

# REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGIA

## 6002-10 - ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR: PERFIL DE RIESGO DE EMBOLIA Y HEMORRAGIA DE UNA PRESCRIPCIÓN INSUFICIENTE LA FASE AGUDA (ESTUDIO EMERG-AF)

Alfonso Martín Martínez<sup>1</sup>, Juan Sánchez López<sup>1</sup>, Juan Tamargo Menéndez<sup>2</sup>, José Carbajosa Dalmau<sup>1</sup>, Mercedes Varona Peinador<sup>1</sup>, Blanca Coll-Vinent i Puig<sup>1</sup>, Almudena González Amo<sup>3</sup> y Coral Suero Méndez<sup>1</sup> de la <sup>1</sup>Sección Arritmias Cardiacas, Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, Madrid, <sup>2</sup>Departamento de Farmacología, Universidad Complutense, Madrid y <sup>3</sup>Bayer Hispania SL, Barcelona.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Los nuevos anticoagulantes orales dirigidos a una única diana terapéutica (NACO) han demostrado mayor eficacia y seguridad que los dicumarínicos en la profilaxis de la tromboembolia en la FA, pero no existen datos sobre su utilización ni su perfil de indicación en los servicios de urgencias (SU), un escalón asistencial utilizado de forma creciente por los pacientes con FA. Este estudio analiza la prescripción de NACO en los SU de acuerdo al perfil de riesgo (embolia y hemorragia) de los pacientes.

**Métodos:** Análisis de la fase inicial (abril 2013) de un estudio de cohorte prospectivo, multicéntrico y observacional realizado en 62 SU. Se incluyeron de forma consecutiva los pacientes > 18 años con FA (antecedente o diagnóstico al alta). Se evaluó el riesgo de embolia según los esquemas CHADS<sub>2</sub> y CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc (alto riesgo ≥ 2) y el de hemorragia mediante el HAS-BLED (alto riesgo > 3). El estudio fue aprobado por los CEIC y todos los pacientes dieron su consentimiento informado.

**Resultados:** Se incluyeron 1163 pacientes, el 50% con CHADS<sub>2</sub> = 2-3 (perfil estudio RE-LY, dabigatrán) y el 37% CHADS<sub>2</sub> = 3-4 (perfil ensayo ROCKET-AF, rivaroxabán). De los 733 tratamientos anticoagulantes previos el 5,3% correspondía a dabigatrán y el 2,5% a rivaroxabán. En 361 (31%) pacientes el INR estaba fuera de rango. Se realizó cambio del tratamiento anticoagulante previo al 10% de los pacientes: en 6% se cambió de fármaco (4,6% dabigatrán, 2,3% rivaroxabán, 4,6% dicumarínicos y 88% heparinas) y en 4% se ajustó la pauta de dicumarínicos. Se prescribió anticoagulación en el SU a 211 pacientes (79% de aquellos sin anticoagulación previa y CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ≥ 2): 48% heparina, 40% acenocumarol, 2,3% warfarina, 6,6% dabigatrán y 2% rivaroxabán. Dabigatrán se prescribió en 47% con CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc = 2-3 y el 23,5% con HAS-BLED > 3 y rivaroxabán 66,7% con CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc = 2-5 y el 33,3% con HAS-BLED > 3. A la salida del SU, de los 944 pacientes anticoagulados el 8% estaba en tratamiento con NACO (5,4% dabigatrán, 2,3% rivaroxabán).

Tratamiento	Número de pacientes	Porcentaje
Heparinas	103	48,81%
Acenocumarol	85	40,28%
Apixabán	0	0,00%

Warfarina	5	2,37%
Dabigatrán	14	6,64%
Rivaroxabán	4	1,90%
Total	211	100,00%
Prescripción de anticoagulantes en urgencias (pacientes con CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc ≥2 no anticoagulados previamente y sin contraindicación).		

**Conclusiones:** Este primer estudio sobre la utilización de los NACO en la fase aguda muestra que, a pesar de su superioridad en los ensayos clínicos estos fármacos se prescriben en los SU en una muy baja proporción de los pacientes con FA y no se aprovechan sus ventajas en pacientes con alto riesgo de embolia o hemorragia o con mal control del INR.