

SITUACIONES CLINICAS CONTROVERTIDAS CASOS REALES

Belén González Glaría
Jesús Martínez Sotelo

I JORNADA

DIRIGIDO A MIEMBROS DE LA SEGG Y SEFH

GERIATRIA
FARMACIA HOSPITALARIA

SEDE:


SaludMadrid
**Hospital Universitario
Ramón y Cajal**

ORGANIZA:


Sociedad Española
de Geriatria y Gerontologia

 **sefh**
Sociedad Española
de Farmacia Hospitalaria

 **fefh**
Fundación Española
de Farmacia Hospitalaria

ANTICOAGULACIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR CRÓNICA EN EDAD MUY AVANZADA

INDICACIÓN/CONTRAINDICACIÓN

CASO 2

SI

I JORNADA

DIRIGIDO A MIEMBROS DE LA SEGG Y SEFH

GERIATRIA
FARMACIA HOSPITALARIA

SEDE:


Hospital Universitario
Ramón y Cajal

ORGANIZA:


Sociedad Española
de Geriatria y Gerontologia


sefh
Sociedad Española
de Farmacia Hospitalaria


fefh
Fundación Española
de Farmacia Hospitalaria

CAUSAS NO ACO EN ANCIANOS

Underuse of Oral Anticoagulation for Individuals with Atrial Fibrillation in a Nursing Home Setting in France: Comparisons of Resident Characteristics and Physician Attitude

Oarda Bahri, MD,* Frederic Roca, MD,* Tarik Lechani, MD,† Laurent Druet, MD, MPH,‡ Jean-Marie Serot, MD, PhD,‡ Eric Boulanger, MD, PhD,† and Philippe Chassagne, MD, PhD*

CONCLUSION

Although one in 10 nursing home residents has AF or a history of AF that should lead to the prescription of anticoagulation treatment, this treatment, which has been proven to prevent thromboembolic events, remains underused (50%). Advanced age, falls, history of bleeding, and paroxysmal AF were the most common conditions associated with withholding anticoagulation in multivariate analysis. For physicians caring for such individuals, geriatric syndromes such as falls and cognitive impairment, rather than age and history of severe bleeding, were the most frequent conditions leading to withholding anticoagulation in individuals with AF. Paroxysmal AF was considered to be a weak indication for anticoagulation prescription. Finally, despite recommendations, nursing home residents with AF were frequently prescribed antiplatelet agents as a substitute for anticoagulants.



Estudio transversal – 10 residencias Francia:

- 50.1% pacientes: no ACO

- 75.7%: antiagregante

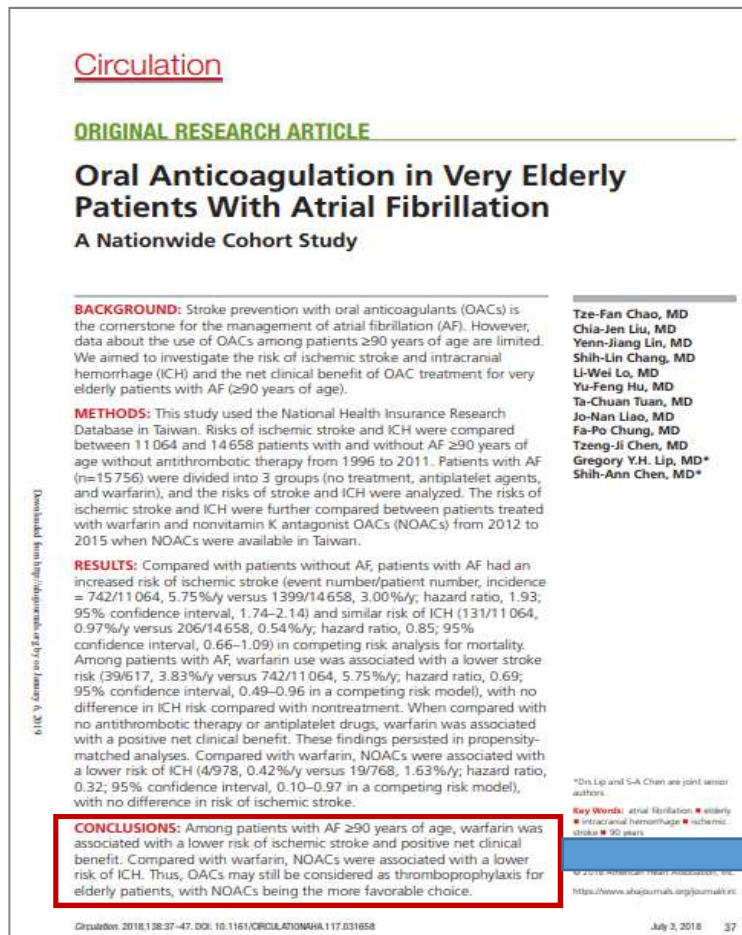
- Motivos: caídas recurrentes, deterioro cognitivo, edad avanzada, antecedentes sangrado y FA paroxística

- Demencia: principales condiciones para no iniciar anticoagulación incluso a pesar de tratarse de un entorno controlado.

- Grupo ancianos con caídas (difícil decision iniciar anticoagulacion): beneficio anticoagulacion >> riesgos caídas.

ANTIACOAGULACION EN > 90 AÑOS

- “MIEDO HEMORRÁGICO” (INSUFICIENTE ANTICOAGULACION EN ANCIANOS / MUY ANCIANOS CON FA (RIESGO AUMENTADO DE ICTUS))
- PACIENTES ANTIAGREGADOS (NO IMPACTO EN LA PREVENCIÓN DEL ICTUS).



