

# SAFIS

– čo vieme o fibrilácii predsiení u seniorov?

XXIV. sjezd

České kardiologické společnosti

15.-18.5.2016, Brno

Dúbrava M., Drobná T., Németh F., Gerlich L.

# SAFIS

Slovenský **A**udit **F**ibrilácie predsiení **S**eniorov



# Východiská

- Fibrilácia predsiení je najčastejšou arytmiou seniorov.
- Má nielen negatívne hemodynamické dôsledky, ale zásadne (5 – 20 x) zvyšuje riziko CMP = výrazne zhoršuje kvalitu a/alebo dĺžku života.

# Východiská

- Faktory rozhodujúce o dg a th úspešnosti pri FiP sú v mnohom modifikované spôsobom, ako je **v danom štáte** poskytovaná zdravotná starostlivosť.

- Dáta zo **Slovenska** sú aj tu skromné, najmä u seniorov.

Grant MZ SR

Archives of Cardiovascular Disease (2013) 106, 303–323



Available online at  
**SciVerse ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
www.em-consulte.com/en



GUIDELINES

**Expert consensus of the French Society of Geriatrics and Gerontology and the French Society of Cardiology on the management of atrial fibrillation in elderly people**

Consensus d'experts de la Société française de gériatrie et gérontologie et de la société française de cardiologie, sur la prise en charge de la fibrillation atriale du sujet âgé

Olivier Hanon<sup>a,b,c,\*</sup>, Patrick Assayag<sup>d,e,f</sup>,  
Joël Belmin<sup>a,g</sup>, Jean Philippe Collet<sup>d,h,i</sup>

# Ciele

1. Verifikovať aktuálny **stav diagnostiky a liečby** pri FiP u seniorov v SR.
2. Identifikovať prípadné **slabé miesta** reálneho manažmentu FiP seniorov v SR v porovnaní s medicínou dôkazov.
3. Navrhnuť **odporúčenia** pre manažment FiP seniorov v podmienkach SR.
4. Tieto odporúčenia **odskúšať** v reálnej praxi.
5. Položiť základ dlhodobejšieho **prospektívneho** sledovania seniorov s FiP v SR vo väzbe na dosiahnutie odporúčaných liečebných intervencií.

# Metodika - súbory I, II

- pracoviská:
  - 1 x UN BA, 2 x FN v kraji, 1 x „OÚNZ“ – od Bratislavy po Prešov
- I. **retrospektívna** analýza pacientov s FiP hospitalizovaných od **1.8.2012 do 31.7.2013**
- II. **prospektívne** sledovanie pacientov s FiP hospitalizovaných od **1.8.2013 do 31.7.2014**  
  
(dva súbory sa v otvorenej štúdii použili na odhadnutie biasu denných aktivít pri manažmente pacientov s FiP zverejnením hodnotených parametrov)

# Metodika

po analýze dát súborov I a II a ich porovnaní  
s medzinárodnými odporúčaniami identifikácia slabších  
miest reálneho manažmentu seniorov s FiP v SR

vypracovanie a zverejnenie

**odporúčaní**

**Slov. gerontol. a geriatr. spoločnosti**

na manažment seniorov s FiP v SR

- Geriatria, 21, 2015, č. 1, s. 44 – 46
- XIV. kongres SGGS 2015, Štrbské Pleso



# Metodika - súbor III

- III. **prospektívne** sledovanie pacientov s FiP na riešiteľských pracoviskách od **1.1.2015 do 30.6.2015**



# Metodika - parametre

- základné identifikátory (n = 12): vek, pohlavie, doma, ...
- **charakteristiky FiP** (n = 4): FiP ako primárny dôvod hospitalizácie, typ, EHRA, trvanie
- **komorbidity** a stavy s FiP užšie interferujúce (n = 36): artériová hypertenzia, chlopňová chyba, ischemická choroba srdca, srdcové zlyhanie, DM, demencia, ...
- **Dg** (n = 12): transtorakálna a transezofágová echokardiografia, EKG Holter, TSH/FT4, kaliémia, ...
- **Th** (n = 58): pokus o verziu, farmaká na kontrolu frekvencie, antitromb./koagulačná liečba, dispenzar., ...

122 parametrov u každého pacienta

# Metodika - odvodené parametre

- CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc
- HAS-BLED
- index komorbidity (max. 23) = ICHS, IM a TIA a CMP v anamnéze, resp. počas aktuálnej hospitalizácie, SZ, AHT, chlopňové chyby aortálne a mitrálne, chlopňová protéza, VCC, PAO, DM, hypo- alebo hypertyreóza, COPD, CKD, hepatopatia, demencia, imobilita
- ...

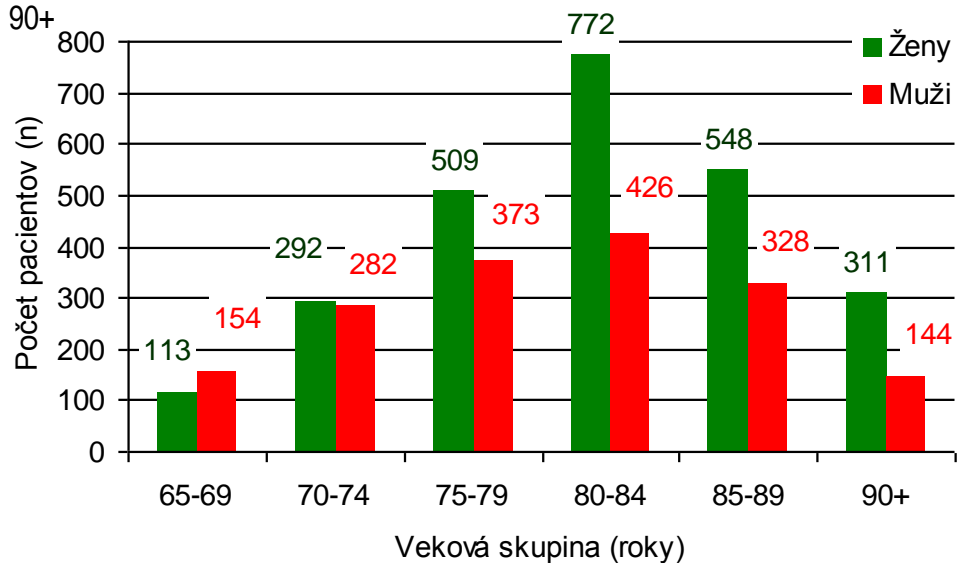
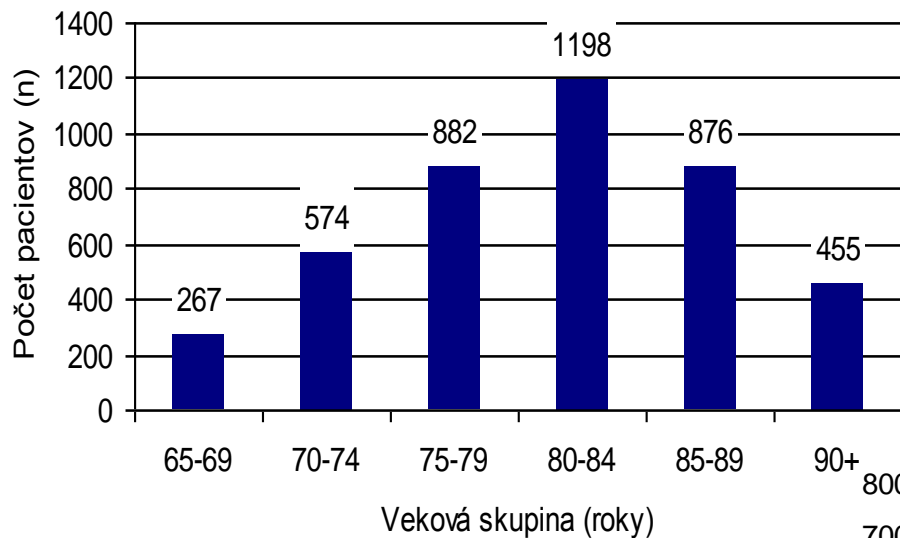
> 122 parametrov u každého pacienta

# Pacienti

- n:  $1708 + 1657 + 887 = 4\ 252$  pacientov
- vek: 80,9 rokov priemerne, 81 r. mediánne,  
65 – 103 rokov,  
m / ž = 79, 8 / 81,6 rr. ( $p < 0,001$ )
- ženy: 59,9 %

---

❖ Euro Heart Survey on AF (2003 – 2004; publ. 2008):  
3 205 pac. 65+ rr., (kardiol.) amb. + lôžka



- **Liečba pri prepustení:**

preživší; n = **3 706**; 87,2 % celého súboru

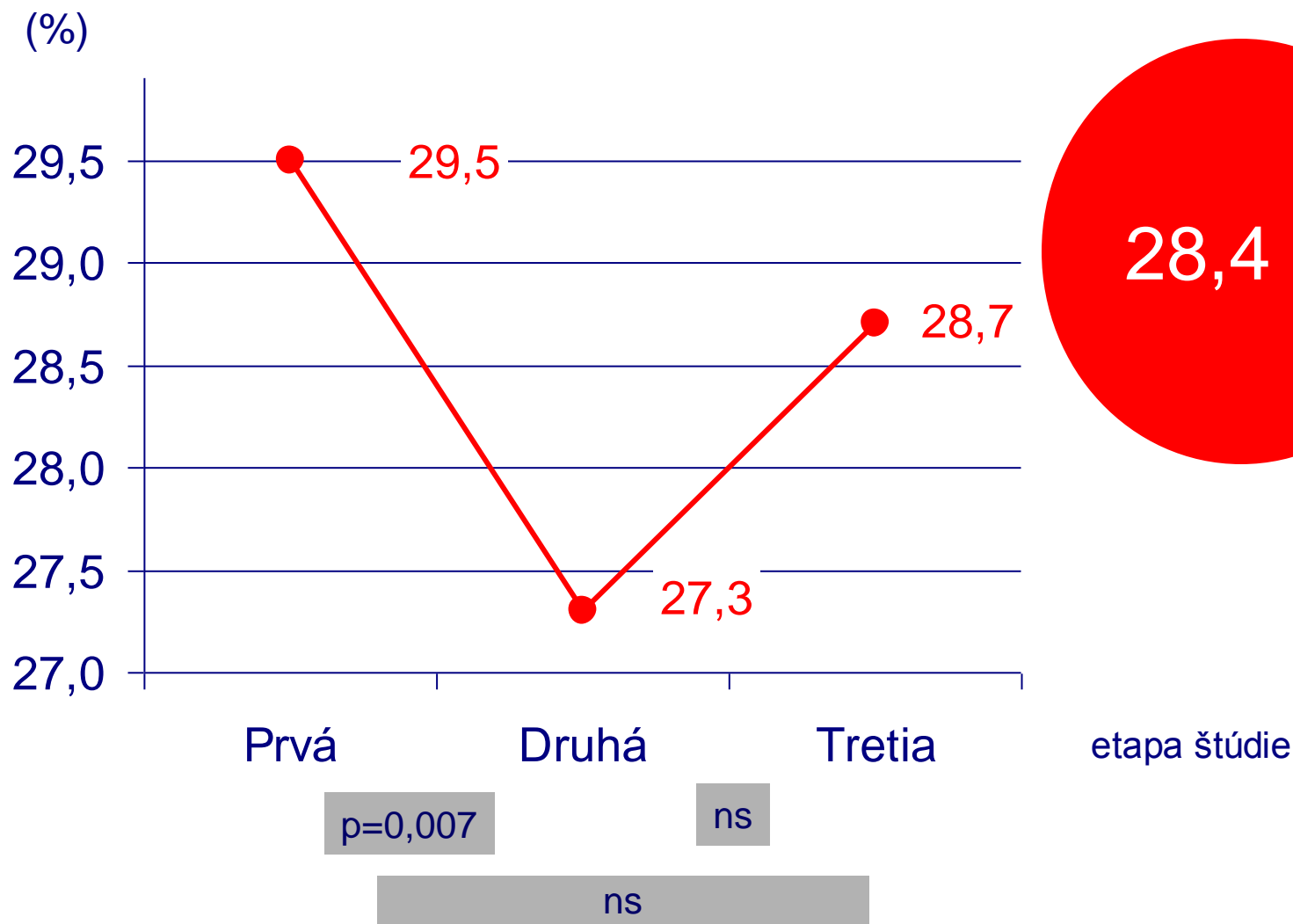
SAFIS

Výsledky

SAFIS

Prevalencia / incidencia FiP

# Prevalencia FiP u hospitalizovaných





# Prevalencia FiP u hospitalizovaných



28,4 %

Bo M, Sciarrillo I, Maggiani G et al. (ITA);  
Geriatr Gerontol Int 2016:

3650 hospitalizovaných  
65-ročných a starších  
priemerného veku 83,4 roka:



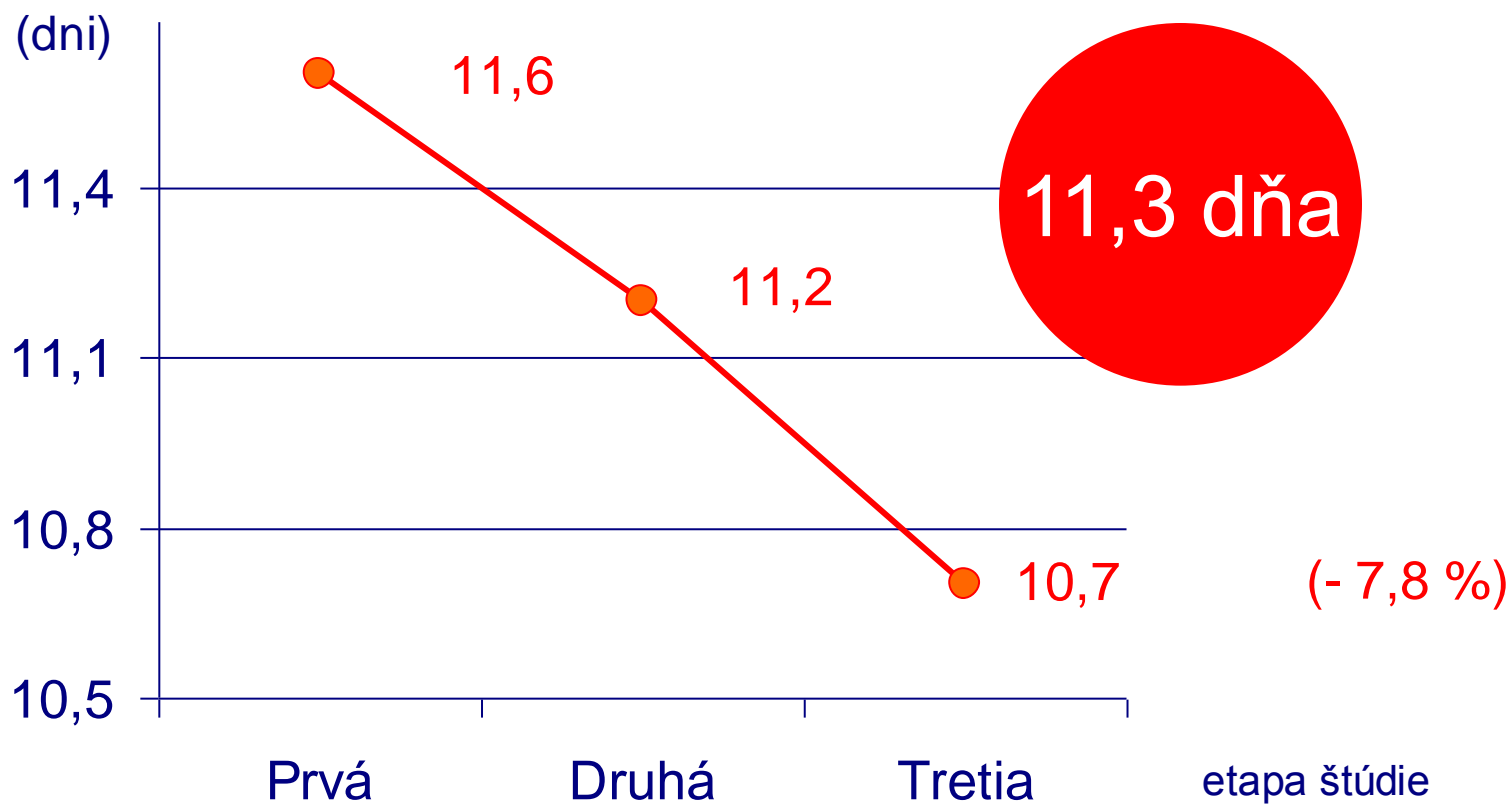
29,5 %

SAFIS

*FiP a dni hospitalizácie*

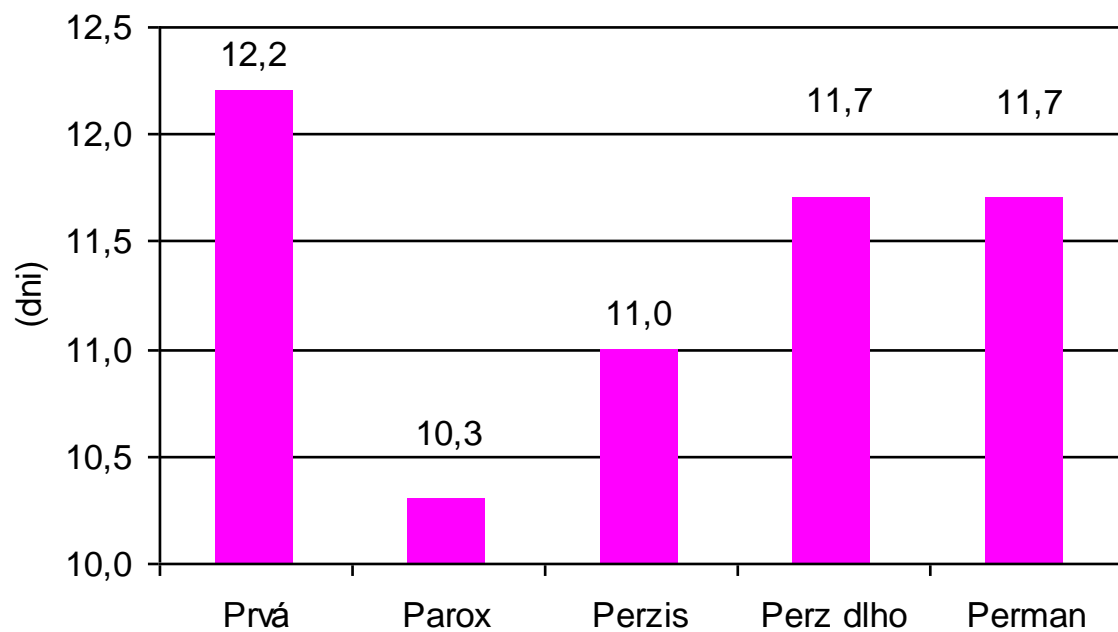
# Dni hospitalizácie

(prvý a posledný = 2 dni hospitalizácie)



# Dni hospitalizácie

(prvý a posledný = 2 dni hospitalizácie)



