



## 5019-7. VALIDACIÓN EN LA PRÁCTICA DIARIA DE LOS ESQUEMAS DE ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE TROMBOEMBOLIA ASOCIADO A LA FIBRILACIÓN AURICULAR E IMPACTO EN LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES (ESTUDIO EMERG-AF)

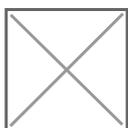
Alfonso Martín Martínez<sup>1</sup>, Blanca Coll-Vinent I Puig<sup>1</sup>, Juan Tamargo Menéndez<sup>2</sup>, Carmen del Arco Galán<sup>1</sup>, Francisco Malagón Caussade<sup>1</sup>, Coral Suero Méndez<sup>1</sup>, Carles Ráfols Priu<sup>3</sup> y Susana Sánchez Ramón<sup>1</sup> de la <sup>1</sup>Sección de 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 esquemas de estratificación del riesgo (EER) de tromboembolia (TE) asociada a la FA difieren en sus recomendaciones para prescripción de anticoagulación oral (ACO) y no existe unanimidad sobre el impacto en la mortalidad de su aplicación ni del uso de ACO según los mismos. Este estudio analiza la capacidad de los EER más extendidos para identificar pacientes sin riesgo de desarrollar TE, y el impacto en la mortalidad tanto de los esquemas como de la ACO en la fase aguda.

**Métodos:** Estudio de cohorte prospectivo, multicéntrico y observacional desarrollado en 62 servicios de urgencias de abril-2013 a abril-2014. Se incluyeron 1163 pacientes consecutivos > 18 años con FA. Se evaluó el riesgo TE de acuerdo a los esquemas CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub> y CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc. Se analizaron la tromboprolifaxis, los fenómenos de TE y la mortalidad durante 1 año de seguimiento.

**Resultados:** Se recogieron 31 episodios de TE (2,7%) y 151 (13%) fallecimientos. Esquema CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>: puntuación = 0 en 123 (10,6%) pacientes, fenómenos TE en 2; puntuación = 1 en 221 (19%), TE en 5; puntuación ? 2 en 818 (70,4%), TE en 24 pacientes. Esquema CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc: puntuación = 0 en 49 (4,2%), ningún episodio de TE; puntuación = 1 en 89 (7,7%), TE en 1; puntuación ? 2 en 1024 (88%), TE en 30; excluyendo sexo femenino como factor exclusivo de riesgo, puntuación = 0 en 76 (6,5%) ningún episodio de TE, puntuación = 1 en 62 (5,3%) 1 episodios TE, puntuación ? 2 en 1025 (88,2%) TE en 30. El sexo no resultó un factor asociado con el desarrollo de TE, p = 0,79; no se produjo ningún episodio de TE en mujeres sin otro factor de riesgo. Un CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>? 2 [p 0,001 HR: 2,81 (IC95% 1,76-4,5)] y CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ? 1 excluyendo sexo [p = 0,01 HR: 11,01 (1,54-78,69)] se asociaron con un incremento de la mortalidad a 1 año y la prescripción de ACO al alta del servicio de urgencias con una reducción en la misma [HR: 0,44 (0,29-0,67), p 0,001].



*Profilaxis antitrombótica y mortalidad global.*

Esquemas de estratificación del riesgo y episodios de tromboembolia (TE)

CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub>	N	TE	CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc	N	TE	CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc sexo femenino*)	N	TE
0	123	2	0	49	0	0	76	0
1	221	5	1	89	1	1	62	1
2	308	8	2	123	4	2	123	4
3	270	5	3	214	4	3	214	4
4	153	7	4	259	7	4	259	7
5	62	3	5	209	5	5	209	5
6	25	1	6	132	7	6	132	7
	1.162	31	7	55	3	7	55	3
			8	25	0	8	25	0
			9	7	0	9	7	0
				1.162	31		1.162	31

TE: tromboembolia. N: número de pacientes. (\*) Excluido sexo femenino como factor exclusivo de riesgo de TE.

**Conclusiones:** El esquema CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc identifica mejor el riesgo de presentar fenómenos de TE que el CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub> y resulta por tanto más adecuado para su utilización en la fase aguda. Dado que el sexo no es un factor predictivo del riesgo de TE, que las escalas de riesgo predicen la mortalidad a largo plazo y que la prescripción de ACO reduce dicha mortalidad, parece justificada la prescripción de ACO a los pacientes con una puntuación CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ? 1, excluyendo el sexo femenino.