Estudio observacional (Taiwan):

- Riesgo ictus isquémico

- Riesgo hemorragia intracraneal

- Beneficio clínico neto de ACO

CONCLUSIONS: Among patients with AF ≥ 90 years of age, warfarin was associated with a lower risk of ischemic stroke and positive net clinical benefit. Compared with warfarin, NOACs were associated with a lower risk of ICH. Thus, OACs may still be considered as thromboprophylaxis for elderly patients, with NOACs being the more favorable choice.

Tze-Fan Chao et al. Oral Anticoagulation in Very Elderly Patients With Atrial Fibrillation A Nationwide Cohort Study. *Circulation*. 2018;138:37–47. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.031658

Alberto Esteban Fernández. ¿Debemos anticoagular a los pacientes mayores de 90 años?. *Cardiología hoy* | Blog. Publicado: 21 marzo 2018.

<https://secardiologia.es/multimedia/blog/9367-debemos-anticoagular-a-los-pacientes-mayores-de-90-anos>

ANTICOAGULACIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR CRÓNICA EN EDAD MUY AVANZADA. CASO 2: PIEDAD, 90 años

ANTECEDENTES PERSONALES

- HTA
- DM2
- Dislipemia
- Hiperuricemia
- Cardiopatía Hipertensiva y valvular degenerativa: estenosis aórtica leve/moderada en 2012
- Enfermedad renal crónica 3b. Anemia nn
- Neoplasia vesical desde 2016, instilaciones de MMC

TRATAMIENTO HABITUAL

- Zarator 20, 0-0-1, sutril 5 , 1-0-0, diamicon 30, 1-0-0, januvia 100, 0-0-1, paroxetina 20, 1-0-0, nuclosina 20, 1-0-0, paracetamol 0-1-1, alopurinol 100, 0-1-0,, lyrica 25, 0-1-1; EPO semanal

I JORNADA

DIRIGIDO A MIEMBROS DE LA SEGG Y SEFH

GERIATRIA
FARMACIA HOSPITALARIA

SEDE:


SaludMadrid
Hospital Universitario
Ramón y Cajal

ORGANIZA:


Sociedad Española
de Geriatria y Gerontologia


sefh
Sociedad Española
de Farmacia Hospitalaria


fefh
Fundación Española
de Farmacia Hospitalaria

ANTICOAGULACIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR CRÓNICA EN EDAD MUY AVANZADA. CASO 2: PIEDAD, 90 años

SITUACIÓN BASAL

Social: Vive con un hijo.

Funcional: Barthel 100/100, Lawton 8/8. Sale todos los días a la calle. Actividad social diaria. Actividad física por exteriores diaria (paseos)

Cognitivo/afectivo/conductual: No trastorno cognitivo. En tto antidepressivo desde el fallecimiento de su esposo por duelo patológico, efectivo. En cama de 1,30 a 8. Siesta en el sofá.

Otros síndromes geriátricos:

- Dps diaria
- No déficit sensorial neto
- Dieta normal, prótesis sin problemas de masticación, no disfagias, peso estable
- Disnea/astenia vespertina, no edemas, no ortopnea ni ortopnea
- No dolor crónico

I JORNADA

DIRIGIDO A MIEMBROS DE LA SEGG Y SEFH

**GERIATRIA
FARMACIA HOSPITALARIA**

SEDE:


Hospital Universitario
Ramón y Cajal

ORGANIZA:


Sociedad Española
de Geriatria y Gerontologia


sefh
Sociedad Española
de Farmacia Hospitalaria


fefh
Fundación Española
de Farmacia Hospitalaria

ANTICOAGULACIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR CRÓNICA EN EDAD MUY AVANZADA. CASO 2: PIEDAD, 90 años

HISTORIA ACTUAL y VALORACIÓN EN URGENCIAS

- En tratamiento analgésico desde hace un mes por lumbalgia: pregabalina y paracetamol
- Acude a urgencias por disnea de instauración progresiva los últimos 5 días a lo que se añade ortopnea y sensación de malestar centrotorácico
- En urgencias destaca a la **exploración:**
 - TA 180/100, P 130, FR 34, saturación basal 85%
 - Dificultad respiratoria, sibilantes generalizados. Taquiarritmia. Ingurgitación yugular y edemas maleolares
- **Analítica** destaca: hb **11,6** nn, GFR 49, creat 1,2; glu 178, troponina 110/ 478; Mgb 111/119, PCR 18; BNP 324. **INR: Normal.**
- **Rx tórax:** cardiomegalia, aumento de densidad bibasal de predominio d, cisura húmeda, redistribución vascular
- **EKG:** fibrilación auricular a 130

I JORNADA

DIRIGIDO A MIEMBROS DE LA SEGG Y SEFH

GERIATRIA
FARMACIA HOSPITALARIA

SEDE:


Hospital Universitario
Ramón y Cajal

ORGANIZA:


Sociedad Española
de Geriatria y Gerontologia


sefh
Sociedad Española
de Farmacia Hospitalaria


fefh
Fundación Española
de Farmacia Hospitalaria

ANTICOAGULACIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR CRÓNICA EN EDAD MUY AVANZADA. CASO 2: PIEDAD, 90 años

DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS

- Insuficiencia cardiaca aguda por **fibrilación auricular de novo** con respuesta ventricular rápida

MANEJO INICIAL EN URGENCIAS

- Tratamiento depletivo: furosemida intravenosa
- Oxigenoterapia
- Antiarrítmico: betabloqueante
- **Anticoagulación???**

I JORNADA

DIRIGIDO A MIEMBROS DE LA SEGG Y SEFH

GERIATRIA
FARMACIA HOSPITALARIA

SEDE:


Hospital Universitario
Ramón y Cajal

ORGANIZA:


Sociedad Española
de Geriatria y Gerontologia


sefh
Sociedad Española
de Farmacia Hospitalaria


fefh
Fundación Española
de Farmacia Hospitalaria

NECESIDAD DE ANTICOAGULACION

Recomendaciones para la predicción del riesgo de accidente cerebrovascular y el riesgo hemorrágico

Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b	Ref ^c
Se recomienda emplear la escala CHA ₂ DS ₂ -VASc para la predicción del riesgo de ACV de los pacientes con FA	I	A	368,371, 386
Se debe considerar el empleo de escalas de riesgo hemorrágico para los pacientes con FA tratados con anticoagulantes orales, para identificar los factores modificables de riesgo de sangrado mayor	IIa	B	384,386, 387, 389-392
Se puede considerar la determinación de biomarcadores, como troponina de alta sensibilidad o péptido natriurético, para mejorar la estimación del riesgo de ACV y sangrado de los pacientes con FA	IIb	B	380-382, 387,393

ESCALA CHA2DS2VASc

Tabla 11
Factores clínicos de riesgo de accidente cerebrovascular, accidente isquémico transitorio y embolia sistémica en la escala de riesgo CHA₂DS₂-VASc

Factor de riesgo CHA ₂ DS ₂ -VASc	Puntos
<i>Insuficiencia cardiaca congestiva</i> Signos/síntomas de IC o evidencia objetiva de FEVI reducida	+1
<i>Hipertensión</i> Presión arterial en reposo > 140/190 mmHg en al menos 2 ocasiones o tratamiento antihipertensivo en curso	+1
<i>Edad ≥ 75 años</i>	+2
<i>Diabetes mellitus</i> Glucosa en ayunas > 125 mg/dl (7 mmol/l) o tratamiento hipoglucemiante oral y/o insulina	+1
<i>ACV, AIT o tromboembolia previos</i>	+2
<i>Enfermedad vascular</i> Infarto de miocardio, enfermedad arterial periférica o placa aórtica previos	+1
<i>Edad entre 65 y 74 años</i>	+1
<i>Categoría de sexo (femenino)</i>	+1