**p** < 0,001 0,005

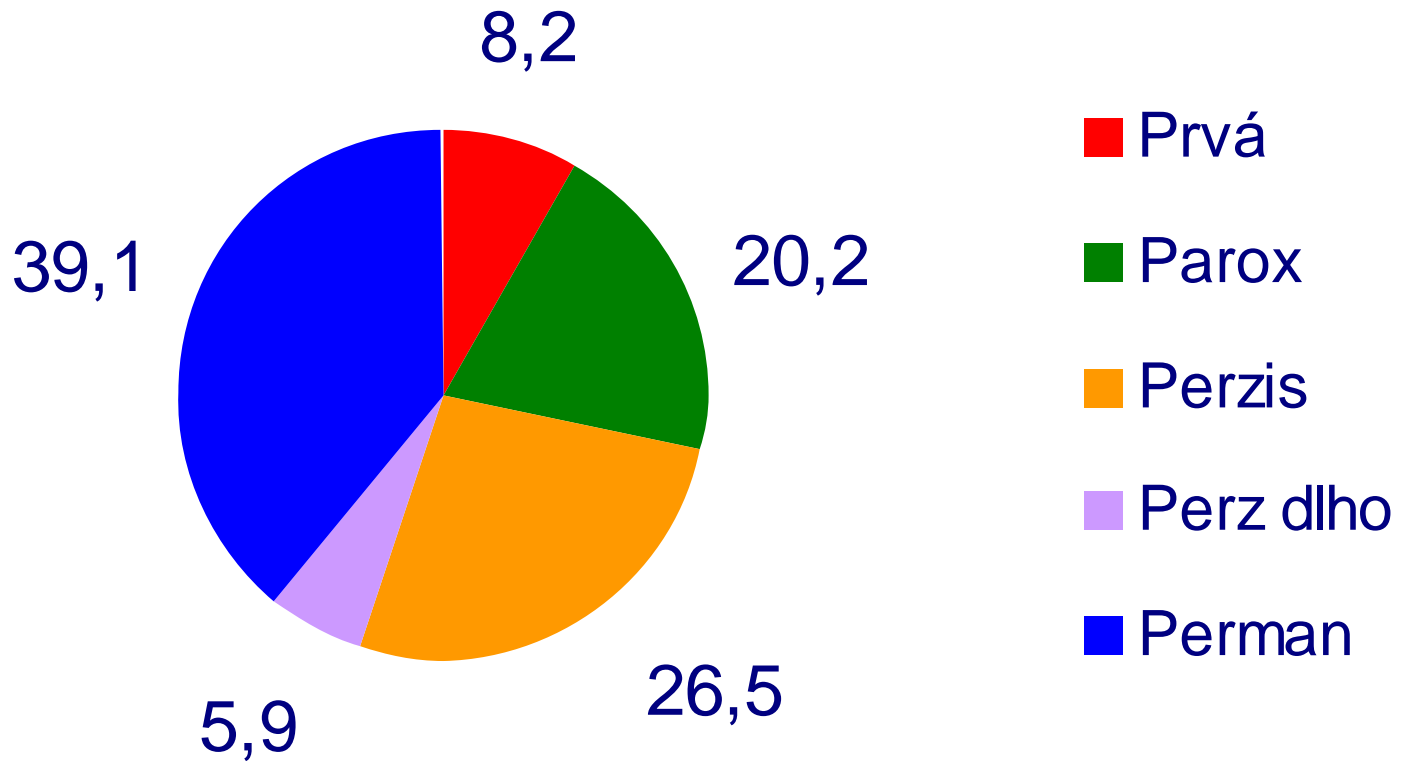
**p** 0,007 < 0,001 < 0,001

**p** 0,01

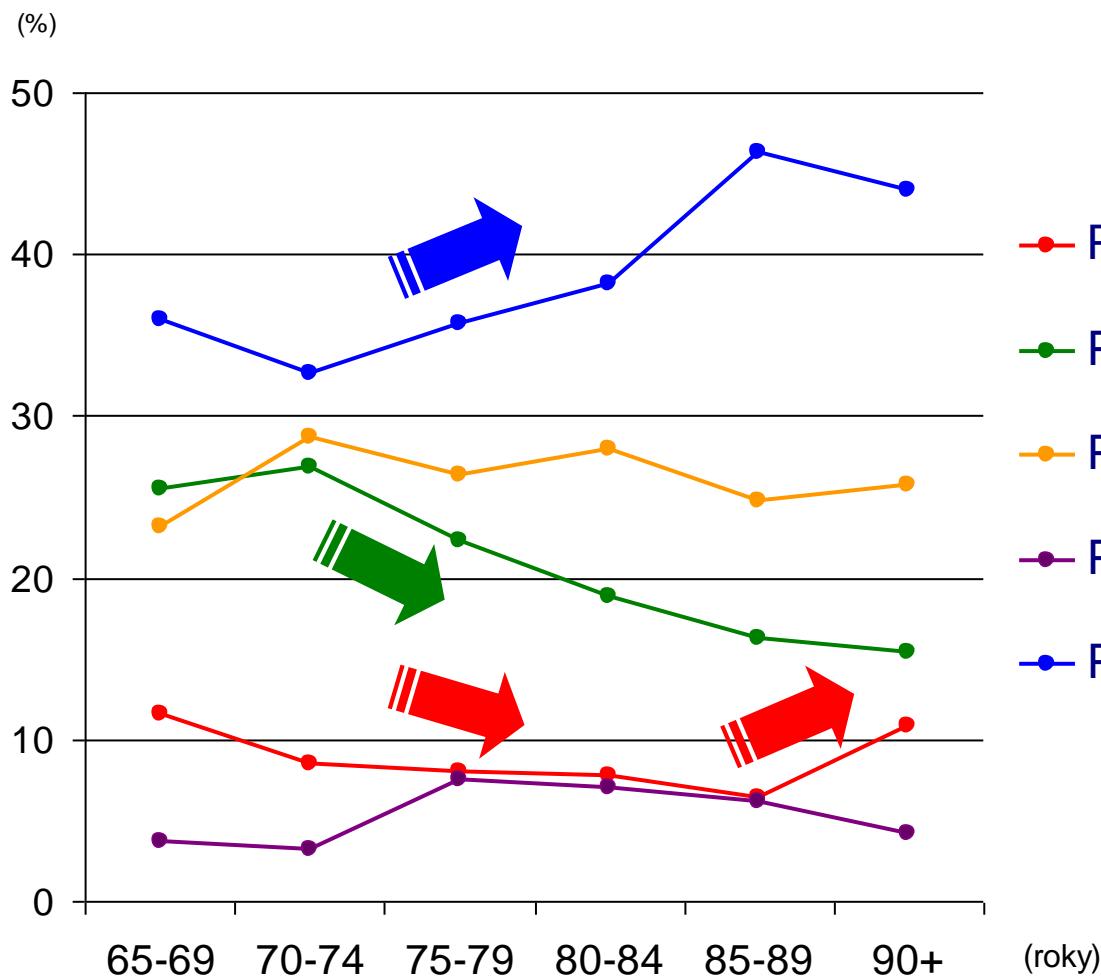
SAFIS

Typy FiP

# Typy FiP (%)



# Typy FiP a vek



**Prvá:**

65-69/85-89:  $p=0,02$

85-89 / 90+:  $p=0,005$

**Parox:**

70-74 / 90+:  $p<0,001$

**Perzis:**

65-69 / 70-74: ns

**Perz dlho:**

70-74 / 75-79:  $p<0,001$

75-79 / 90+:  $p=0,02$

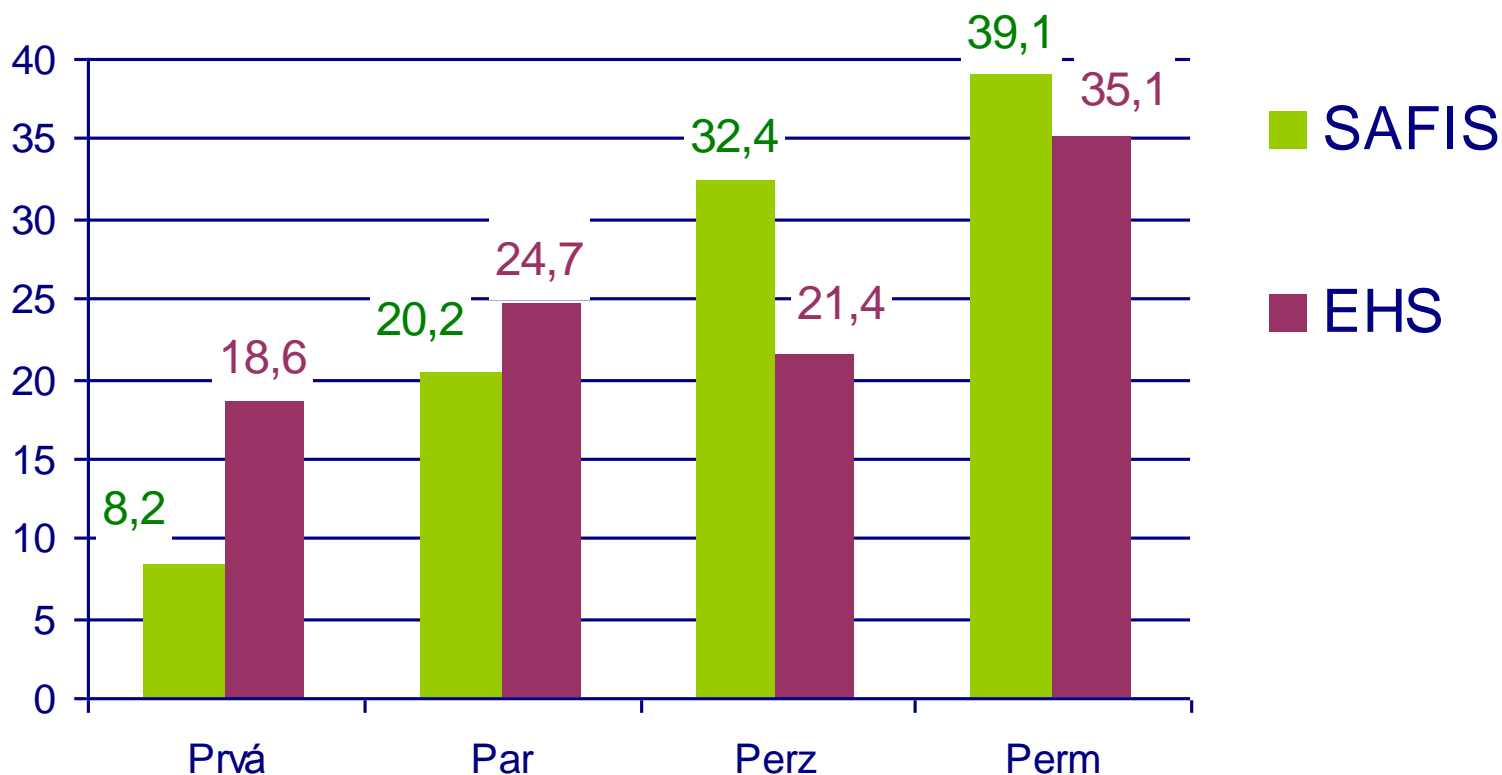
**Perman:**

65-69 / 70-74: ns

70-74 / 85-89:  $p<0,001$

85-89 / 90+: ns

# Typy FiP a Európa (%)



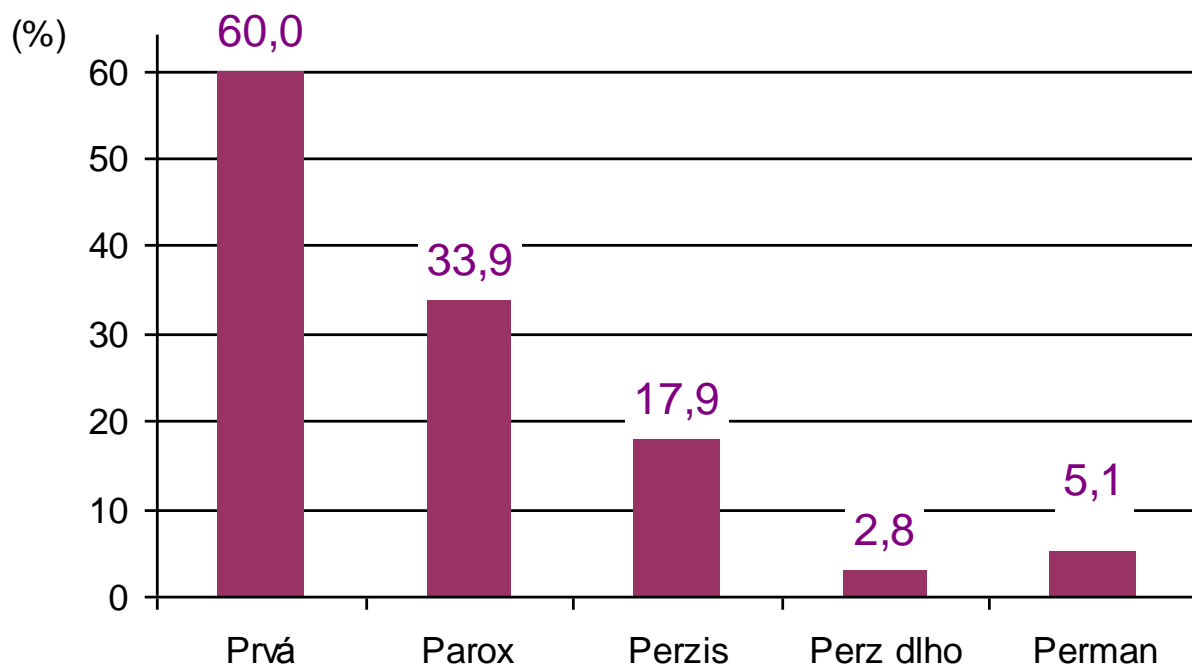
Euro Heart Survey on AF (2003 – 2004; publ. 2008):  
3 205 pac. 65+ rr., priem. 75,3 r. , (kardiol.) amb. + lôžka



SAFIS

*FiP ako primárny dôvod hospitalizácie*

# FiP ako primárny dôvod H

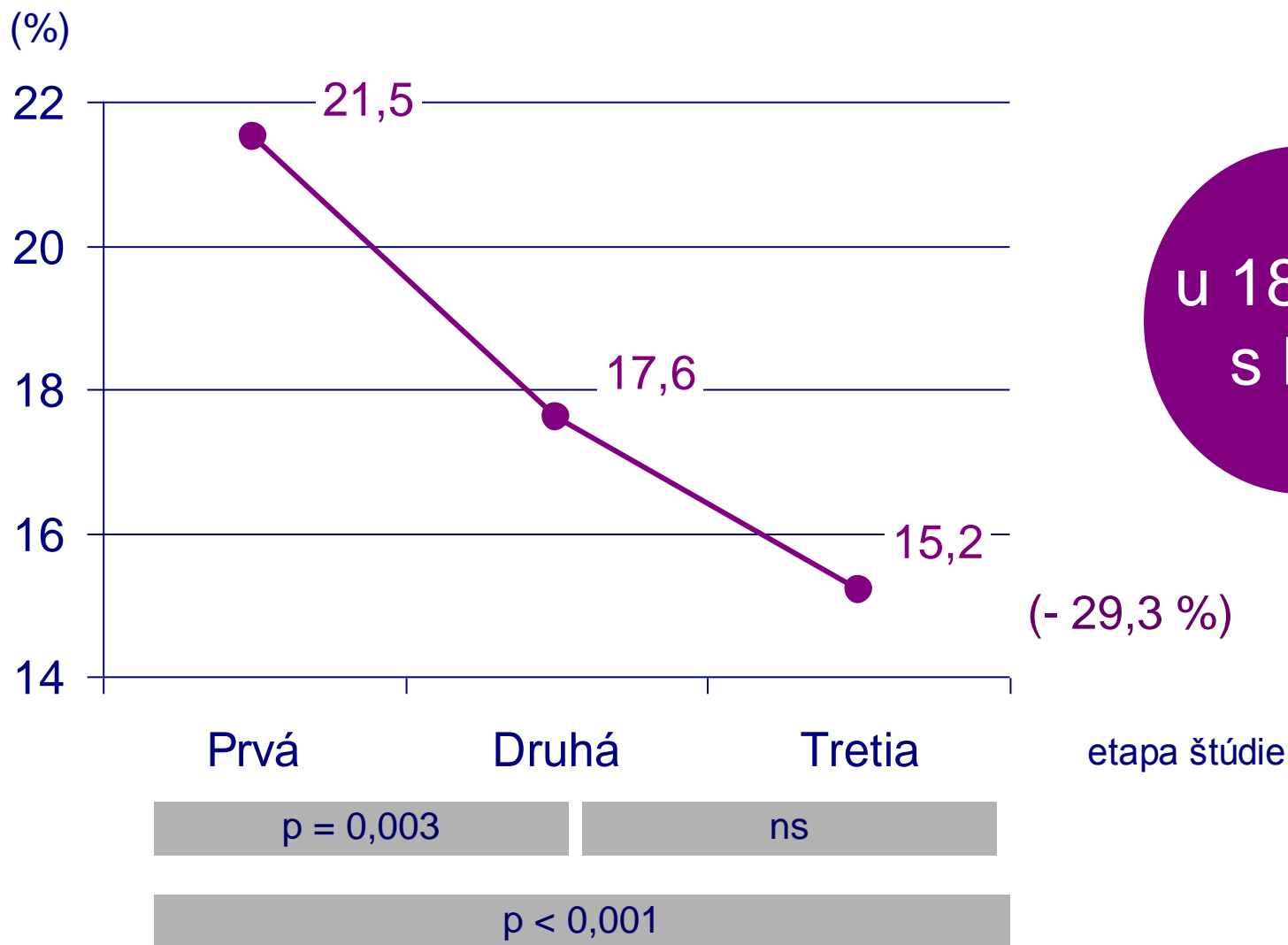


u 18,4 %  
s FiP

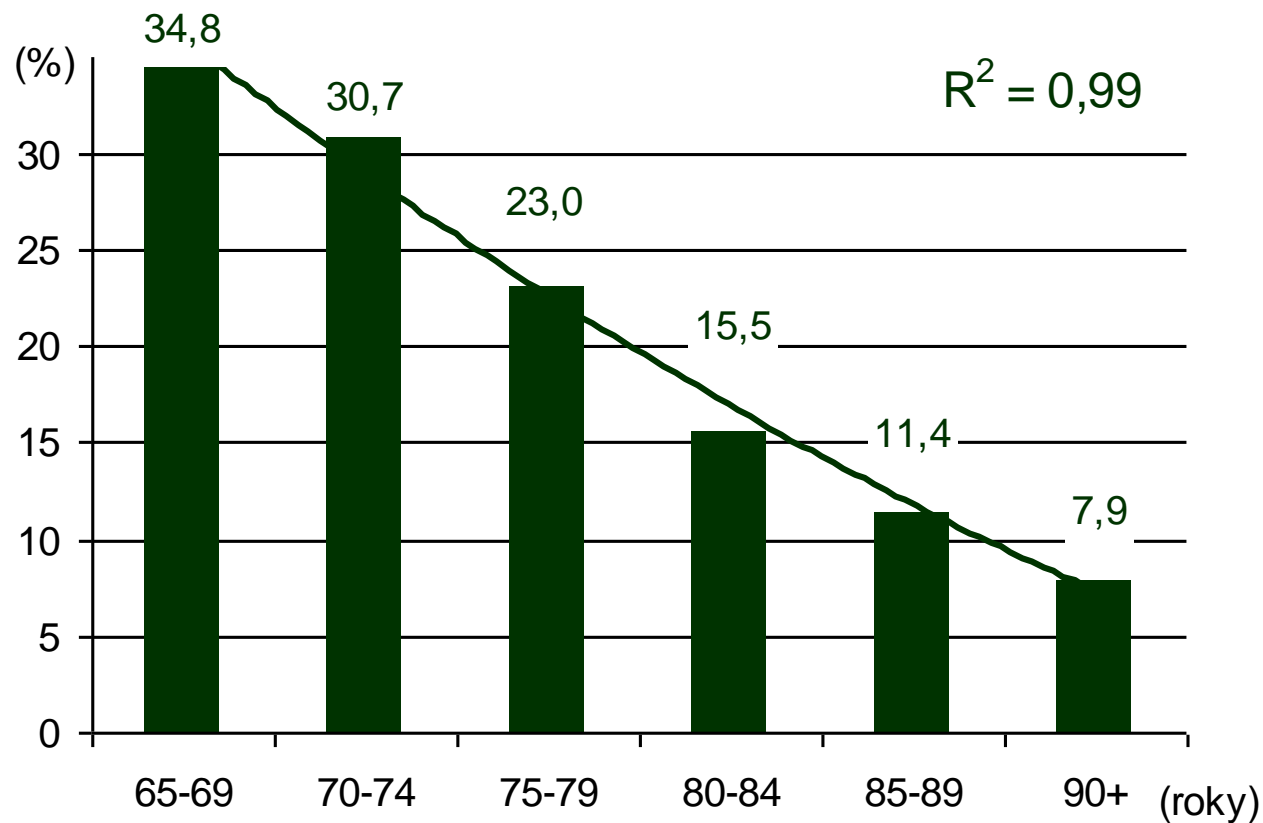
u 5,3 %  
všetkých

V snahe predísť rizikám FiP u seniorov naliehavo pripomíname literárny poznatok inkorporovaný do európskych odporúčaní, že už jednoduchá, lacná, rýchla a každým lekárom vykonateľná **palpácia periférneho pulzu** (najlepšie pri každom jeho vyšetrení) použitá na aktívne vyhľadávanie doteraz nediagnostikovanej FiP, nasledovaná ekg špecifikáciou v prípade nálezu nepravidelného pulzu, môže priniesť výrazný profit pre pacientov.

