



## 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 Martínez<sup>1</sup>, Francisco Malagón Caussade<sup>1</sup>, Blanca Coll-Vinent Puig<sup>1</sup>, Juan Tamargo Menéndez<sup>2</sup>, Carmen del Arco Galán<sup>1</sup>, Coral Suero Méndez<sup>1</sup>, Carles Rafols Priu<sup>3</sup> y Susana Sánchez Ramón<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 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 CHADS<sub>2</sub> y CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-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 (CHADS<sub>2</sub> ? 2, CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-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 CHADS<sub>2</sub> ? 2 (media 2,3), el 95,8% CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ? 1 (excluyendo género femenino), el 88% CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-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 CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc y al 63% según el CHADS<sub>2</sub>. 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 <sub>2</sub>			CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc			HAS-B
Puntuación	n	%	Puntuación	n	%	Puntuac
0	123	10,58%	0	49	8,57%	0

1	221	19,00%	1 (excluyendo género)	62	10,84%	1
2	308	26,48%	2	81	14,16%	2
3	271	23,30%	3	121	21,15%	3
4	153	13,16%	4	118	20,63%	4
5	62	5,33%	5	83	14,51%	5
6	25	2,15%	6	37	6,47%	6
			7	16	2,80%	7
			8	5	0,87%	8
			9	0	0,00%	9
Total	1163	100,00%	Total	572	100,00%	Total
Puntuación media	2,34		Puntuación media	3,23		Puntuación

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 CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-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.