

REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA

6002-11 - IMPACTO DE LOS DIFERENTES ESQUEMAS DE ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DE EMBOLIA Y HEMORRAGIA EN EL MANEJO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN LA FASE AGUDA (ESTUDIO EMERG-AF)

Alfonso Martín Martínez¹, Francisco Malagón Caussade¹, Blanca Coll-Vinent Puig¹, Juan Tamargo Menéndez², Carmen del Arco Galán¹, Coral Suero Méndez¹, Carles Rafols Priu³ y Susana Sánchez Ramón¹ de la ¹Sección Arritmias Cardiacas, Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, Madrid, ²Departamento de Farmacología, Universidad Complutense, Madrid y ³Bayer Hispania SL, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: Los servicios de urgencias (SU) presentan una frecuentación creciente de pacientes con FA. Los diversos esquemas de estratificación del riesgo de embolia y de hemorragia varían en sus recomendaciones, y no existe información sobre el impacto de estas diferencias en la práctica diaria de los SU. Este estudio analiza las diferencias en la estratificación de riesgo que aportan los esquemas más difundidos y las implicaciones prácticas de la prescripción de anticoagulación de acuerdo a los mismos en la fase aguda.

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 TE de acuerdo a los esquemas CHADS₂ y CHA₂DS₂-VASc (alto riesgo ≥ 2) y el riesgo de hemorragia mediante el esquema HAS-BLED (alto riesgo > 3). Se consideraron elegibles para anticoagulación en el SU a los pacientes de alto riesgo TE (CHADS₂ ≥ 2, CHA₂DS₂-VASc ≥ 1 excluyendo género femenino) sin anticoagulación previa ni contraindicaciones. El estudio fue aprobado por los CEIC y todos los pacientes dieron su consentimiento informado.

Resultados: Se incluyeron 1163 pacientes, edad 74,7 ± 11 años. El 70,4% presentó un CHADS₂ ≥ 2 (media 2,3), el 95,8% CHA₂DS₂-VASc ≥ 1 (excluyendo género femenino), el 88% CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 (media 3,2) y el 23% un HAS-BLED > 3. Se prescribió anticoagulación en el SU al 79% de los paciente elegibles según el esquema CHA₂DS₂-VASc y al 63% según el CHADS₂. Las principales razones para no prescribir anticoagulación en pacientes elegibles fueron no considerarla indicada (50%) y derivación para prescripción en otro nivel asistencial (20%).

CHADS ₂			CHA ₂ DS ₂ -VASc			HAS-BLED		
Puntuación	n	%	Puntuación	n	%	Puntuación	n	%
0	123	10,58%	0	49	8,57%	0	56	4,82%
1	221	19,00%	1 (excluyendo género)	62	10,84%	1	150	12,90%
2	308	26,48%	2	81	14,16%	2	353	30,35%
3	271	23,30%	3	121	21,15%	3	334	28,72%
4	153	13,16%	4	118	20,63%	4	165	14,19%

5	62	5,33%	5	83	14,51%	5	82	7,05%
6	25	2,15%	6	37	6,47%	6	20	1,72%
			7	16	2,80%	7	3	0,26%
			8	5	0,87%	8	0	0,00%
			9	0	0,00%	9	0	0,00%
Total	1163	100,00%	Total	572	100,00%	Total	1163	100,00%
Puntuación media	2,34		Puntuación media	3,23		Puntuación media	3,87	
Perfil de riesgo de tromboembolia y hemorragia de acuerdo a los diferentes esquemas de estratificación.								

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con FA atendidos en los SU presentan un riesgo de TE elevado sin alto riesgo de hemorragia, y por tanto indicación de anticoagulación, pero las relevantes diferencias dependiendo del esquema de estratificación utilizado pueden tener grandes implicaciones en la tasa de prescripción de anticoagulación y por tanto en el funcionamiento de los SU. La prescripción de anticoagulación es elevada, incluso con los más exigentes criterios CHA₂DS₂-VASc (que es el más frecuentemente implementado), aunque existen áreas de mejora referentes a la difusión de las indicaciones de anticoagulación y su realización en los propios SU.