# FiP ako primárny dôvod H



# FiP ako primárny dôvod H

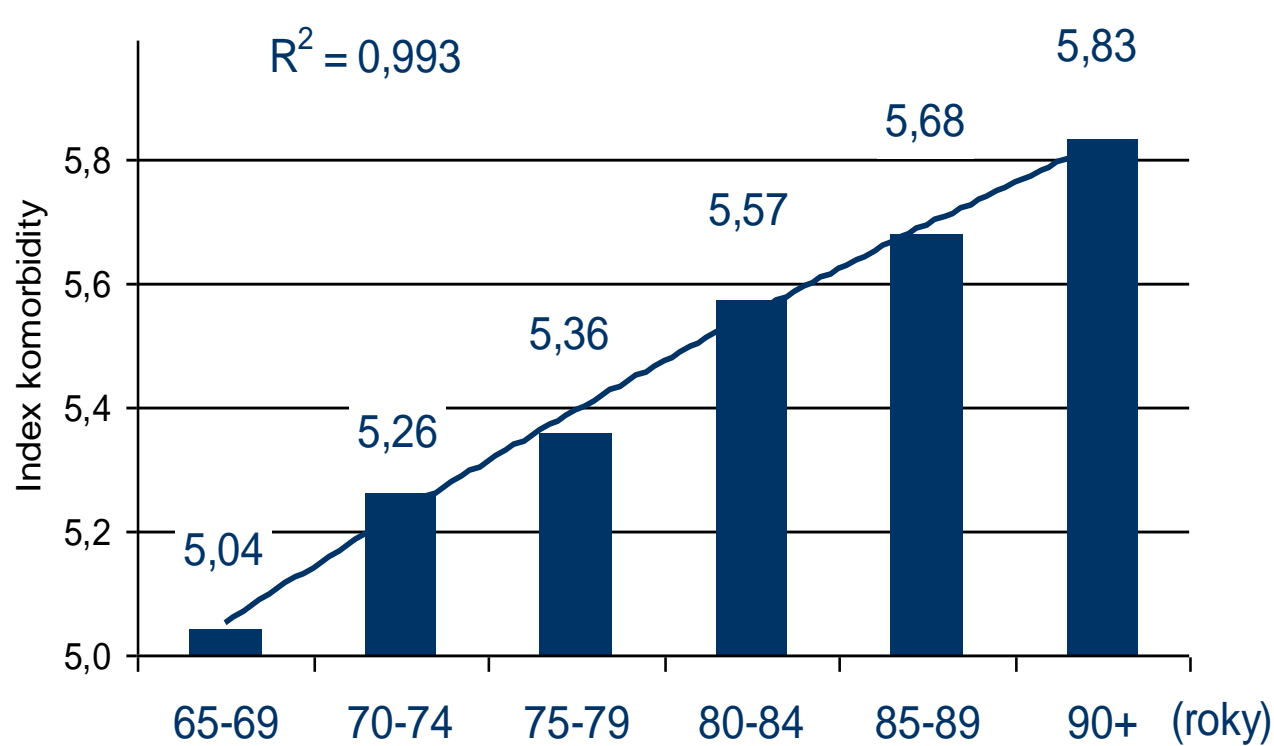


u 18,4 %  
s FiP

SAFIS

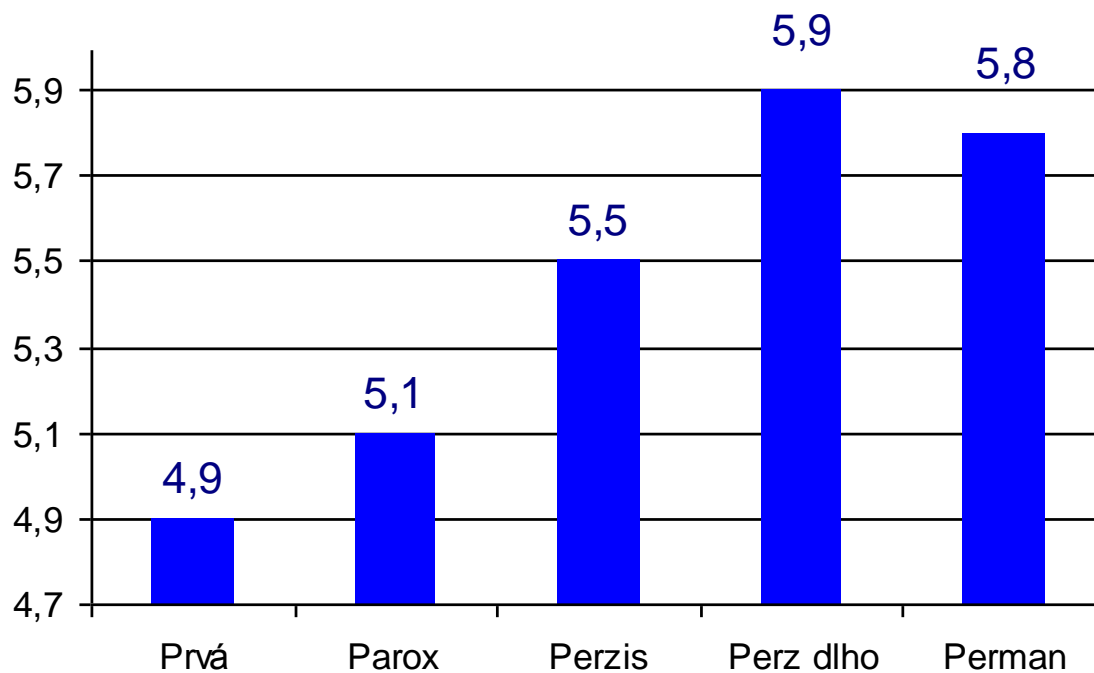
Komorbidity

# FiP a index komorbidity



5,5  
z max. 23

# FiP a index komorbidity



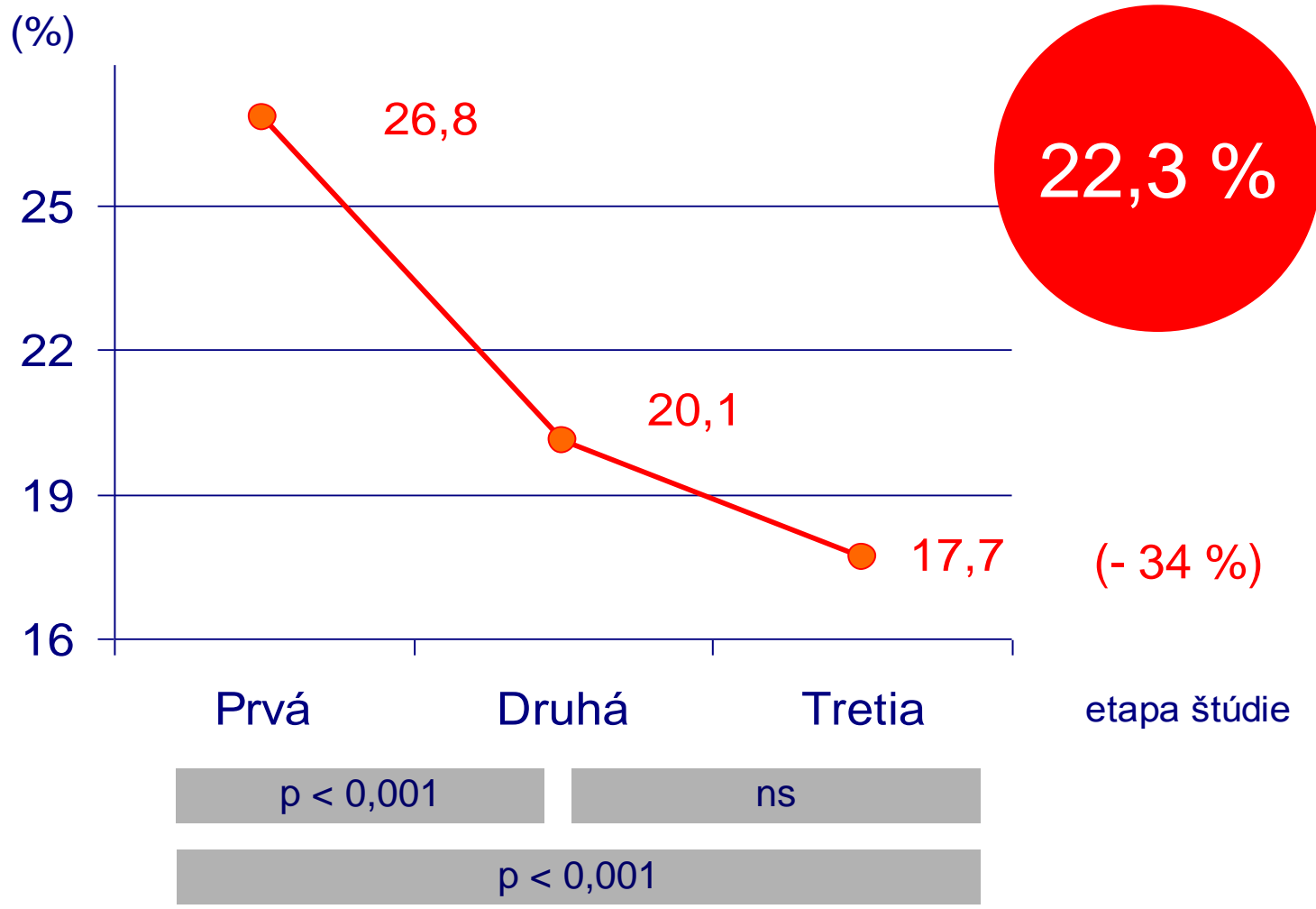
5,5  
z max. 23

<b>p</b>	< 0,001	< 0,001	< 0,001
<b>p</b>	< 0,001	< 0,001	< 0,001
<b>p</b>		0,002	0,003



SAFIS

Antiagregació



rozdiel

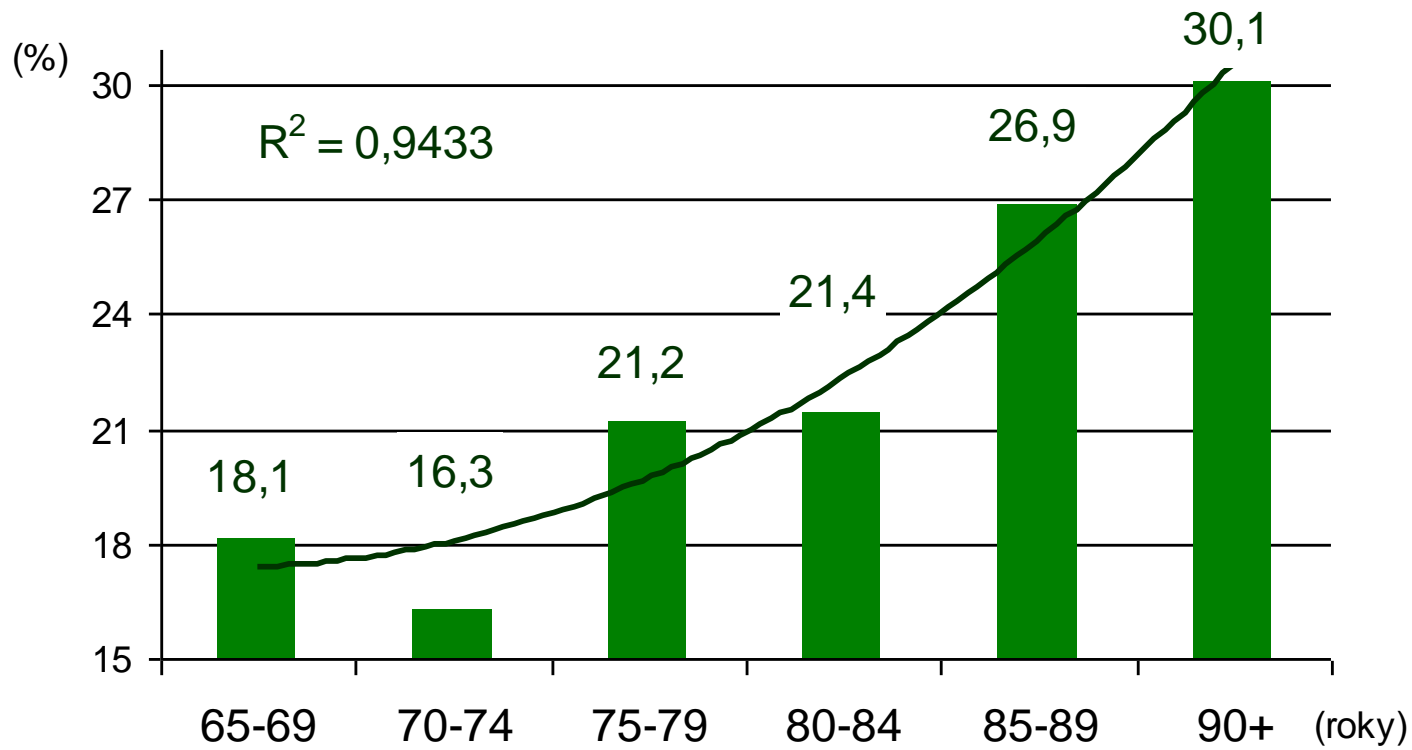
p

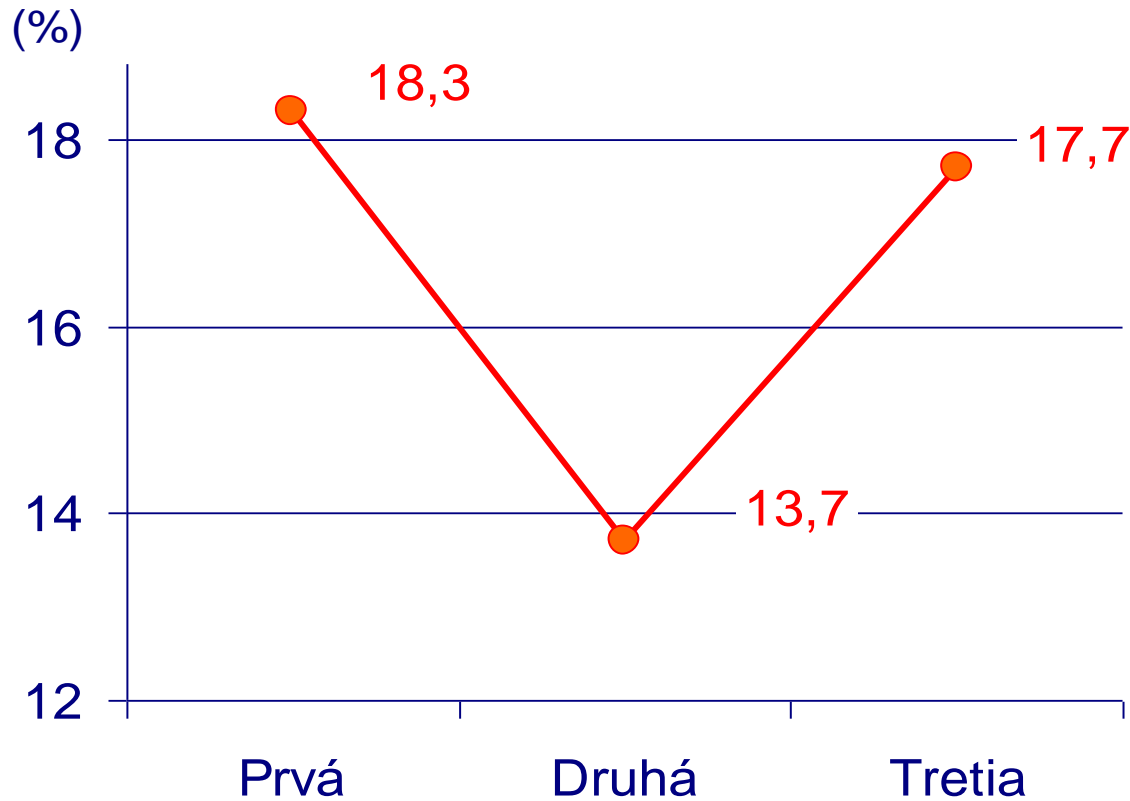
- 
- muži / ženy: 1,8 % ns
  - inštituc. / doma: 0,6 % ns
  - FiP ad H / nie ad H: 0,4 % ns

