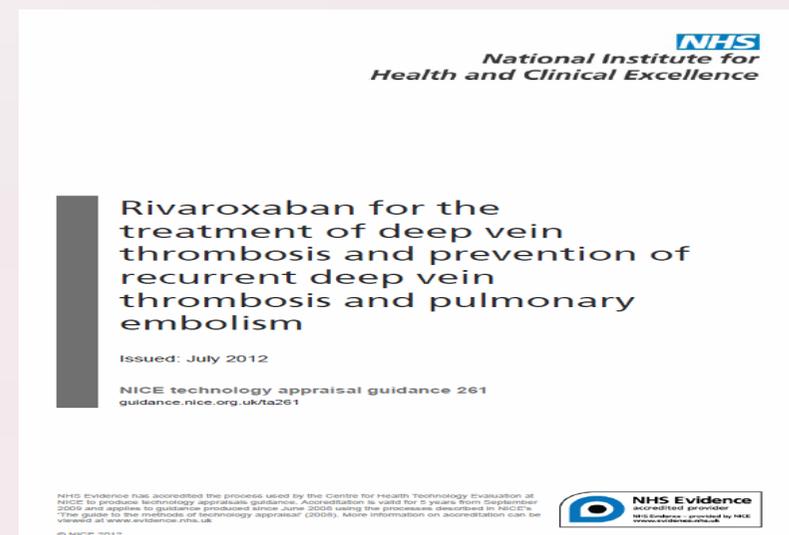
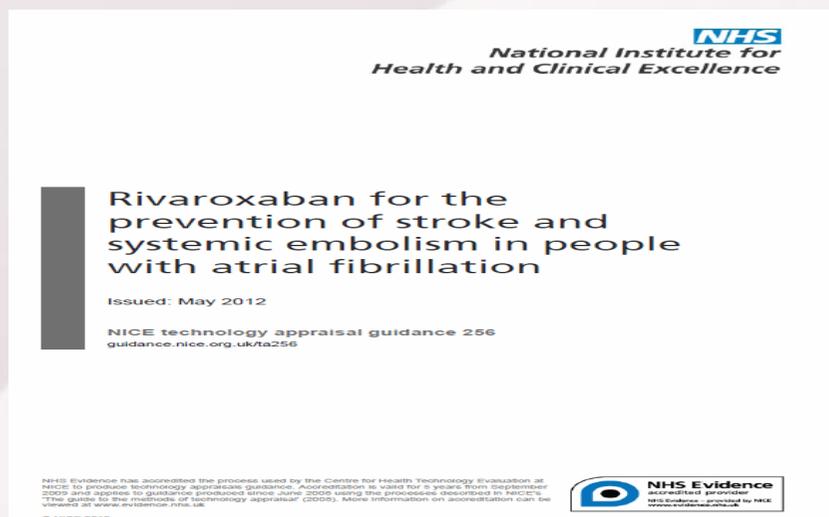
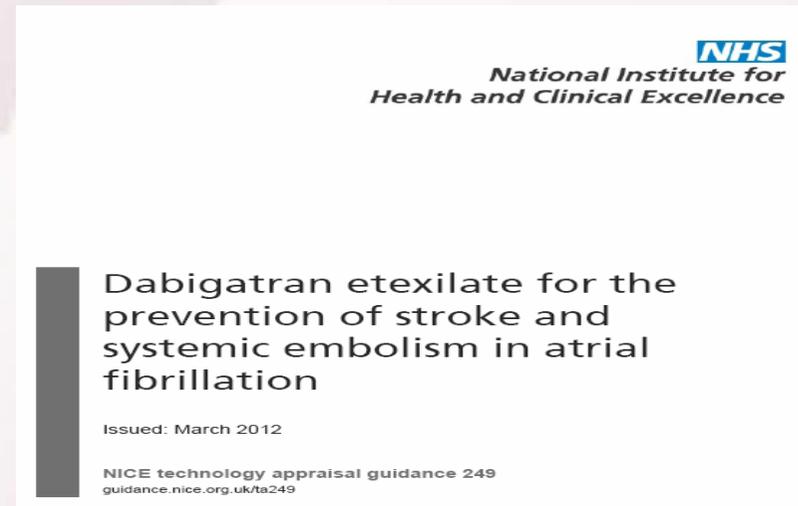
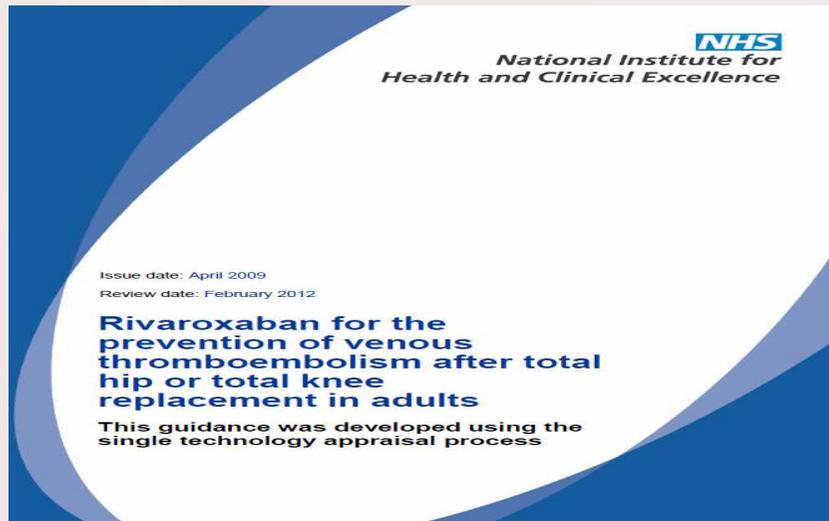
Mark Hlatky



SCIENTIFIC
SESSIONS
20|13

Informes farmacoeconómicos: evaluaciones positivas NICE

21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. Málaga



Cambios esperados

1. Que sea el propio paciente el que solicite un NACO
2. Que se simplifique de forma importante el manejo de los pacientes anticoagulados.
3. Que se reduzca de la presión asistencial (nº de consultas a AP, visitas a urgencias, controles analíticos...)
4. Que disminuya el nº de pacientes antiagregados con indicación de anticoagulación.
5. Que mejore la calidad de vida del paciente