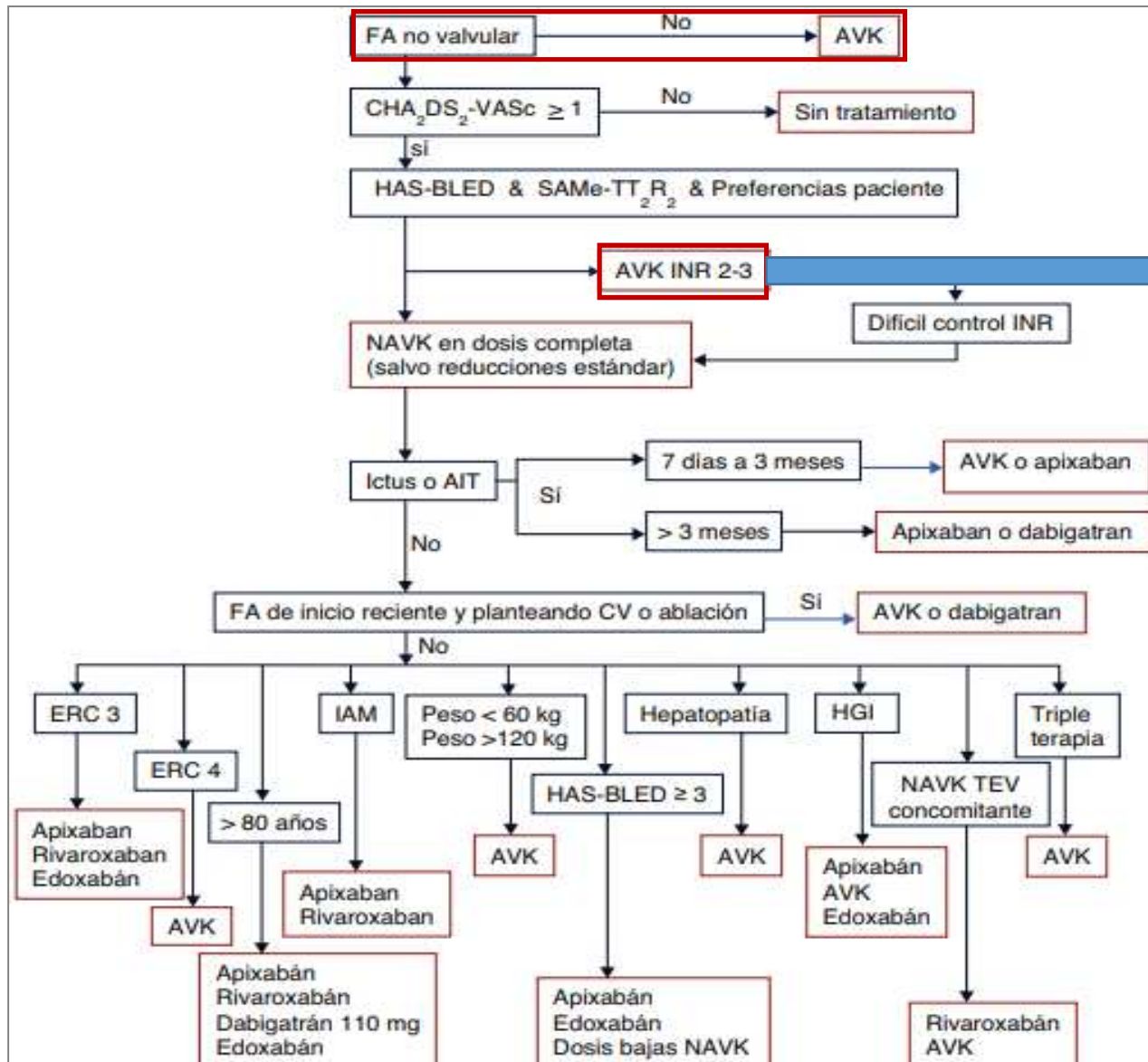
CHA₂DS₂VASc = **5**

RECOMENDACIONES ACO EN FA

Recomendaciones para la prevención de los accidentes cardiovasculares en pacientes con fibrilación auricular			
Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^a	Ref ^b
Se recomienda el tratamiento anticoagulante para la prevención de tromboembolias en pacientes varones con FA y CHA ₂ DS ₂ -VASc ≥ 2	I	A	38, 318-321, 354,404
Se recomienda el tratamiento anticoagulante para la prevención de tromboembolias en pacientes de sexo femenino con FA y CHA ₂ DS ₂ -VASc ≥ 3	I	A	38, 318-321, 354,404
Se debe considerar el tratamiento anticoagulante para la prevención de tromboembolias en pacientes varones con FA y CHA ₂ DS ₂ -VASc = 1, teniendo en cuenta las características individuales y las preferencias del paciente	IIa	B	371, 375-377
Se debe considerar el tratamiento anticoagulante para la prevención de la tromboembolia en pacientes de sexo femenino con FA y CHA ₂ DS ₂ -VASc = 2, teniendo en cuenta las características individuales y las preferencias de la paciente	IIa	B	371,376, 377
Se recomienda el tratamiento con AVK (INR 2,0-3,0 o superior) para la prevención de los ACV en pacientes con FA y estenosis mitral de moderada a grave o válvula cardíaca mecánica	I	B	274,4 35-440
Cuando se inicia la anticoagulación oral de un paciente con FA candidato a tratamiento con NACO (apixabán, dabigatrán, edoxabán o rivaroxabán), este tratamiento es preferible a un AVK	I	A	39, 318-321, 404
Cuando los pacientes reciben tratamiento con AVK, se debe mantener lo más alto posible el TRT y monitorizarlo regularmente	I	A	395,432, 441-444
Se debe considerar a los pacientes con FA que reciben tratamiento con un AVK para tratamiento con NACO si el TRT no se controla adecuadamente a pesar de una buena adherencia o si lo prefiere el paciente, siempre que no haya contraindicaciones para los NACO (p. ej., válvula protésica)	IIb	A	39,318, 319,404,4 08
La combinación de anticoagulantes orales y antiagregantes aumenta el riesgo de sangrado y debe evitarse en pacientes con FA que no tienen otra indicación para la inhibición plaquetaria	III (perjudicial)	B	429,445
Para pacientes de ambos sexos con FA que no tienen otros factores de riesgo de ACV, no se recomienda el tratamiento anticoagulante o antiagregante para la prevención de ACV	III (perjudicial)	B	368,371, 376,377
No se recomienda el tratamiento antiplaquetario en monoterapia para la prevención de ACV en pacientes con FA, independientemente del riesgo de ACV	III (perjudicial)	A	38,429, 430
No se recomiendan los NACO (apixabán, dabigatrán, edoxabán o rivaroxabán) para pacientes con válvulas cardíacas mecánicas (nivel de evidencia B) o estenosis mitral de moderada a grave (nivel de evidencia C)	III (perjudicial)	B C	318-321, 400,404

ACO: anticoagulación oral/anticoagulantes orales; ACV: accidente cerebrovascular; AVK: antagonistas de la vitamina K; CHA₂DS₂-VASc: insuficiencia cardíaca congestiva, disfunción ventricular izquierda, hipertensión, edad ≥ 75 años (doble), diabetes, ictus (doble)-enfermedad vascular, edad 65-74 años y sexo (mujer); FA: fibrilación auricular; INR: razón internacional normalizada; NACO: nuevos anticoagulantes orales no dependientes de la vitamina K; TRT: tiempo en rango terapéutico.

ELECCION ACO FA EDAD AVANZADA



INR 2-3
TRT ≥ 70%

Riesgo de mal control anticoagulante

El tiempo que tarda en acontecer un ictus, y la supervivencia total, aumenta en los pacientes que se mantienen en el INR objetivo (2-3) durante el 70-100% del tiempo, beneficio que disminuye cuando el porcentaje del tiempo en rango terapéutico (TRT) es menor del 70%¹². En la práctica clínica, los pacientes con FA anticoagulados se mantienen en rango terapéutico solo el 55% del tiempo¹³. Las clínicas de coagulación, los dispositivos automatizados de autocontrol y los instrumentos que permiten predecir la calidad del control anticoagulante ayudan a optimizar el TRT. El *Sex female, Age <60 years, Medical history, Treatment, Tobacco use, Race (SAMe-TT₂R₂)*¹⁴ es capaz de predecir un mal control del INR y ayuda en el proceso de toma de decisiones, identificando a aquellos pacientes que requieren intervenciones adicionales para un control aceptable de la anticoagulación o la utilización de otras opciones antitrombóticas.



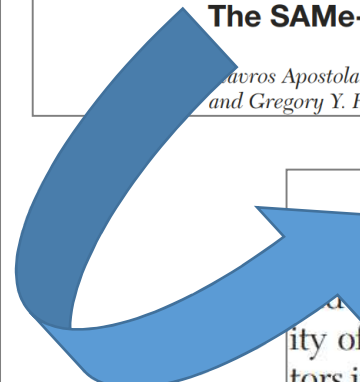
CHEST

Original Research
CARDIOVASCULAR DISEASE

Factors Affecting Quality of Anticoagulation Control Among Patients With Atrial Fibrillation on Warfarin

The SAMe-TT₂R₂ Score

Savros Apostolakis, MD, PhD; Renee M. Sullivan, MD; Brian Olshansky, MD; and Gregory Y. H. Lip, MD



CONCLUSIONS

In conclusion, we have identified common clinical and demographic factors that can influence the quality of oral anticoagulation. We incorporated those factors into a simple score (SAMe-TT₂R₂) that can predict poor INR control and could potentially aid decision-making in the management of patients with AF, which was internally and externally validated with good discrimination performance, especially for patients at the lowest percentiles of the center's average. The SAMe-TT₂R₂ score can aid decision-making by identifying those patients with AF who would do well on VKA (SAMe-TT₂R₂ score = 0-1) or, conversely, those (ie, SAMe-TT₂R₂ score ≥ 2) who may require some intervention(s) to help them achieve acceptable anticoagulation control.