SAFIS

ASA

22,3 %



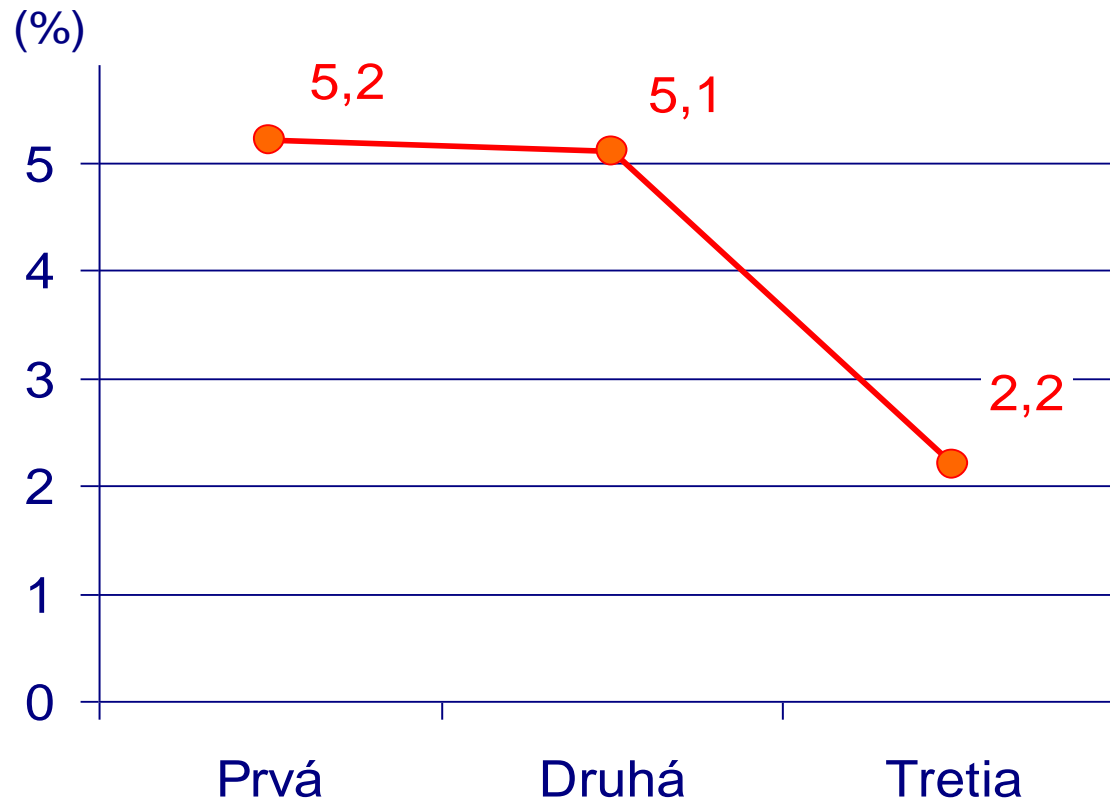


16,4 %

p < 0,001

p = 0,01

ns



4,5 %

ns

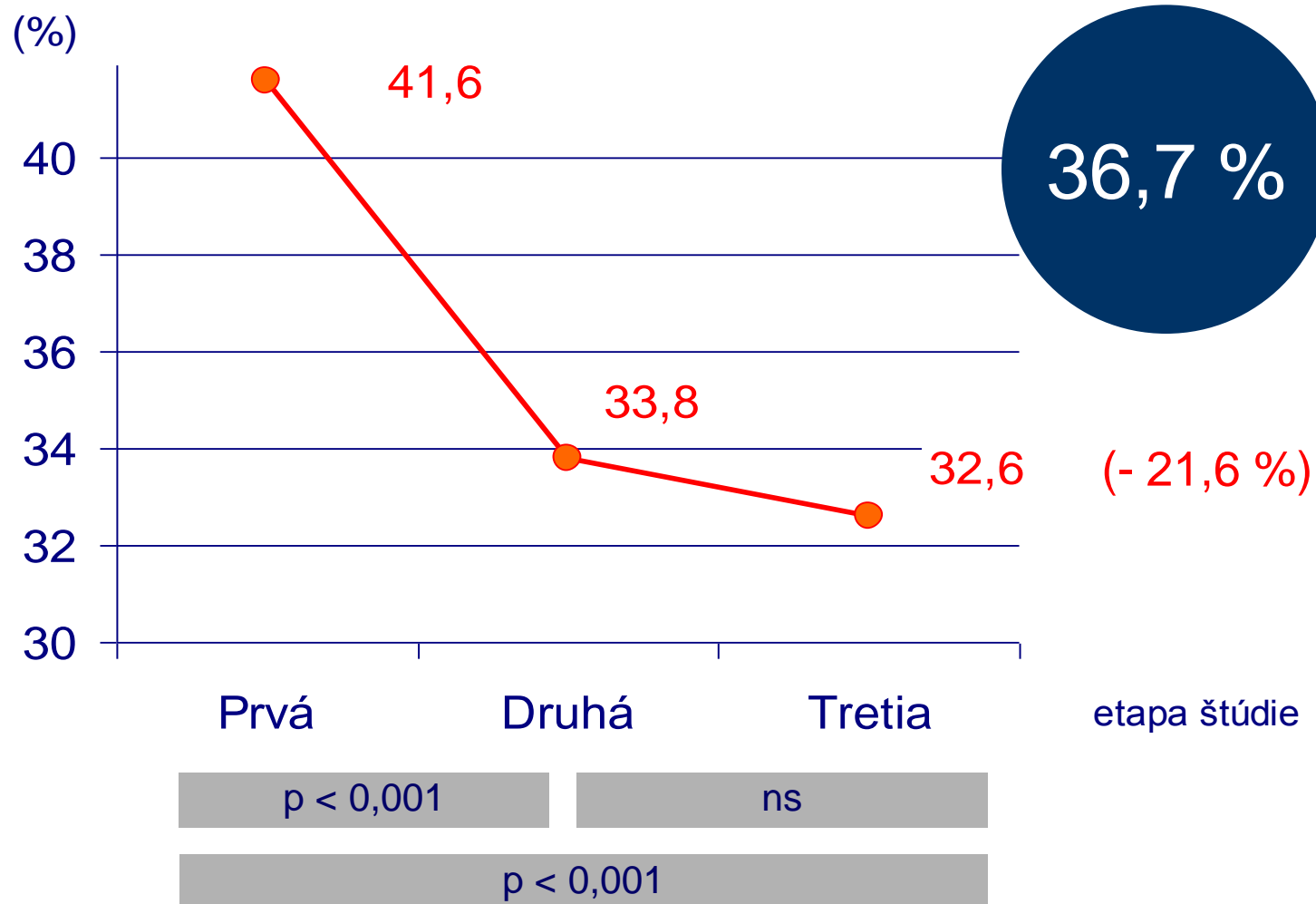
 $p = 0,001$  $< 0,001$

SAFIS

*Dipyridamol*

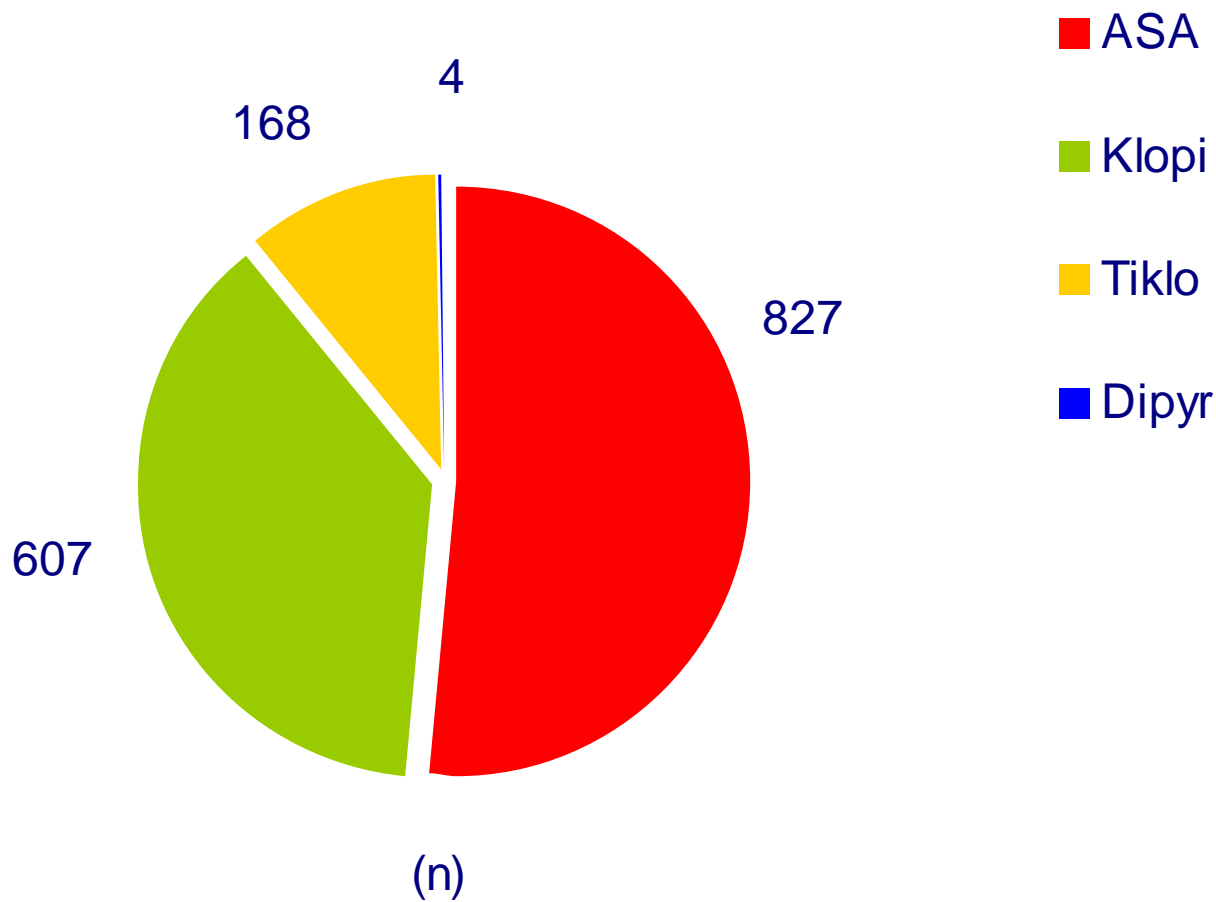
0,1 %

## Antiagreganciá

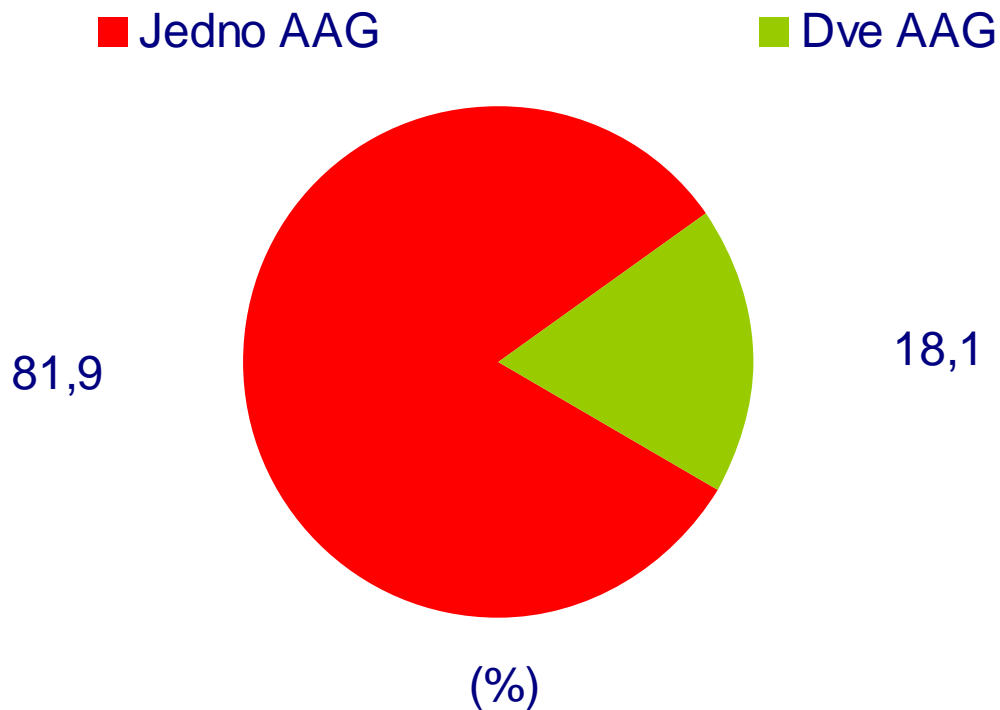




# Antiagreganciá

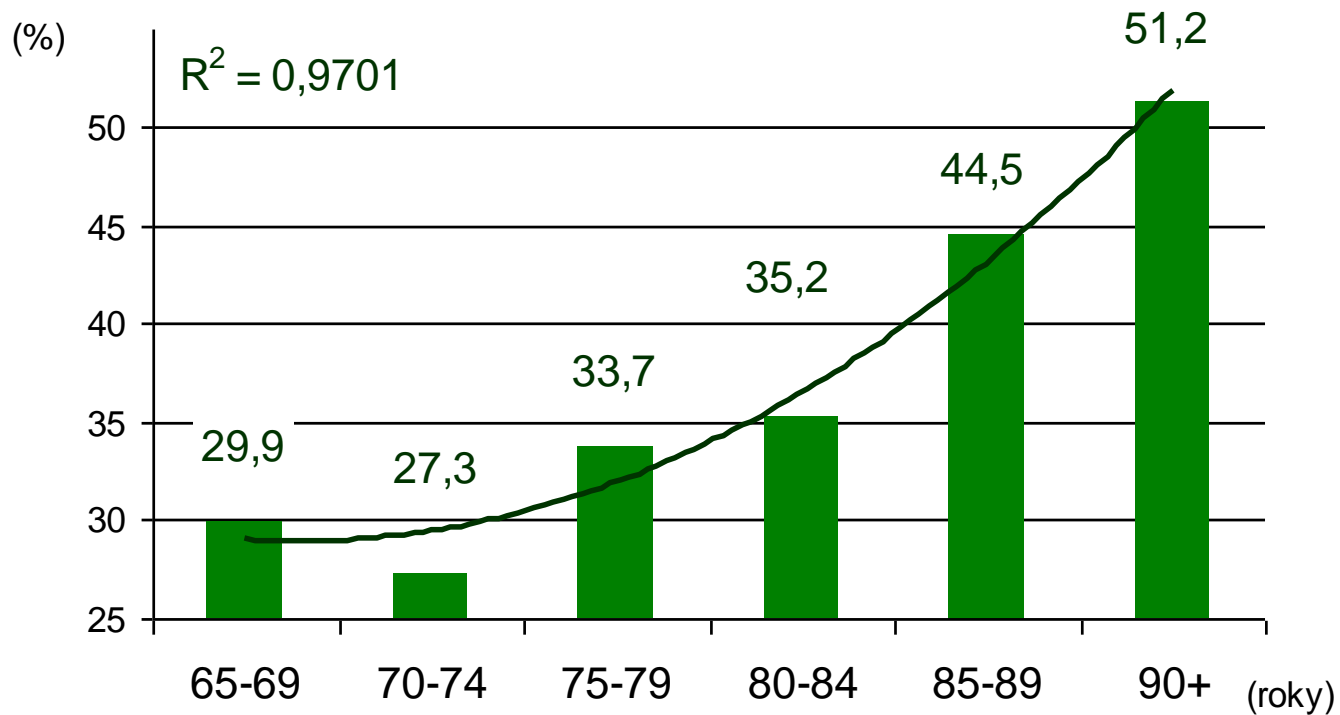


# Antiagreganciá



## Antiagreganciá

36,7 %



Údaje z domácich registrov naznačujú, že **tromboprofylaxia antiagreganciami** je u našich pacientov **nadužívaná**. Dôvodmi takejto praxe je pravdepodobne najmä pretrvávajúce mylné presvedčenie širokej lekárskej komunity:

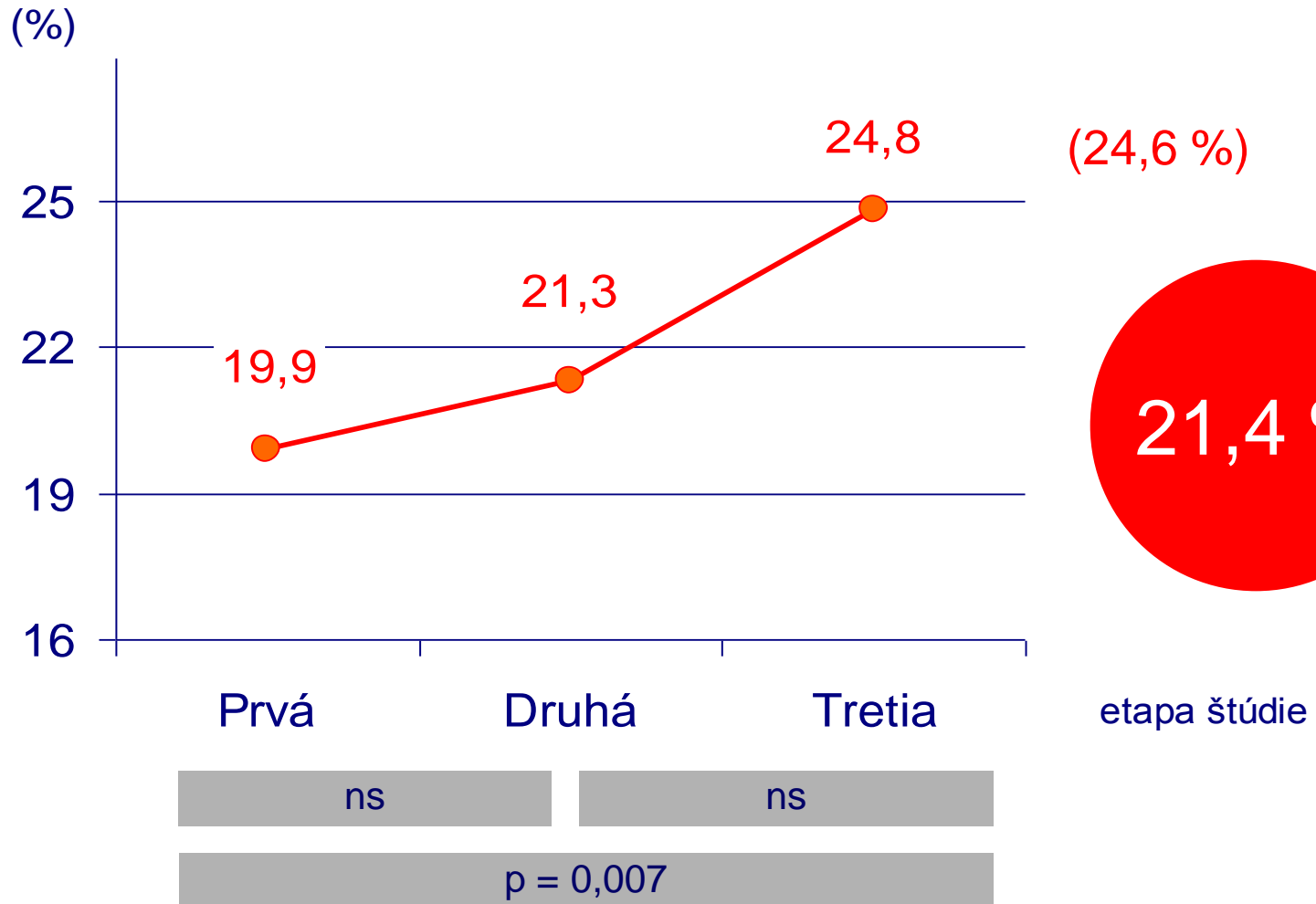


36,7 %

- b) že antiagreganciá prinášajú nižšie riziko závažných krvácaní, ako perorálne antikoagulanciá (čo nezodpovedá súčasným vedeckým poznatkom: hemoragické komplikácie pri používaní kyseliny acetylosalicylovej sú porovnateľné, ako pri niektorých nových antikoagulanciách a pri duálnej antitrombotickej liečbe sú porovnateľné s warfarínom a prevyšujú komplikácie nových antikoagulancií).

SAFIS

LMWH



Je pravdepodobné, že s predstavou tromboprofylaxie sa u našich pacientov **nadužívajú heparíny** (nedisponujú žiadnou medicínou dôkazov pre dlhodobú, t.j. viac ako dni až týždne trvajúcu tromboprofylaxiu pri FiP).



21,4 %

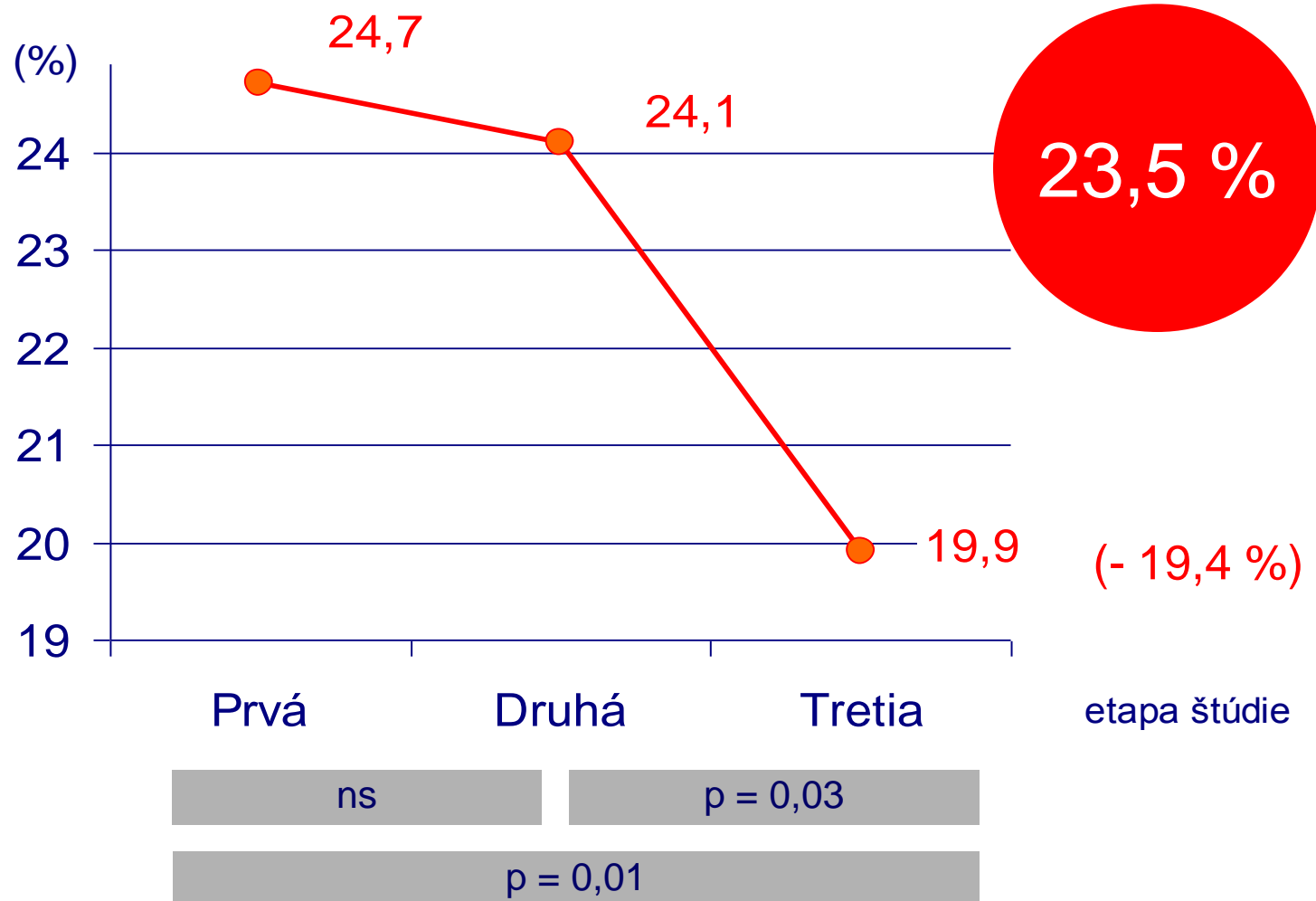
Heparíny sa majú používať najmä v osobitných situáciách (napr. premostenie pri začatí perorálnej antikoagulačnej liečby, pri akútnej kardioverzii a v jej periprocedurálnom období, pri ablačných výkonoch, v kontexte akútnych koronárnych syndrómov).

