



6000-46. ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTES CHA2DS2VASC ? 2: DE LAS GUÍAS A LA "VIDA REAL"

José Antonio Giner Caro, Jesús Martín Jiménez, Rocío Cortés Sánchez, Antonio Tovar Martínez y Fermín Martínez García del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor, Murcia.

Resumen

Introducción y objetivos: Tras la publicación por la Sociedad Europea de Cardiología de las guías de manejo de la FA en 2010, ha aumentado la proporción de pacientes (p.) que se beneficiarían del tratamiento anticoagulante (ACO), en base sobre todo al score de estratificación de riesgo CHA2DS2VASC. La inercia terapéutica y otros factores pueden limitar la adopción de estas recomendaciones en la práctica clínica habitual, por lo que hemos analizado la utilización real de este score y cómo influye en la decisión de ACO.

Métodos: Se incluyeron 100 p. consecutivos que acudieron al servicio de Urgencias de nuestro hospital en relación a un episodio de FA (o *flutter* auricular) durante el primer semestre de 2012, analizando a posteriori las diferentes variables clínicas y estrategias de tratamiento adoptadas.

Resultados: De estos 100 p. (edad media 73 ± 14 años, 54% hombres), el 40% precisó ingreso hospitalario y el 60% fueron altas que se valoraron posteriormente en la consulta; esta evaluación la efectuó un internista (33%) o un cardiólogo (67%). Los p. se estratificaron según su CHA2DS2VASC (media $3,3 \pm 1,8$), aunque este score sólo constaba de forma explícita en el 13% de los informes, la estratificación fue aproximada en el 78% e insuficiente en un 9%. De los 69 p. que puntuaron ≥ 2 (indicación clara de ACO), sólo recibieron este tratamiento 43 p. (62%) mientras que 26 p. (38%), no los recibieron. Ambos grupos sólo se diferían significativamente en la especialidad del médico que los evaluó (cardiólogo 71% ACO y 29% no ACO vs internista 46% ACO y 54% no ACO, $p = 0,039$) y en si constaba o no de forma explícita el score CHA2DS2VASC en los informes (aparece en 21% de ACO y sólo en 4% de no ACO, $p = 0,036$). Además, de los 69 p., 15 p. ya recibían ACO antes de la evaluación y 54 no; de éstos últimos, en 29 se inició ACO y 25 quedaron sin ACO (inercia terapéutica del 46%).

Características de los pacientes CHA2DS2VASC ≥ 2 ACO y no ACO

	ACO (43 p, 62%)	No ACO (26 p, 38%)	p
Edad	$75,8 \pm 10$	$18,9 \pm 11$	ns
Sexo (% mujer)	21 (49%)	12 (46 %)	ns

FA 1 ^{er} episodio-recurrencia-perman.	19 (44%)-21-3	18(69%)-6-2	ns
Hospitalización	18 (42 %)	14 (54 %)	ns
Cardio vs. MI	32 (74%) vs, 11	13 (50%) vs, 13	0,039
CHA2DS2VASc	4,0 ± 1,4	3,8 ± 1,4	ns
Cálculo explícito del <i>score</i>	9 (21%)	1 (4%)	0,036
HAS-BLED	1,9 ± 1,0	2,4 ± 1,1	ns

Conclusiones: Una mayor difusión de las nuevas recomendaciones en FA entre los diferentes especialistas implicados en su manejo y la utilización explícita del *score* CHA2DS2VASc podría aumentar las indicaciones apropiadas de ACO. En cambio, la inercia terapéutica y factores individuales no contemplados en las guías limitan la universalización de estas recomendaciones.