INDICACIONES AVK

- PREVENCIÓN ICTUS Y EMBOLISMO SISTÉMICO EN PACIENTES CON FA (RIESGO ICTUS: 5 VECES SUPERIOR).
- **AVK: Opción terapéutica recomendada en el marco del SNS:**
 - Pacientes ya en tratamiento con AVK y buen control de INR. En estos pacientes no se recomienda cambiar a los nuevos anticoagulantes, salvo que exista alguna razón adicional que lo justifique.
 - Nuevos pacientes con fibrilación auricular no valvular en los que esté indicada la anticoagulación. En estos pacientes se recomienda iniciar tratamiento con AVK, salvo que exista algún criterio que justifique iniciar el tratamiento con nuevos anticoagulantes.
 - **Fibrilación auricular con afectación valvular**, definida como estenosis mitral u otra valvulopatía significativa que requiera tratamiento específico programado o ya efectuado (prótesis, valvuloplastia). Los AVK son de elección. Dabigatrán se encuentra contraindicado en pacientes con prótesis valvulares cardíacas que requieran tratamiento anticoagulante, mientras que no existen datos con los demás ACOD en dicha población.

MANEJO TRATAMIENTO ANTITROMBOTICO – URGENCIAS

Tabla 4. Antitrombóticos

Antiagregantes plaquetarios: AAS, ticlopidina, clopidogrel, prasugrel, ticagrelor	
Tiempo de conciliación	Primeras 24 h
Síndrome retirada	No
Variables a monitorizar	Monitorizar: Hemostasia, sangrado Mantener tratamiento salvo contraindicación (sangrado activo: úlcera péptica, hemorragia intracraneal) Efectos secundarios: sangrado
Anticoagulantes orales (ACO): warfarina, acenocumarol	
Tiempo de conciliación	Primeras 24 h
Síndrome retirada	No
Variables a monitorizar	Monitorizar: Hemostasia, sangrado. En caso de no mantener el tratamiento, la alternativa recomendada es HBPM Efectos secundarios: Alteración hepática, pancreatitis, hemorragia
Dabigatran, rivaroxaban, apixaban	
Tiempo de conciliación	Primeras 24 h
Síndrome retirada	No
Variables a monitorizar	Monitorizar: Sangrado, ALT, función renal. En caso de no mantener el tratamiento, la alternativa recomendada es HBPM Fármacos contraindicados: Dabigatran: inductores glicoproteína P (ketoconazol sistémico, ciclosporina, itraconazol, tacrolimus): aumento concentraciones plasmáticas dabigatran, otros anticoagulantes (riesgo hemorrágico)

AAS: ácido acetilsalicílico; HBPM: heparina de bajo peso molecular.

- Anticoagulantes – Ingreso: Mantener tratamiento (excepto contraindicación (sangrado)).
- ACO: Si no se dispone → Alternativa: HNF; HBPM.

ANTICOAGULACIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR CRÓNICA EN EDAD MUY AVANZADA. CASO 2: PIEDAD, 90 años

DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS

- Insuficiencia cardiaca aguda por **fibrilación auricular de novo** con respuesta ventricular rápida

MANEJO INICIAL EN URGENCIAS

- Tratamiento depletivo: furosemida intravenosa
- Oxigenoterapia
- Antiarrítmico: betabloqueante
- Anticoagulación??? – **HBPM** a dosis ajustada a función renal

I JORNADA

DIRIGIDO A MIEMBROS DE LA SEGG Y SEFH

GERIATRIA
FARMACIA HOSPITALARIA

SEDE:


SaludMadrid
Hospital Universitario
Ramón y Cajal

ORGANIZA:


Sociedad Española
de Geriatria y Gerontologia


sefh
Sociedad Española
de Farmacia Hospitalaria


fefh
Fundación Española
de Farmacia Hospitalaria

INICIO TRATAMIENTO CON AVK

Cuando se inicia un tratamiento anticoagulante oral debe administrarse simultáneamente con heparinas al menos durante 4-5 días o hasta obtener dos datos de INR dentro del rango terapéutico deseado y separados al menos por 24 horas.

Siempre que el valor del tiempo de protrombina (TP) y el Índice Internacional Normalizado (INR) sean normales antes del inicio del tratamiento, se puede empezar con una dosis de 1 a 3 mg/día, sin la administración de una dosis de carga. En general se recomienda iniciar el tratamiento anticoagulante evitando administrar dosis de carga, especialmente en los déficits de proteínas C o S, en los que se administrará heparina hasta que se alcance el nivel terapéutico. Si el resultado INR es anormal, el tratamiento se iniciará con suma cautela.

Los pacientes de edad avanzada (≥ 65 años), con problemas de hígado o con insuficiencia cardíaca grave con congestión hepática o pacientes desnutridos, pueden necesitar dosis más bajas al inicio del tratamiento y durante el mantenimiento (ver sección 4.4).