SAFIS

Antikoagulácia



# Warfarin



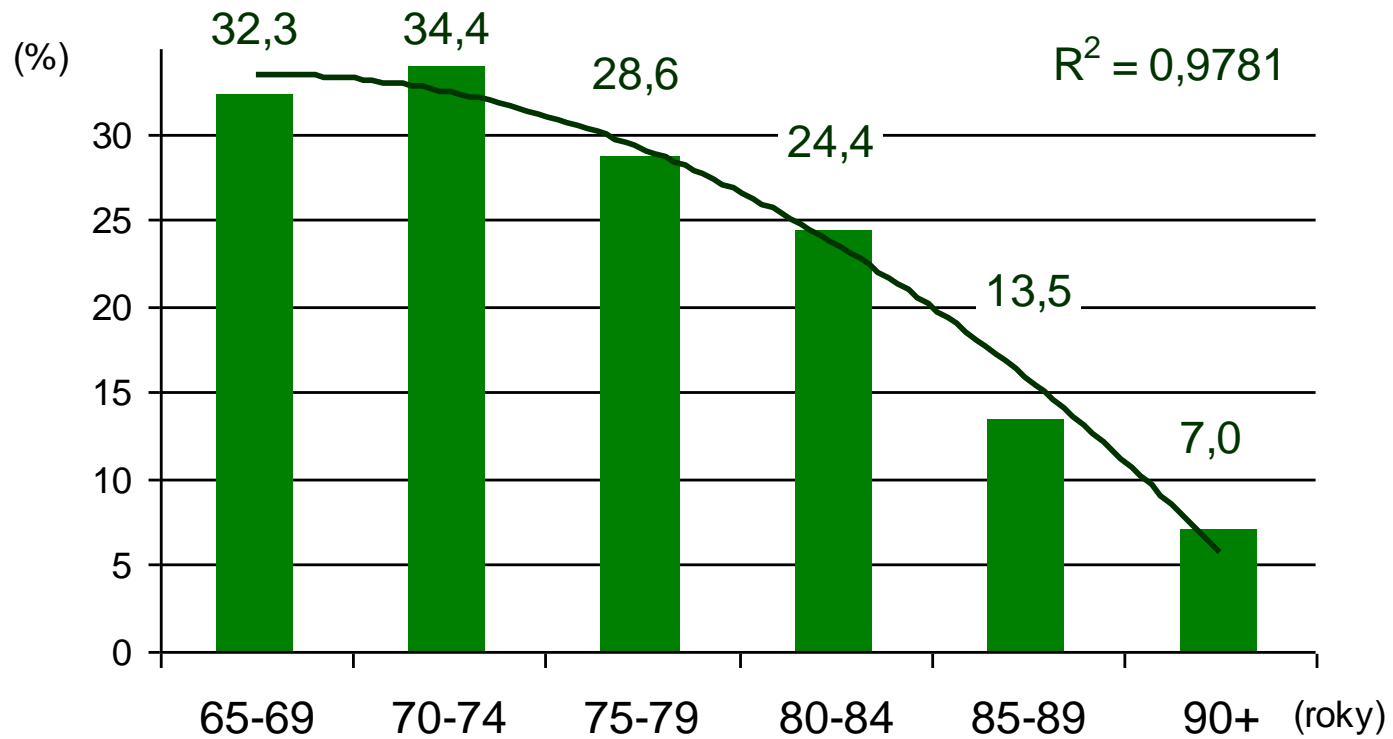
## Warfarin

23,5 %

	rozdiel	p
● muži / ženy:	1,6 %	ns
● inštituc. / <b>doma</b> : (8,1 vs 25,9)	- 17,8 %	< 0,001
● <b>FiP ad H</b> / nie ad H: (38,2 vs 19,8)	18,4 %	< 0,001

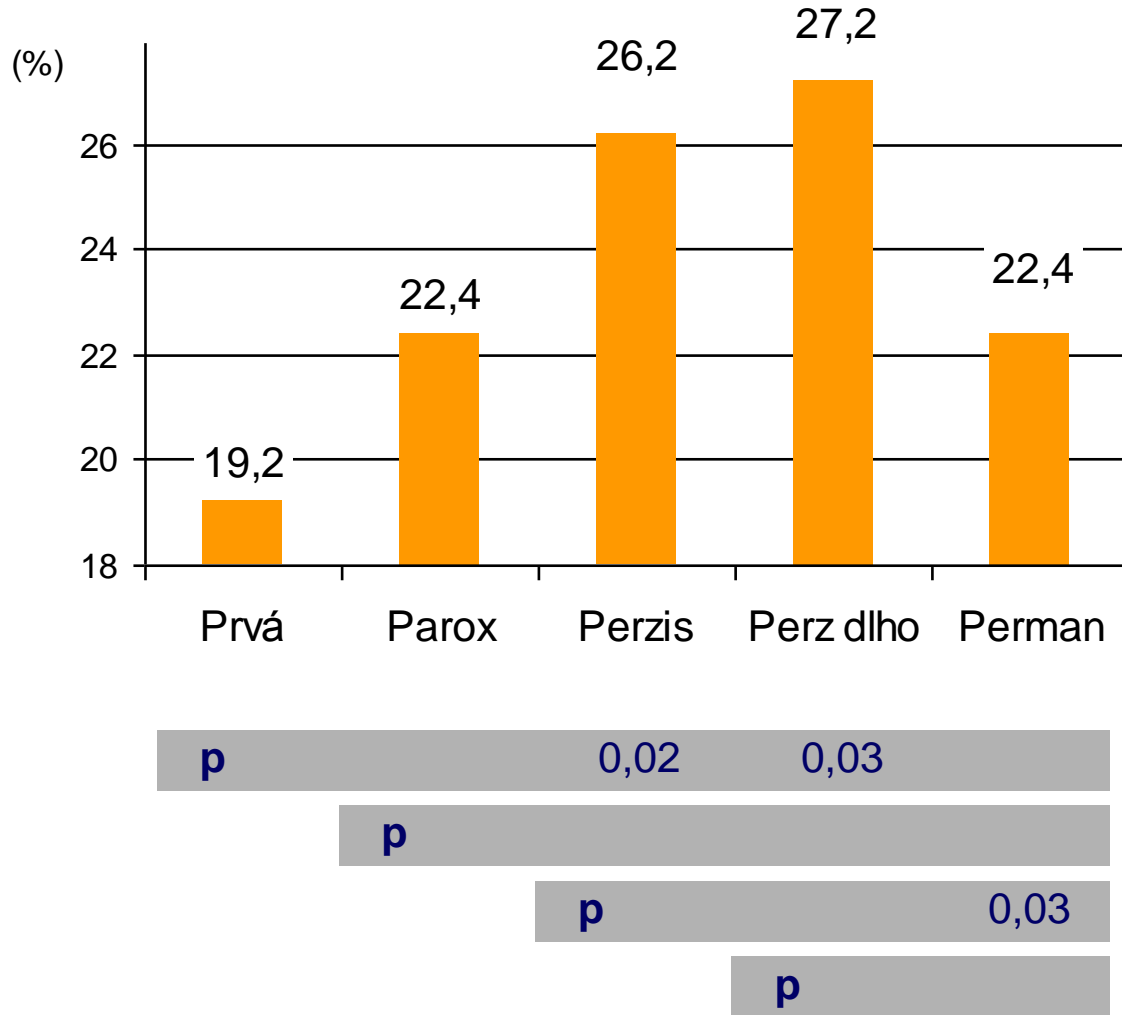
## Warfarin

23,5 %

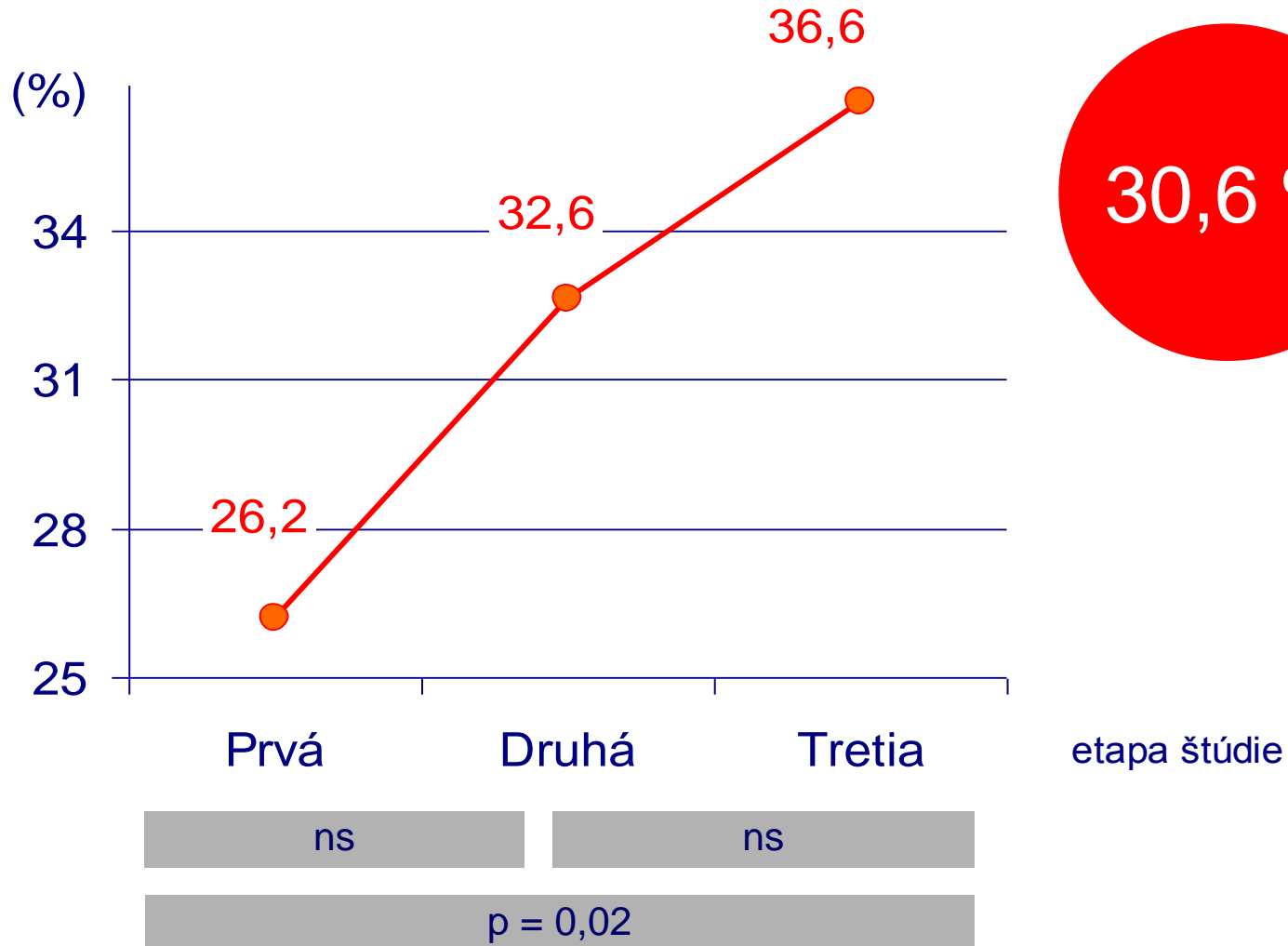


# Warfarin

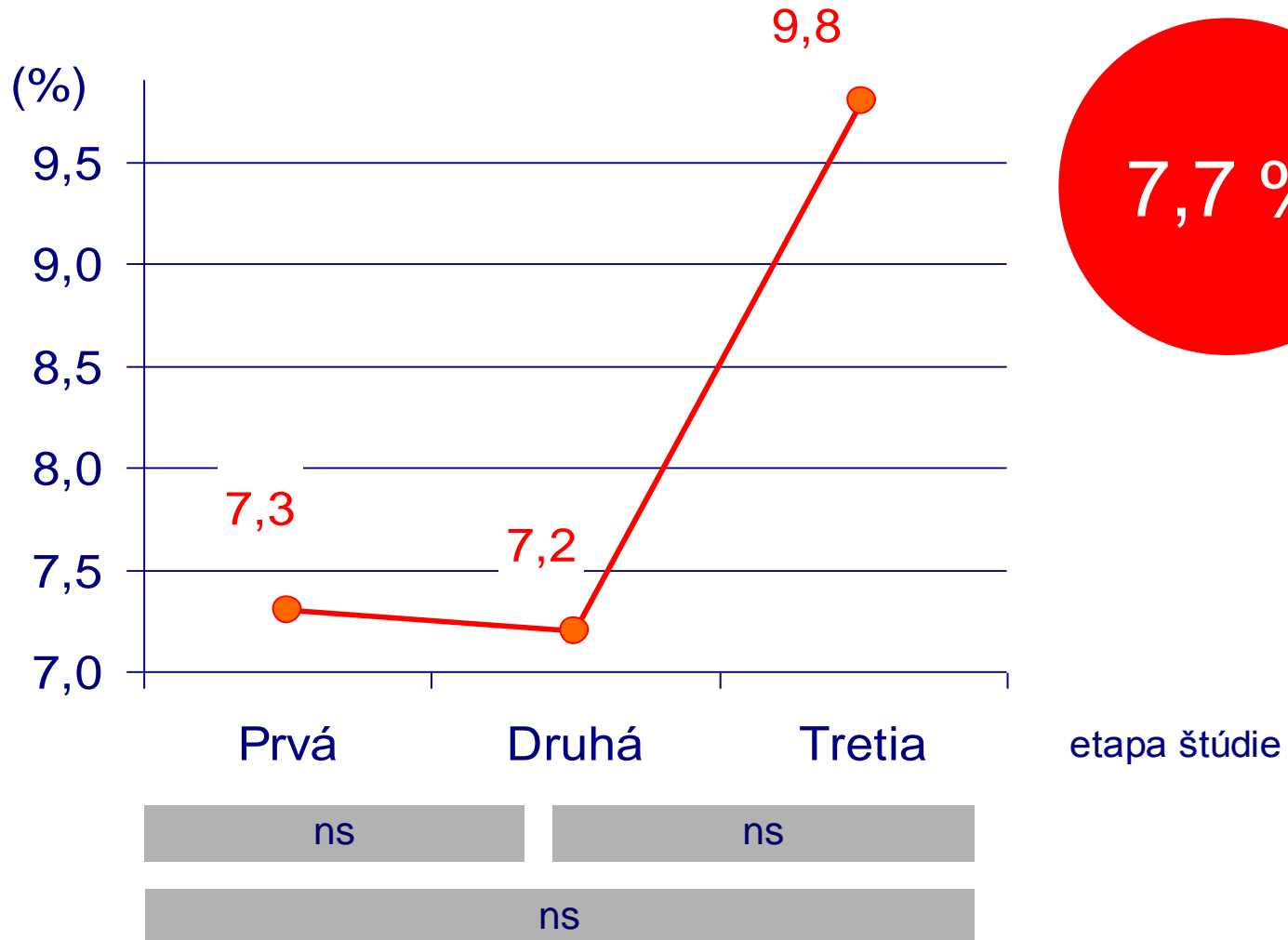
23,5 %



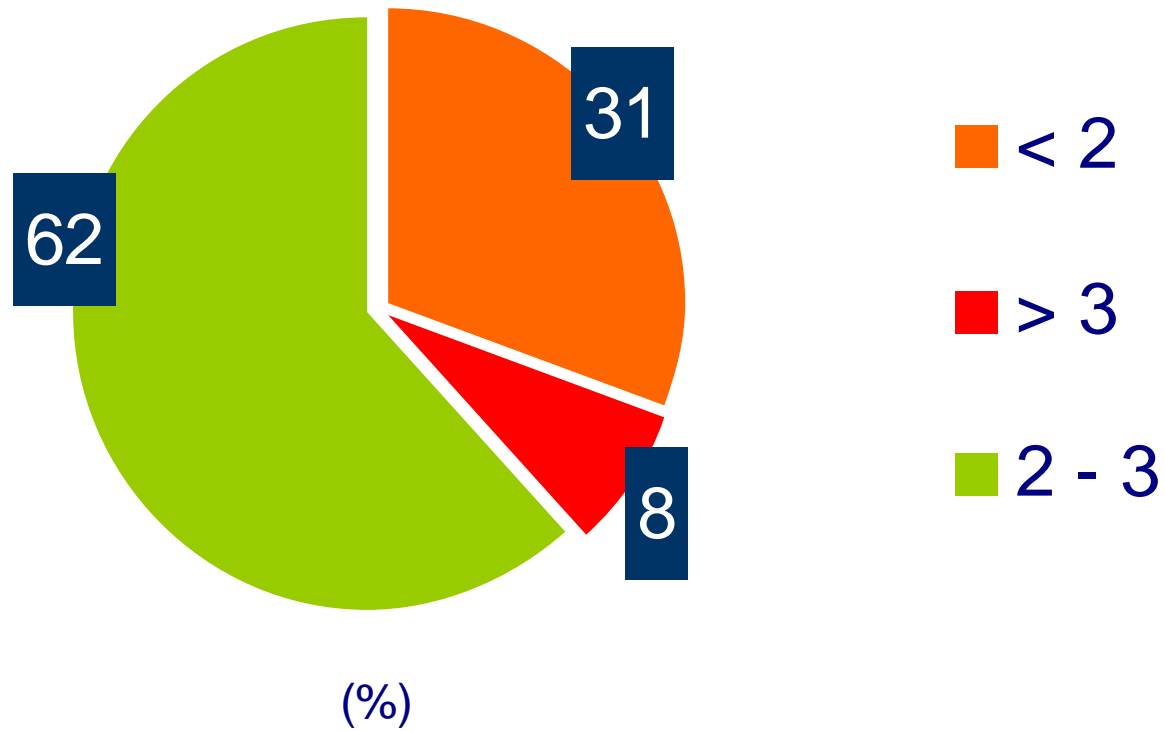
$INR < 2$  (u warfarinizovaných)

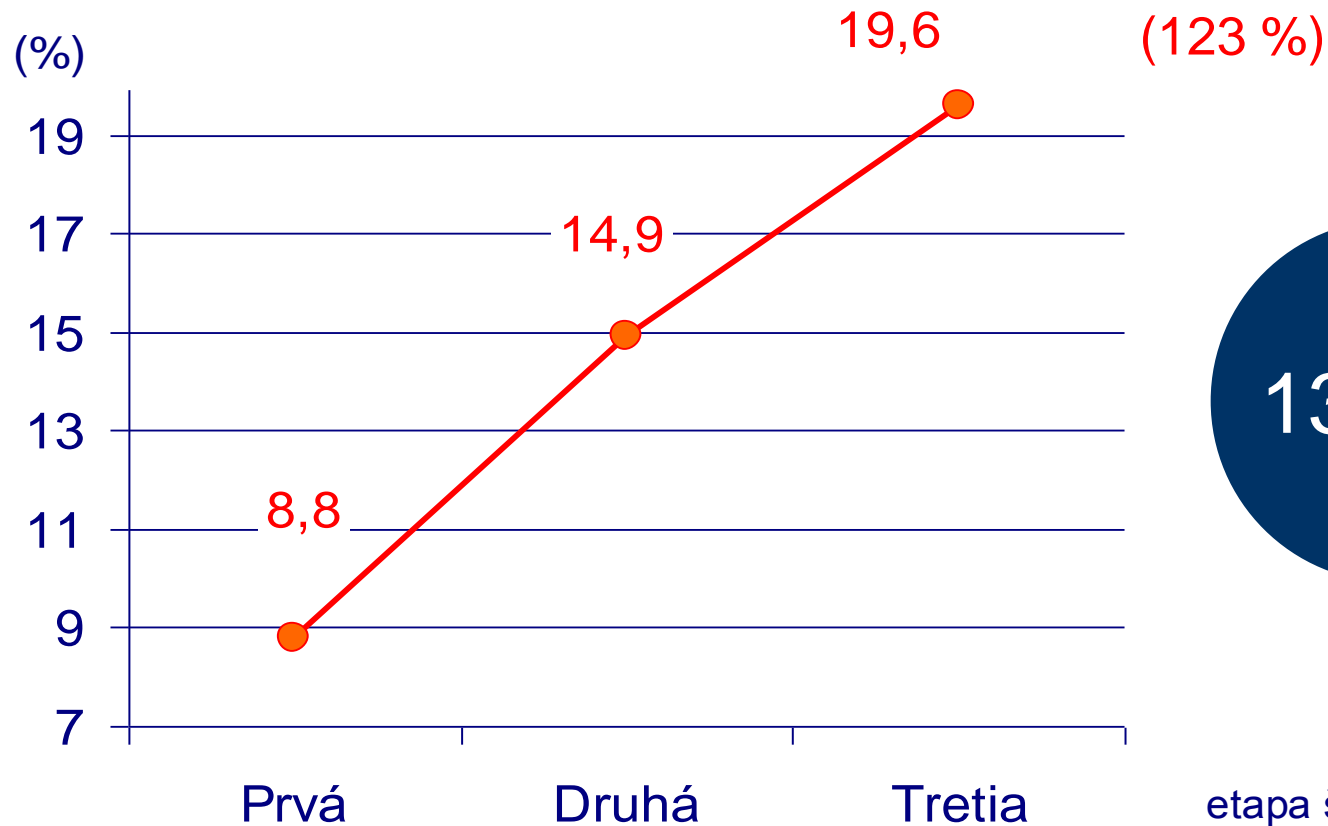


$INR > 3$  (u warfarinizovaných)



# INR (u warfarinizovaných)





13,4 %

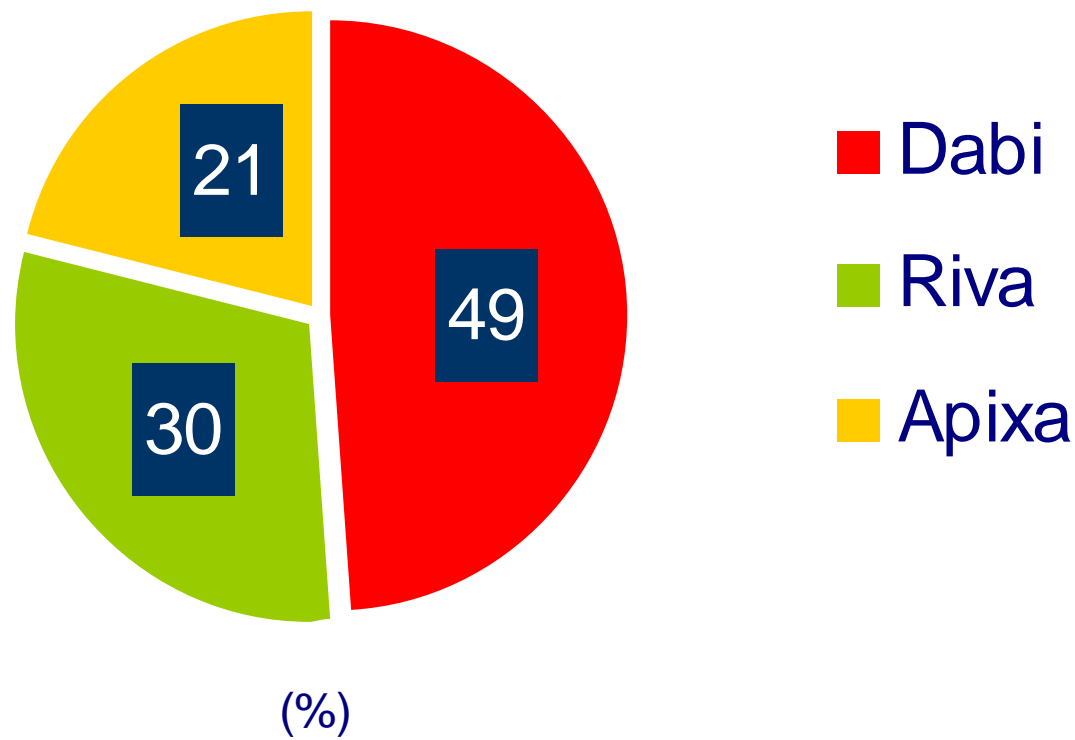
etapa štúdie

$p < 0,001$        $p = 0,005$   
 $p < 0,001$



SAFIS

NOAK



rozdiel

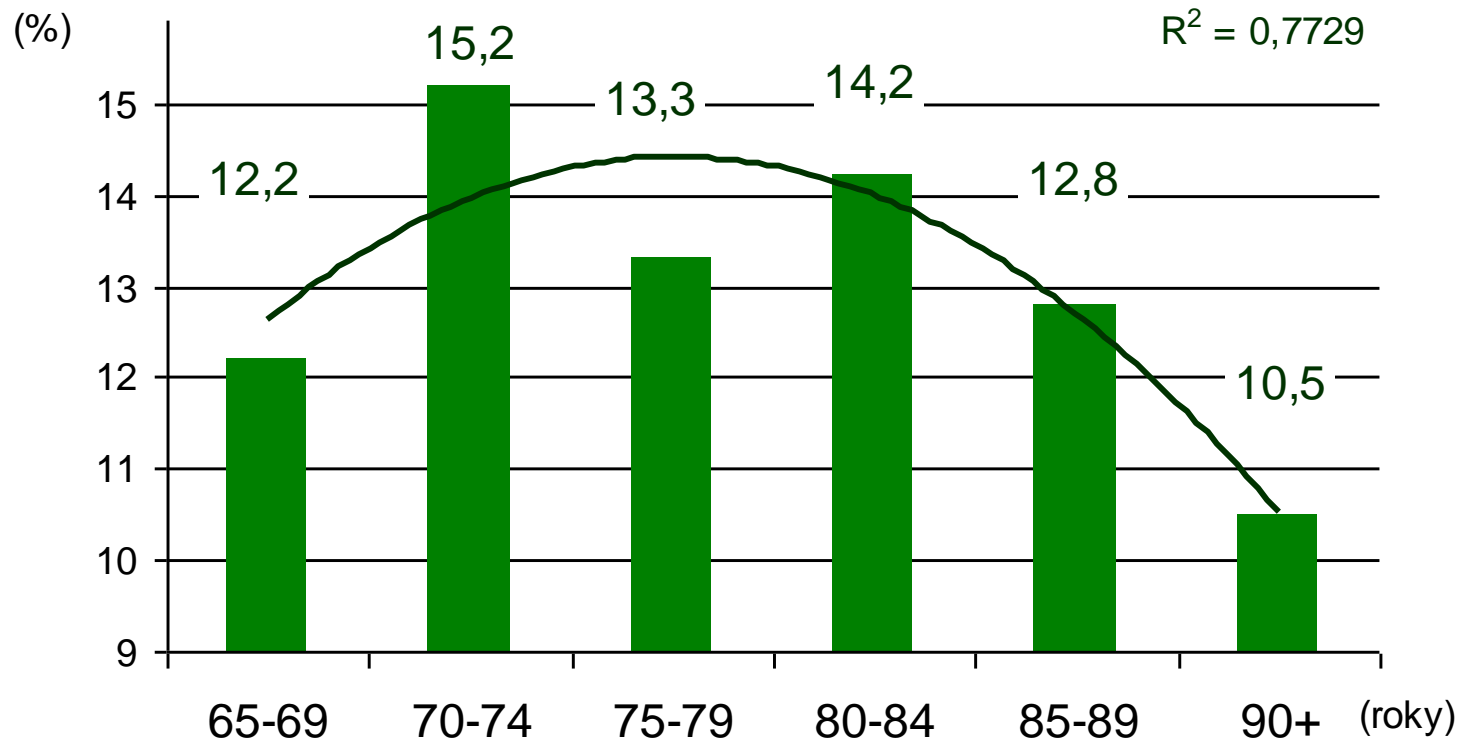
p

- 
- muži / ženy: 0,8 % ns
  - inštituc. / doma: 1,4 % ns
  - FiP ad H / nie ad H: 2,2 % ns

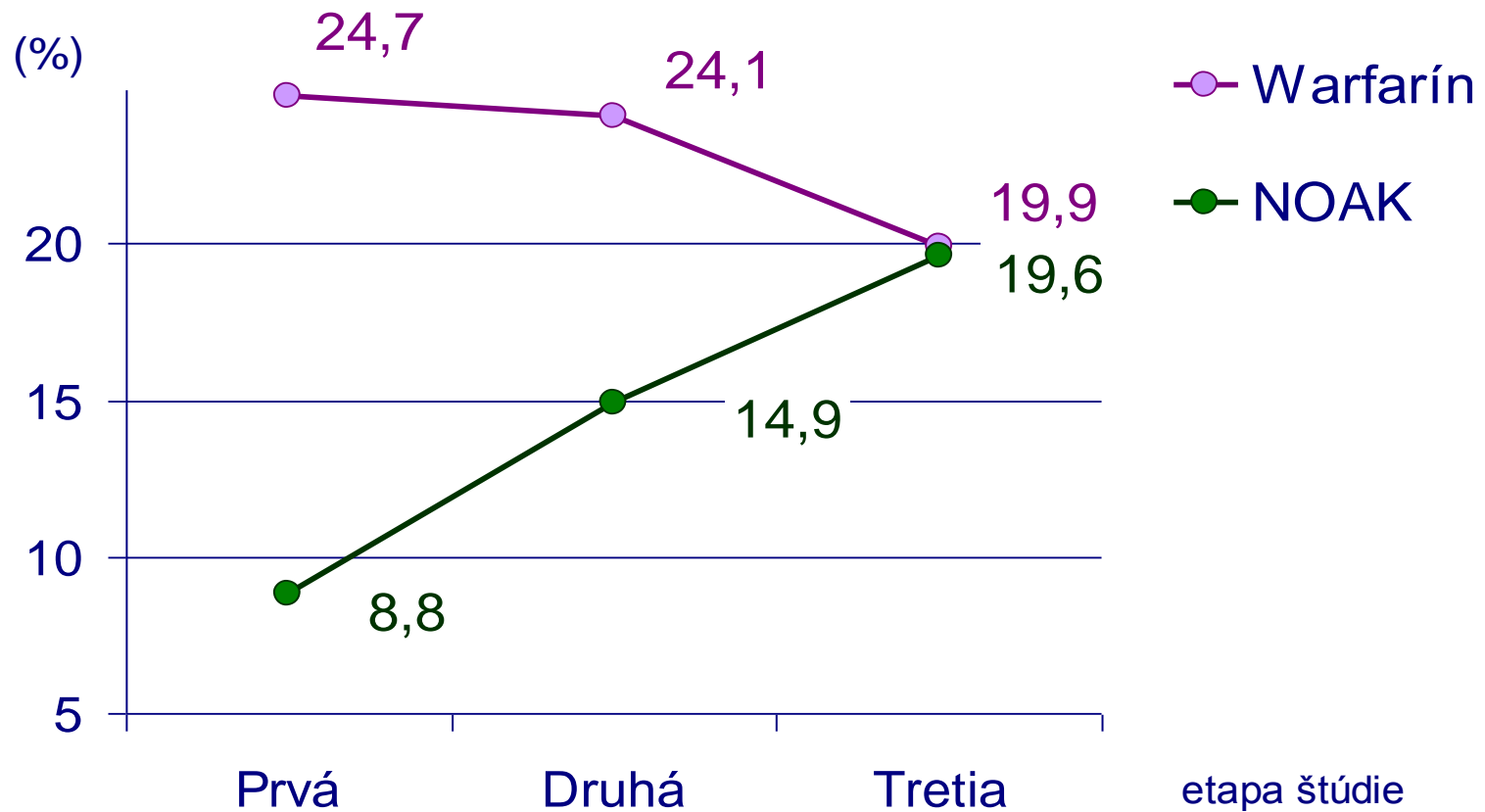
SAFIS

NOAK

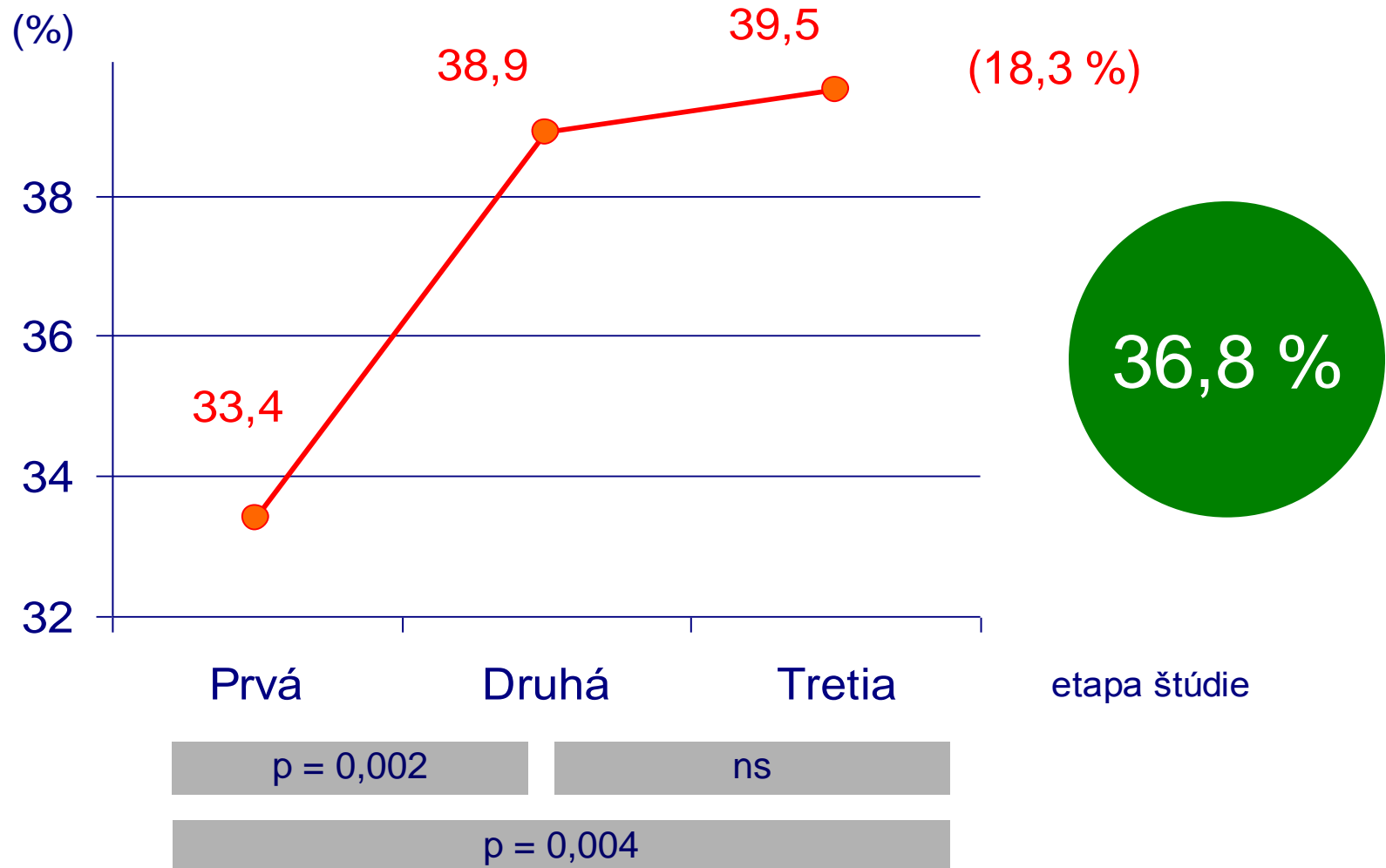
13,4 %



## Antikoagulácia



## Antikoagulácia



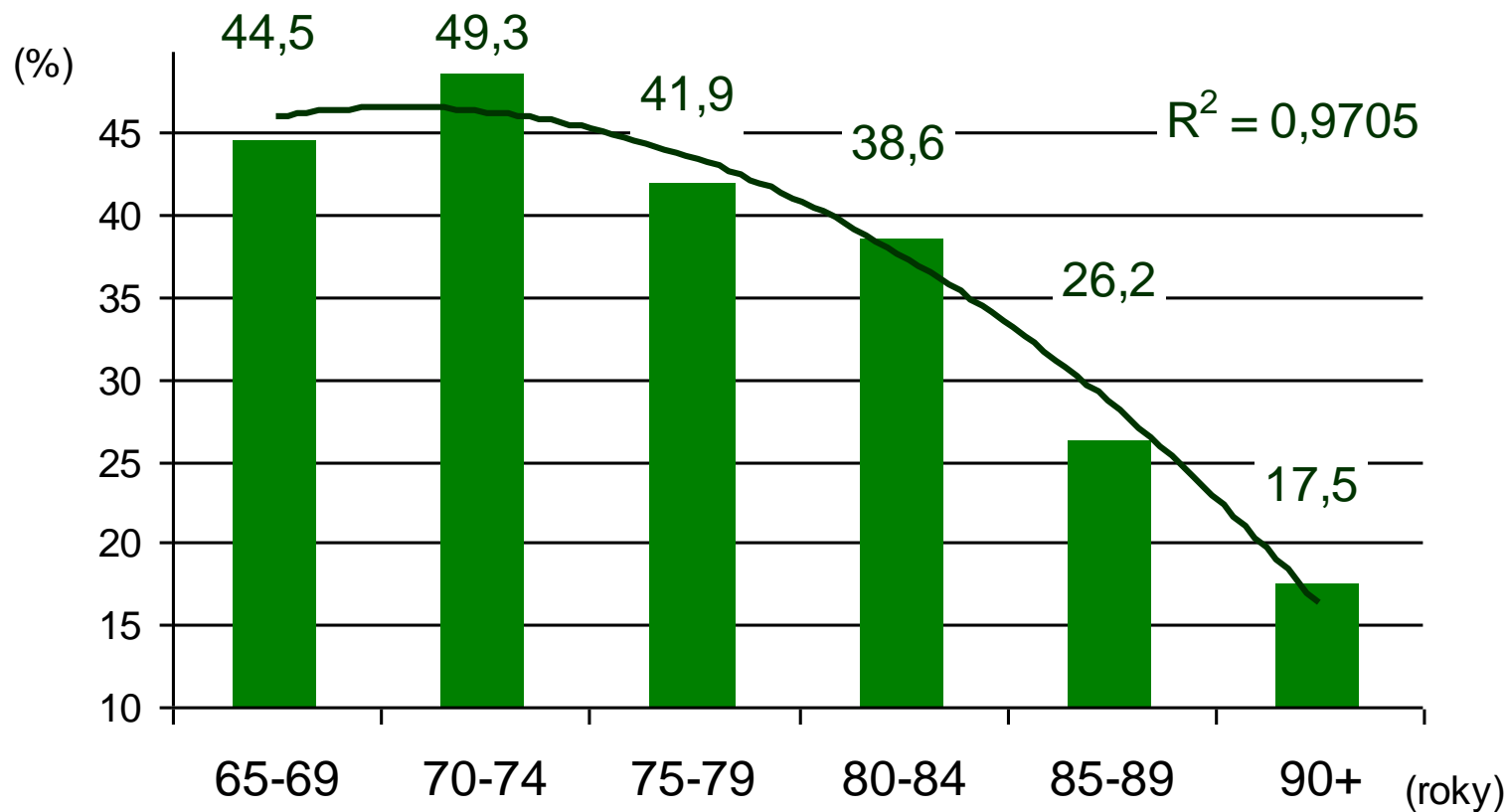
## Antikoagulácia

36,8 %

	rozdiel	p
● muži / ženy:	2,5 %	ns
● inštituc. / <b>doma</b> : (20,3 vs 39,4)	- 19,1 %	< 0,001
● <b>FiP ad H</b> / nie ad H: (49,8 vs 33,5)	16,3 %	< 0,001