INICIO ANTICOAGULACION:

- Determinación INR previa al inicio de AVK.
- Tratamiento inicial recomendado: AVK (Ej: Acenocumarol) (URG – Alternativa: HBPM) + HBPM, hasta estabilización del INR.
- Anticoagulación – HBPM a dosis ajustada a función renal
 - CORRECTA

ANTICOAGULACIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR CRÓNICA EN EDAD MUY AVANZADA. CASO 2: PIEDAD, 90 años

VALORACIÓN EN PLANTA

- Mejoría franca de los signos de insuficiencia cardiaca no precisando oxígeno para saturación correcta
- Control de frecuencia cardiaca con recuperación de ritmo sinusal???
 - Personas mayores: preferible control frecuencia (Ej: Beta-bloqueantes) vs control del ritmo
 - Criterios STOPP-2015: Antiarrítmicos (Ej: Amiodarona) 1º Línea: PPI.

DIAGNÓSTICO EN PLANTA

- Insuficiencia cardiaca con insuficiencia respiratoria por fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida paroxística sobre cardiopatía valvular: estenosis aórtica leve moderada en 2012
- Enfermedad renal crónica 3b, anemia nn, neo vesical, artrosis

I JORNADA

DIRIGIDO A MIEMBROS DE LA SEGG Y SEFH

GERIATRIA
FARMACIA HOSPITALARIA

SEDE:


Hospital Universitario
Ramón y Cajal

ORGANIZA:


Sociedad Española
de Geriatria y Gerontologia


sefh
Sociedad Española
de Farmacia Hospitalaria


fefh
Fundación Española
de Farmacia Hospitalaria

ANTICOAGULACIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR CRÓNICA EN EDAD MUY AVANZADA. CASO 2: PIEDAD, 90 años

PLAN DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

- Completar control de insuficiencia cardiaca: tratamiento depletivo
- Continuar con control de frecuencia cardiaca: bb
- Anticoagulación:
 - INR (Urgencias) – Normal:
 - Mantiene HBPM.
 - Inicia Acenocumarol a dosis bajas (ej:2 mg/24h)
 - 2 INR normales separados \geq 24h (Suspender HBPM).
 - Si INR: Normal, empezar con dosis bajas de acenocumarol (Ej: 1 mg/24h (paciente edad avanzada)), asociado a HBPM, hasta obtener 2 INR en rango normal separados 24h.
- Estudio valvular: ecocardio
- Alta precoz para evitar iatrogenia

I JORNADA

DIRIGIDO A MIEMBROS DE LA SEGG Y SEFH

GERIATRIA
FARMACIA HOSPITALARIA

SEDE:


SaludMadrid
Hospital Universitario
Ramón y Cajal

ORGANIZA:


Sociedad Española
de Geriatria y Gerontologia


sefh
Sociedad Española
de Farmacia Hospitalaria


fefh
Fundación Española
de Farmacia Hospitalaria

ANTICOAGULACIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR CRÓNICA EN EDAD MUY AVANZADA. CASO 2: PIEDAD, 90 años

SEGUNDO DÍA

- Mantiene buena evolución clínica, nos informan de la realización del ecocardio para el cuarto día.
- Se inicia sintrom solapado a HBPM.

I JORNADA

DIRIGIDO A MIEMBROS DE LA SEGG Y SEFH

**GERIATRIA
FARMACIA HOSPITALARIA**

SEDE:


SaludMadrid
**Hospital Universitario
Ramón y Cajal**

ORGANIZA:


Sociedad Española
de Geriatria y Gerontologia


sefh
Sociedad Española
de Farmacia Hospitalaria


fefh
Fundación Española
de Farmacia Hospitalaria

ANTICOAGULACIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR CRÓNICA EN EDAD MUY AVANZADA. CASO 2: PIEDAD, 90 años

TERCER DÍA

- Caída accidental el día anterior con trauma sobre hombro y costado izquierdo.
- Dolor, no fracturas
- **Mal**
- Riesgo hemorrágico??? (HAS-BLED).

I JORNADA

DIRIGIDO A MIEMBROS DE LA SEGG Y SEFH

GERIATRIA
FARMACIA HOSPITALARIA

SEDE:


SaludMadrid
Hospital Universitario
Ramón y Cajal

ORGANIZA:


Sociedad Española
de Geriatria y Gerontologia


sefh
Sociedad Española
de Farmacia Hospitalaria


fefh
Fundación Española
de Farmacia Hospitalaria

ESCALA HAS-BLED

Table 10 Clinical characteristics comprising the HAS-BLED bleeding risk score

Letter	Clinical characteristic ^a	Points awarded
H	Hypertension	1
A	Abnormal renal and liver function (1 point each)	1 or 2
S	Stroke	1
B	Bleeding	1
L	Labile INRs	1
E	Elderly (e.g. age >65 years)	1
D	Drugs or alcohol (1 point each)	1 or 2
		Maximum 9 points

^a'Hypertension' is defined as systolic blood pressure >160 mmHg. 'Abnormal kidney function' is defined as the presence of chronic dialysis or renal transplantation or serum creatinine $\geq 200 \mu\text{mol/L}$. 'Abnormal liver function' is defined as chronic hepatic disease (e.g. cirrhosis) or biochemical evidence of significant hepatic derangement (e.g. bilirubin >2 x upper limit of normal, in association with aspartate aminotransferase/alanine aminotransferase/alkaline phosphatase >3 x upper limit normal, etc.). 'Bleeding' refers to previous bleeding history and/or predisposition to bleeding, e.g. bleeding diathesis, anaemia, etc. 'Labile INRs' refers to unstable/high INRs or poor time in therapeutic range (e.g. <60%). Drugs/alcohol use refers to concomitant use of drugs, such as antiplatelet agents, non-steroidal anti-inflammatory drugs, or alcohol abuse, etc. INR = international normalized ratio. Adapted from Pisters et al.⁶⁰

El resultado, de 1 a 9 puntos, nos determina el tipo de riesgo de sangrado. Una puntuación de 3 o más puntos indica un mayor riesgo de sangrado en un año con la anticoagulación correcta y justifica una vigilancia o una revisión, del paciente, de manera más regular. El riesgo se basa en la posibilidad de desarrollar un proceso hemorrágico (hemorragia intracraneal, una hemorragia que requiera hospitalización ó que necesite transfusión) o una caída de hemoglobina > 2g/l.