## Antikoagulácia

36,8 %



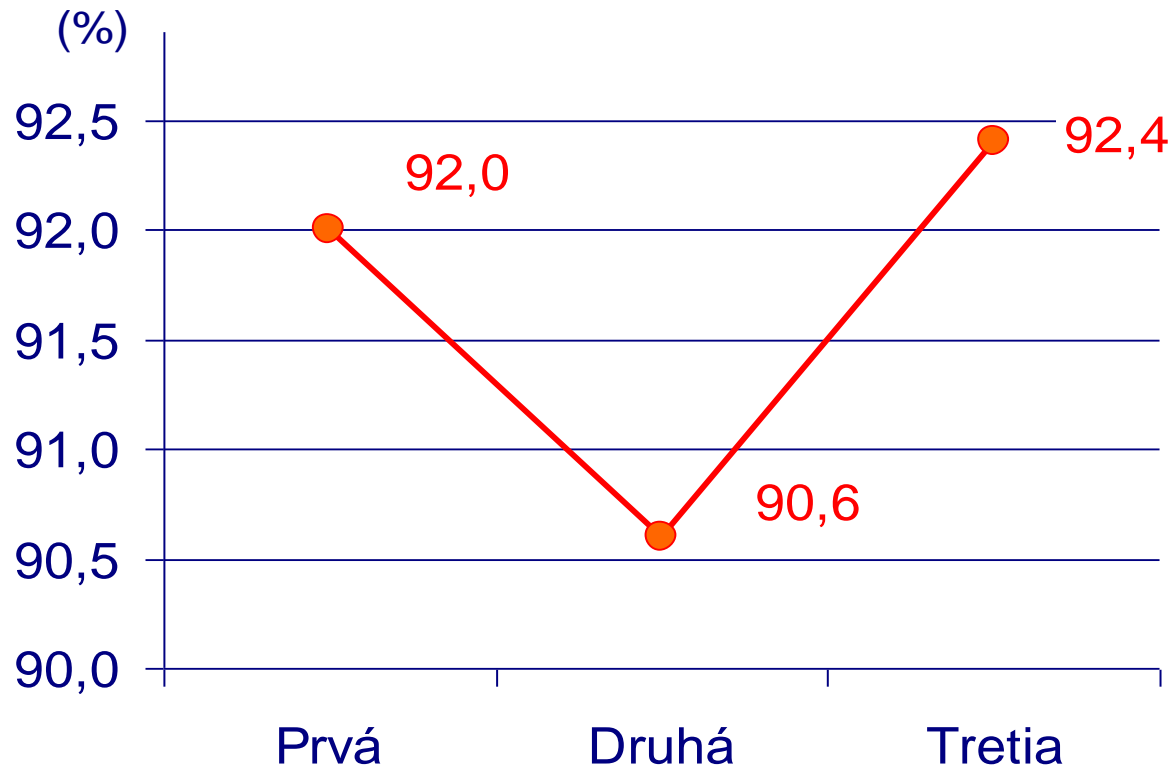
SAFIS

Farmak. prevencia tromboembólie

AAQ, LMWH, AK



# Farmakologická prevencia TE



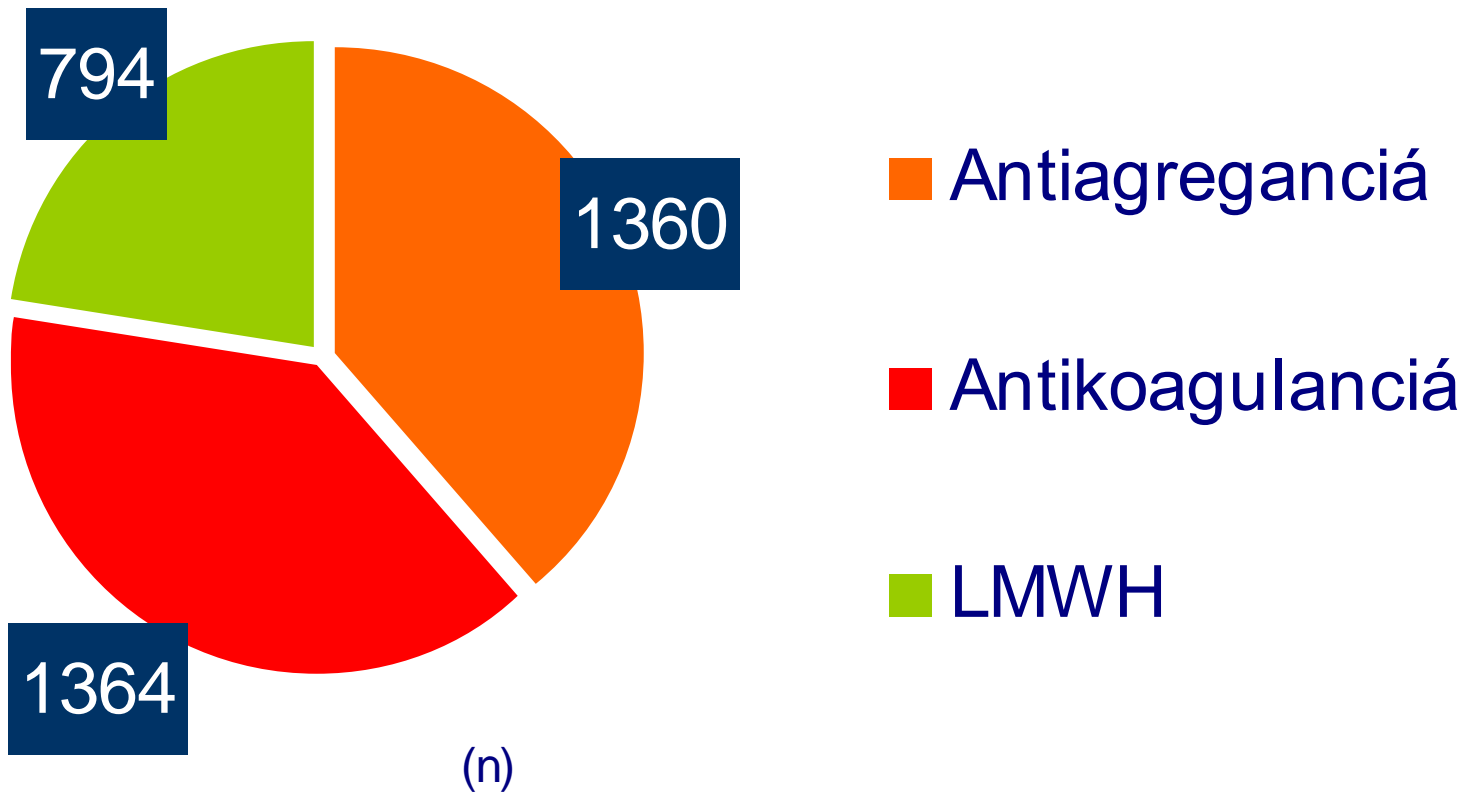
91,5 %

ns ns ns

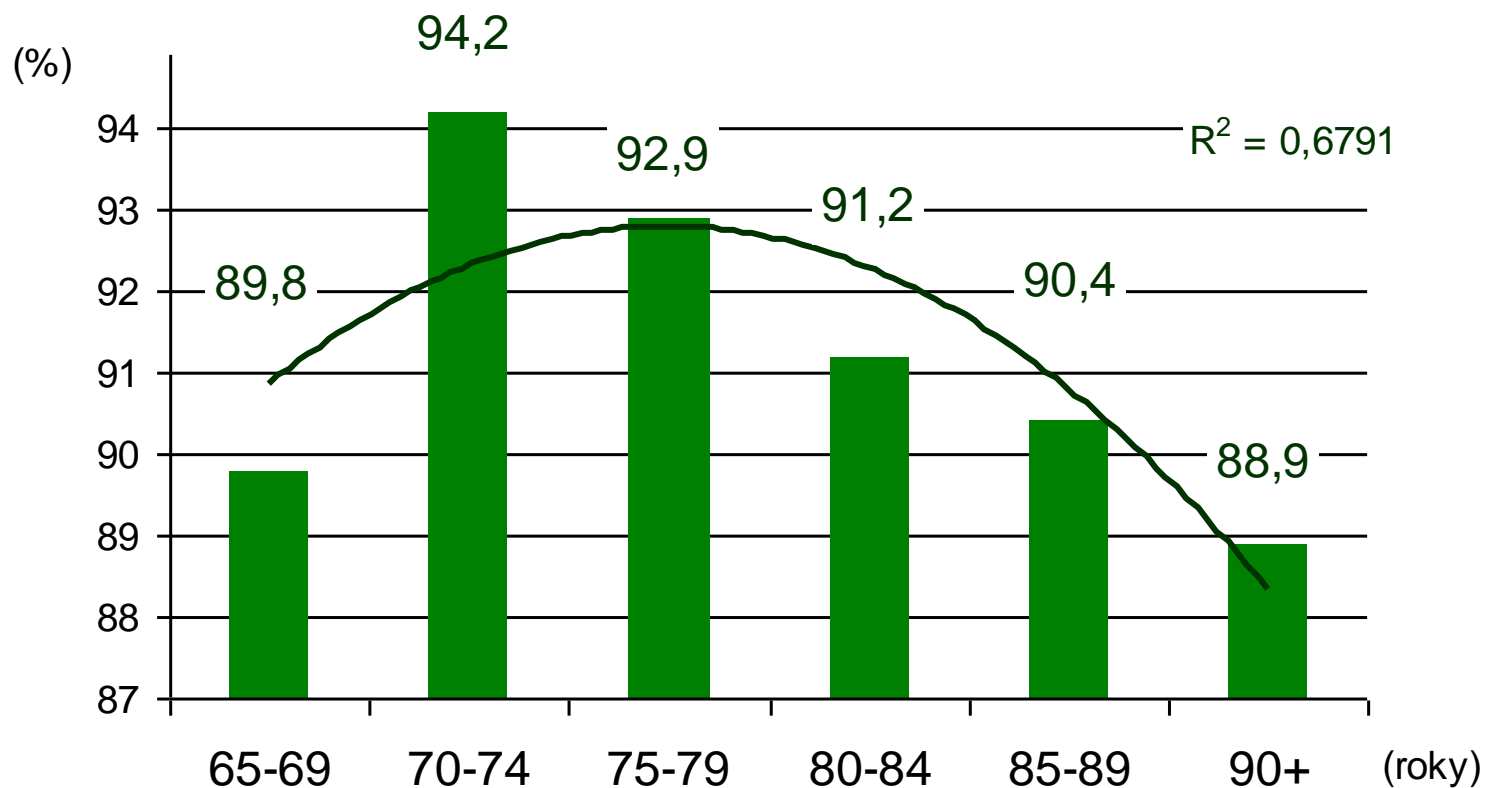
# Farmakologická prevencia TE

	rozdiel	p
● muži / ženy:	0,6 %	ns
● <b>inštituc.</b> / doma: (92,3 vs 86,4)	5,9 %	< 0,001
● <b>FiP ad H</b> / nie ad H: (95,0 vs 90,6)	5,6 %	< 0,001

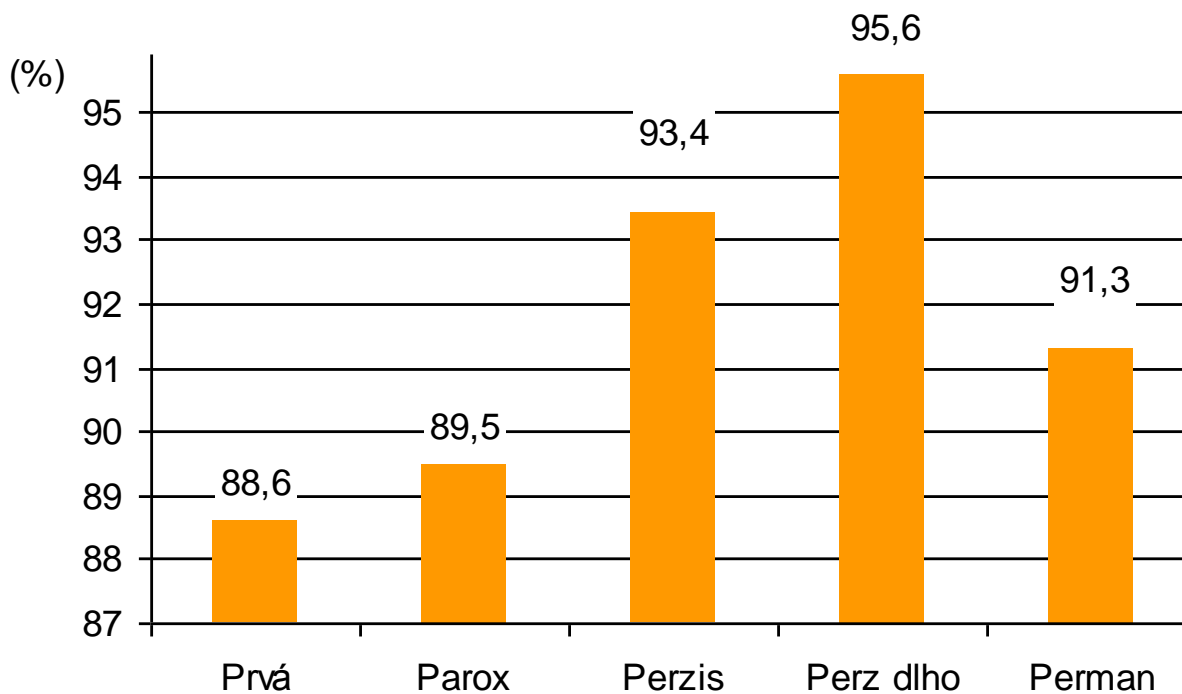
# Farmakologická prevencia TE



# Farmakologická prevencia TE



# Farmakologická prevencia TE



p

0,007

0,004

p

0,003

0,005

p

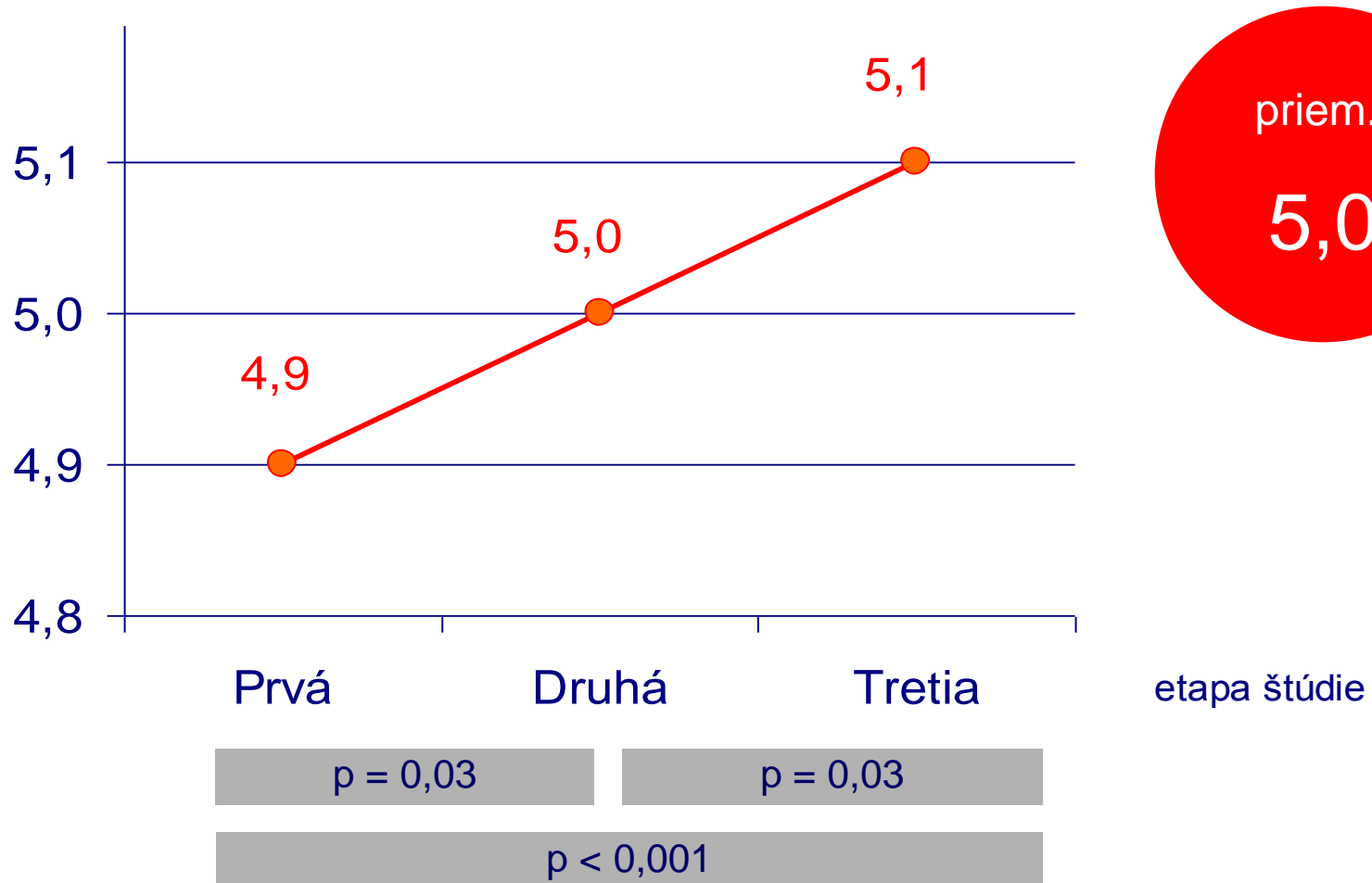
0,05

p

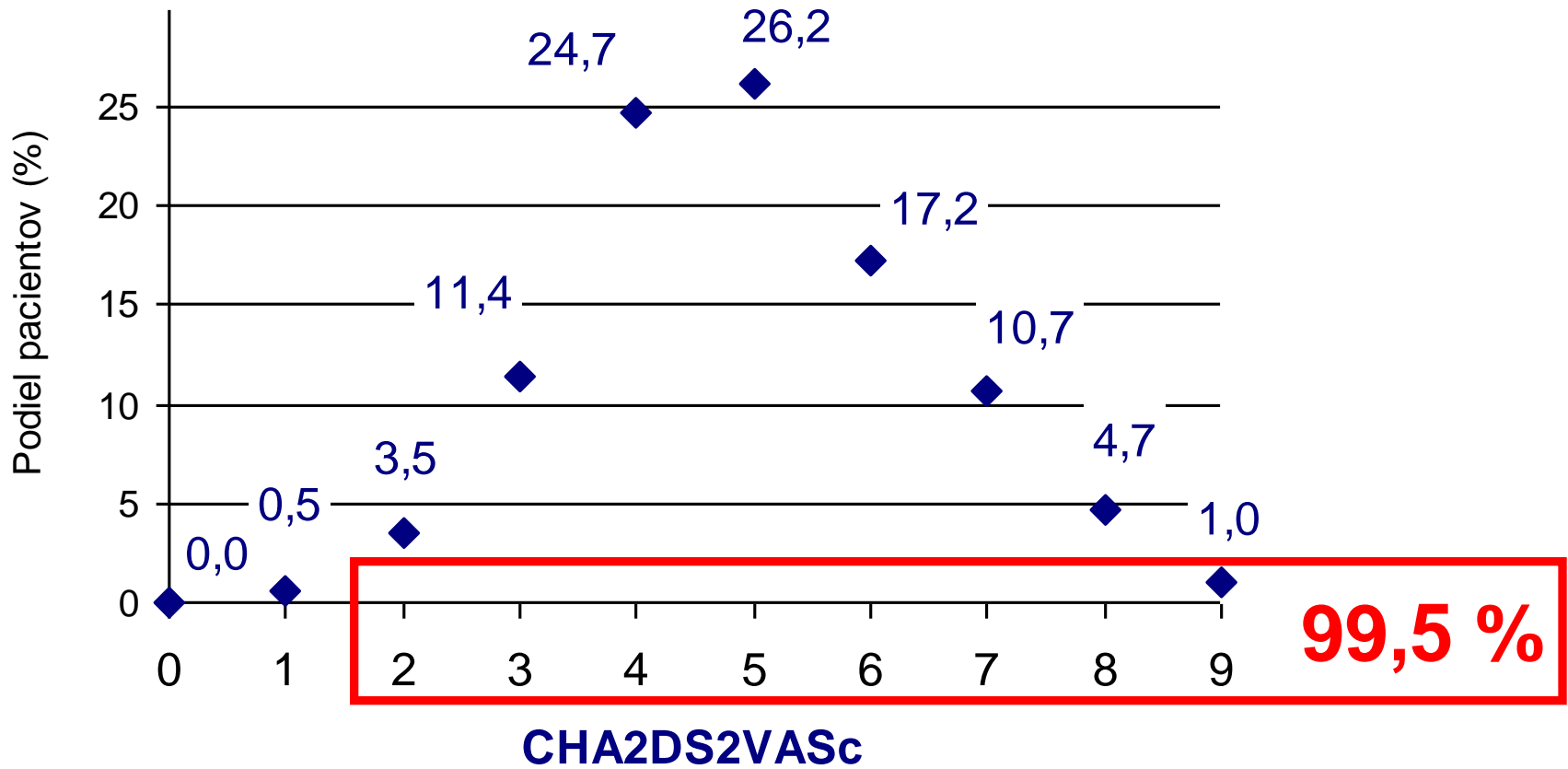
0,03

# Kvalita farmakologickej prevencie TE

- CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc
- HAS-BLED

CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc

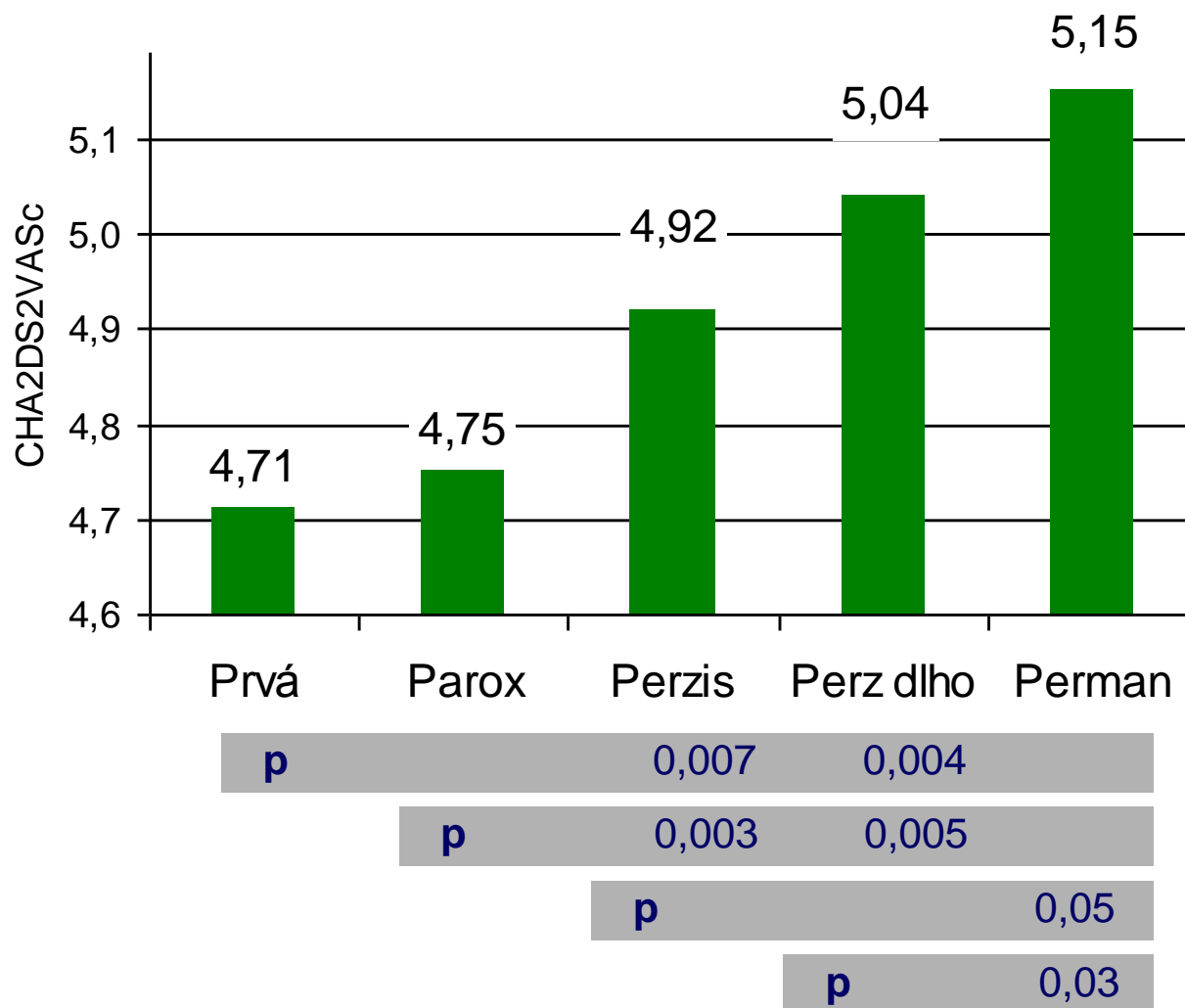
# CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc

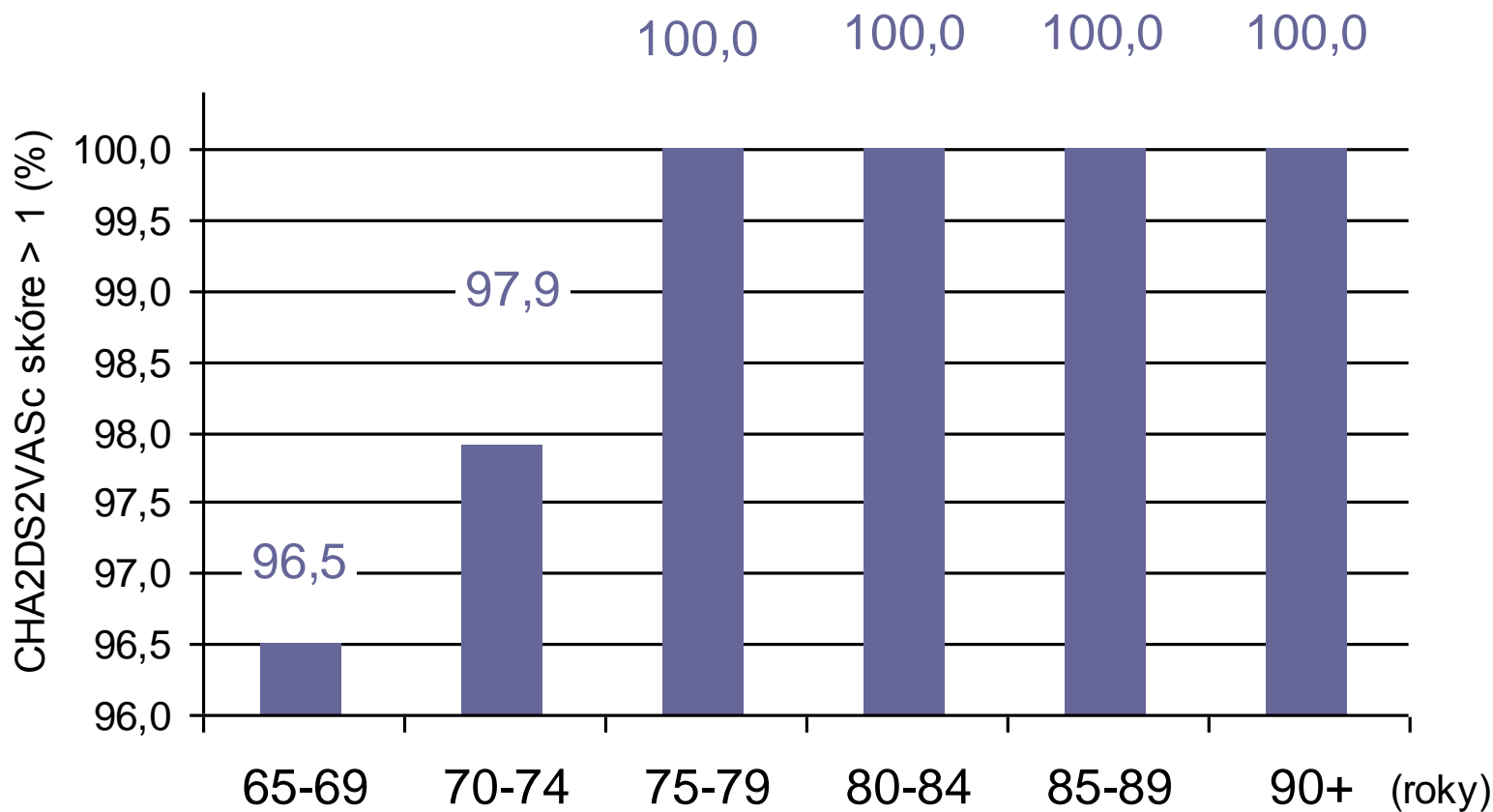


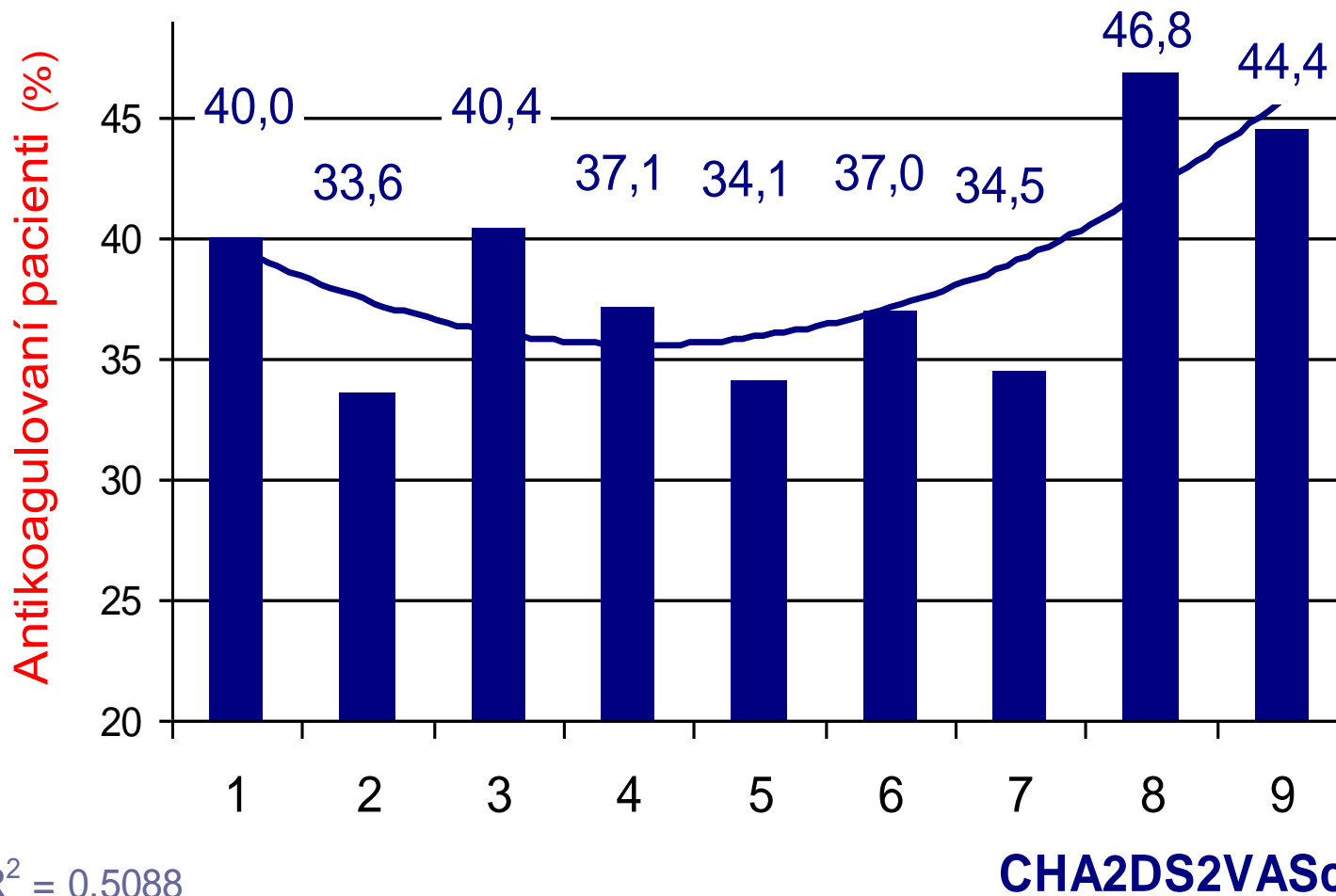


CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc

5,0



$CHA_2DS_2VASc > 1$ 

CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc

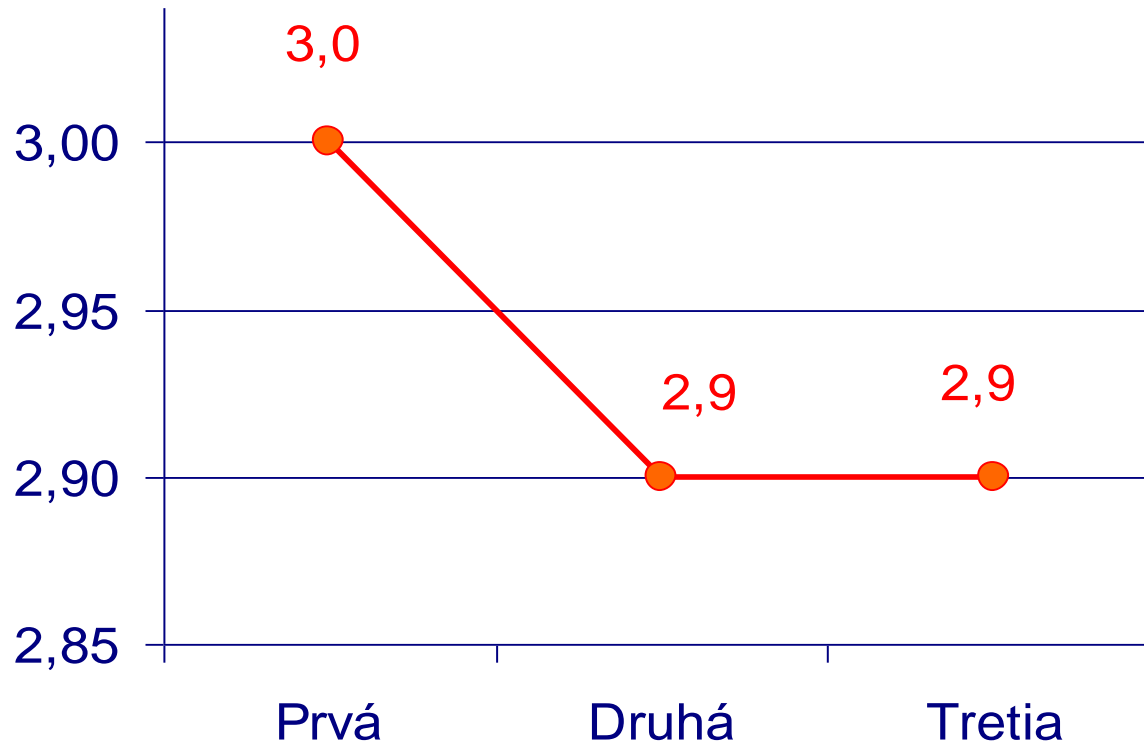
SAFIS

CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc

	CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> VASc		Spolu
	0 – 1	2 a viac	
Antikoagulovaní	0,2 %	<b>36,6 %</b>	36,8 %
Neantikoagulovaní	0,3 %	<b>62,9 %</b>	63,2 %
Spolu	0,5	99,5 %	100,0 %

potenciálne antikoagulovateľní

## HAS-BLED

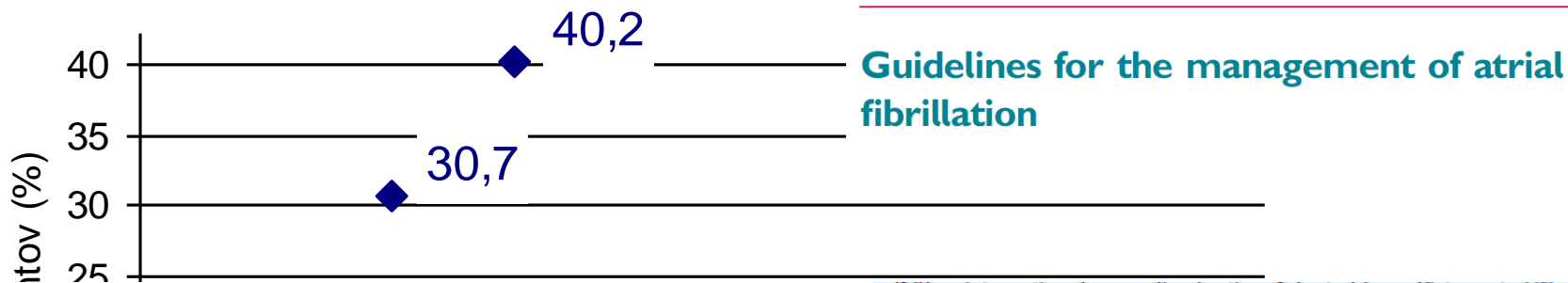
*Primum non nocere*

# HAS-BLED



European Heart Journal (2010) 31, 2369–2429  
doi:10.1093/eurheartj/ehq278

ESC GUIDELINES

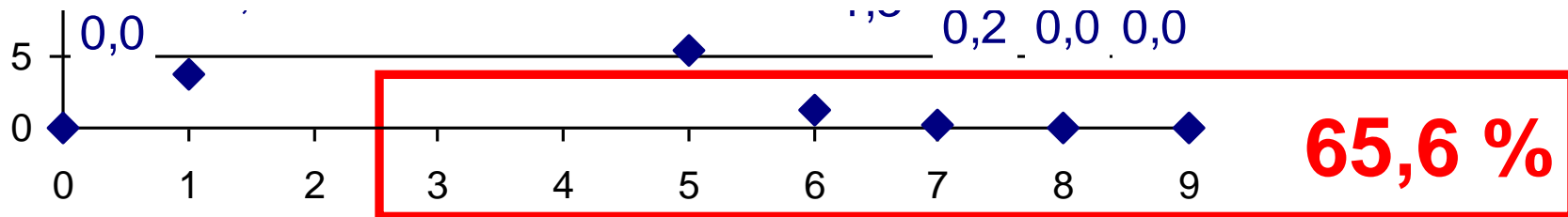


Guidelines for the management of atrial fibrillation

**HAS-BLED** (hypertension, abnormal renal/liver function, stroke, bleeding history or predisposition, labile INR, elderly (>65), drugs/alcohol concomitantly), has been derived (Table 10).<sup>60</sup> It would seem reasonable to use the HAS-BLED score to assess bleeding risk in AF patients, whereby a score of  $\geq 3$  indicates

INR = international normalized ratio. Adapted from Pisters et al.

'high risk', and some caution and regular review of the patient is needed following the initiation of antithrombotic therapy, whether with VKA or aspirin.



**HAS-BLED skóre**

*Primum non nocere*

rozdiel

p

- 
- muži / ženy: 3,3 % 0,04
  - **inštituc.** / doma: 9,2 % < 0,001  
(73,6 vs 64,4)
  - FiP ad H / **nie ad H:** - 11,3 % < 0,001  
(56,6 vs 67,9)
  - **AK áno / nie:** - 30,4 % < 0,001  
(46,4 vs 76,8)

## HAS-BLED &gt; 2

*Primum non nocere*

	HAS-BLED		Spolu
	0 – 2	3 a viac	
Antikoagulovaní	19,7 %	17,1 %	36,8 %
Neantikoagulovaní	14,7 %	48,5 %	63,2 %
Spolu	34,4 %	65,6 %	100,0 %

antikoagulovaní s vysokým rizikom krvácania et  
neantikoagulovaní s nevysokým rizikom krvácania



# CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc et HAS-BLED

		HAS-BLED		Spolu
		0 – 2	3 a viac	
CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> V ASc	0-1	0,4 %	0,1 %	0,5 %
	2 a viac	<b>34,0 %</b>	<b>65,5 %</b>	99,5 %
Spolu		34,4 %	65,6 %	100,0 %

„by mali byť antikoagulovaní“  
a sú vo vysokom riziku krvácania

# Záver:

- **aktuálne: množstvo dát**
  - **pre základný výskum**  
(„čo nové, ako môže pomôcť v budúcnosti“)
  - **pre aplikovaný výskum**  
(„aká je realita a ako ju môžeme teraz zlepšiť“)
- **budúcnosť: prospektívne sledovanie (?)**



„Kam s nimi – s registrami?“

*SAFIS*

Ďakujeme za pozornosť