RIESGO DE SANGRADO		
PUNTUACIÓN HAS-BLED	RIESGO DE SANGRADO	TASA ESTIMADA DE SANGRADO TRAS 1 AÑO DE TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL
0	BAJO RIESGO	0,6-1,13 %
1	RIESGO INTERMEDIO	1,88-3,2 %
2	RIESGO INTERMEDIO	1,88-3,2 %
≥ 3	ALTO RIESGO	4,9-19,6 %

ANTICOAGULACIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR CRÓNICA EN EDAD MUY AVANZADA. CASO 2: PIEDAD, 90 años

CUARTO DÍA

- El día anterior por la tarde valorada por el médico de guardia por hipotensión.
- Lllaman a primera hora por hipotensión sintomática. La paciente recupera con el decúbito.
- A la exploración, hematoma importante sobre hombro izquierdo y costado.
- EKG sin cambios
- Analítica: **hb 7,7**, empeoramiento de función renal.
- Ecocardio: Estenosis aórtica severa con función ventricular conservada, sin hipocinesias.
- Se indica transfusión
- **Suspende anticoagulación**
- Necesaria Vitamina-K???

I JORNADA

DIRIGIDO A MIEMBROS DE LA SEGG Y SEFH

GERIATRIA
FARMACIA HOSPITALARIA

SEDE:


SaludMadrid
Hospital Universitario
Ramón y Cajal

ORGANIZA:


Sociedad Española
de Geriatria y Gerontologia


sefh
Sociedad Española
de Farmacia Hospitalaria


fefh
Fundación Española
de Farmacia Hospitalaria

MANEJO HEMORRAGIA EN PACIENTE ANTICOAGULADO

Recomendaciones para el tratamiento del sangrado			
Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b	Ref ^c
Se debe considerar el control de la presión arterial de los pacientes hipertensos anticoagulados para reducir el riesgo de sangrado	Ila	B	511
Cuando se prescribe dabigatrán, se debe considerar el empleo de una dosis reducida (110 mg/12 h) para los pacientes mayores de 75 años para reducir el riesgo de sangrado	Ilb	B	490
Para pacientes con alto riesgo de sangrado gastrointestinal, el tratamiento con un AVK u otro preparado de NACO son preferibles a dabigatrán (150 mg/12 h), rivaroxabán (20 mg/24 h) o edoxabán (60 mg/24 h)	Ila	B	321,396, 402,405, 490,492, 493,512
Se debe tomar en consideración asesorar y tratar a todo paciente con FA que requiera ACO para que eviten el consumo excesivo de alcohol	Ila	C	
No se recomiendan las pruebas genéticas antes de iniciar el tratamiento con AVK	III (sin beneficio)	B	497
Un equipo multidisciplinario de FA debe considerar la reanudación de la anticoagulación oral tras un evento hemorrágico para todos los pacientes elegibles, teniendo en cuenta diferentes anticoagulantes e intervenciones para la prevención del ACV, el tratamiento de los factores que contribuyen al sangrado y el riesgo de ACV	Ila	B	460
Para los pacientes con FA y eventos hemorrágicos activos graves, se recomienda la interrupción de los ACO hasta que se resuelva la causa del sangrado	I	C	

ADMINISTRACION VITAMINA-K TRATAMIENTO ACENOCUMAROL:

HEMORRAGIA GRAVE O POTENCIALMENTE MORTAL:

- VITAMINA-K IV LENTA (≥ 30 SEGUNDOS) +
- PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC) O
- CONCENTRADO DE COMPLEJO DE PROTROMBINA (CCP).

PACIENTES DE EDAD AVANZADA:

- MÁS SENSIBLES EFECTOS VITAMINA-K.
- DOSIFICACIÓN: **0,5-1 MG (IV, VO): REDUCCIÓN INR A <5 (24H).**

VITAMINA K: REPETIR DOSIS LAS VECES NECESARIAS.

Kirchhof P. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración con la EACTS. Rev Esp Cardiol. 2017;70(1):50.e1-e84. <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.11.014>

CIMA AEMPS. FICHA TECNICA KONAKION. http://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/27262/27262_ft.pdf

ANTICOAGULACIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR CRÓNICA EN EDAD MUY AVANZADA. CASO 2: PIEDAD, 90 años

QUINTO DÍA

- Recuperación de hcto
- ¿reiniciamos la anticoagulación?

I JORNADA

DIRIGIDO A MIEMBROS DE LA SEGG Y SEFH

**GERIATRIA
FARMACIA HOSPITALARIA**

SEDE:


SaludMadrid
**Hospital Universitario
Ramón y Cajal**

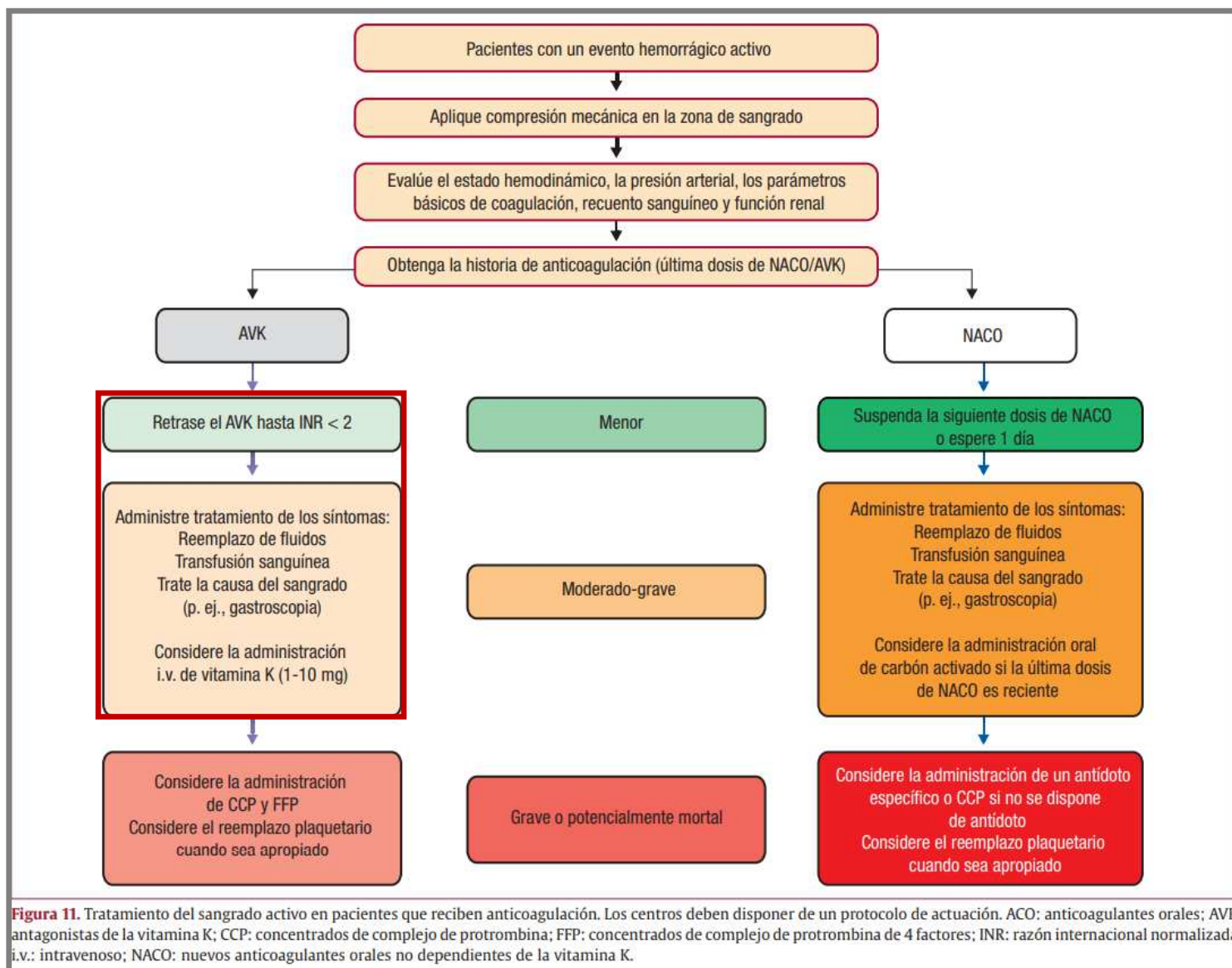
ORGANIZA:


Sociedad Española
de Geriatria y Gerontologia


sefh
Sociedad Española
de Farmacia Hospitalaria


fefh
Fundación Española
de Farmacia Hospitalaria

REANUDACION TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE



ANTICOAGULACIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR CRÓNICA EN EDAD MUY AVANZADA. CASO 2: PIEDAD, 90 años

SEXTO DÍA

DIAGNÓSTICO AL ALTA:

Insuficiencia cardiaca (primer episodio) por fibrilación auricular en el contexto de cardiopatía valvular con estenosis aórtica severa

Anemia crónica agudizada por hematoma postcaída, trasfundida

Los previos estables.

CONTINUIDAD ASISTENCIAL

MAP, control tensional y de IC para ajuste de tratamiento depletivo, ACO

Consultas de cardiología, unidad de valvulopatía (valoración TAVI)

Consultas de geriatría

I JORNADA

DIRIGIDO A MIEMBROS DE LA SEGG Y SEFH

GERIATRIA
FARMACIA HOSPITALARIA

SEDE:


Hospital Universitario
Ramón y Cajal

ORGANIZA:


Sociedad Española
de Geriatría y Gerontología


sefh
Sociedad Española
de Farmacia Hospitalaria


fefh
Fundación Española
de Farmacia Hospitalaria

ANTICOAGULACIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR CRÓNICA EN EDAD MUY AVANZADA. CASO 3: PIEDAD, 90 años

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Recuperación de dinámicas previas, actividad física por exteriores, actividad social previa

Dieta hiposódica diabética sin otras restricciones

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Diamicon 30, 1-0-0, januvia 100, 0-0-1, paroxetina 20, 1-0-0, nuclosina 20, 1-0-0, paracetamol 1-1-1, alopurinol 100, 0-1-0; EPO semanal
- Sutril 10 , 1-0-0, revisar por su MAP
- Bisoprolol 1,25, 1-0-0
- **Sintrom/ HBPM???:**
 - Cuando INR sea <2 – Reintroducir Acenocumarol:
 - INR en rango terapéutico mayor tiempo posible (TRT ≥ 70%)
 - Precaución / Monitorización INR + frecuente.

I JORNADA

DIRIGIDO A MIEMBROS DE LA SEGG Y SEFH

**GERIATRIA
FARMACIA HOSPITALARIA**

SEDE:


Hospital Universitario
Ramón y Cajal

ORGANIZA:


Sociedad Española
de Geriatria y Gerontologia


sefh
Sociedad Española
de Farmacia Hospitalaria


fefh
Fundación Española
de Farmacia Hospitalaria