



6008-105. ¿CALCULAMOS CORRECTAMENTE LOS VALORES DE CHADS₂ Y CHA₂DS₂-VASC?: INFLUENCIA SOBRE LAS INDICACIONES DE ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR

Francisco Marín Ortuño¹, Manuel Anguita Sánchez², Vicente Bertomeu Martínez³, Javier Muñoz García², Inmaculada Roldán Rabadán¹, Ángel Cequier Fillat³, Lina Badimón Maestro³ y Investigadores del Estudio FANTASIIA¹ del ¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, ²Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba y ³Hospital Universitario de San Juan, Alicante.

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías de práctica clínica sobre fibrilación auricular (FA) establecen sus indicaciones de anticoagulación (ACO) mediante las puntuaciones obtenidas en las escalas de riesgo tromboembólico, de las que las más usadas son la CHADS₂ y la CHA₂DS₂-VASC, que valoran, respectivamente, 5 y 8 variables de riesgo. La inadecuada valoración de dichas escalas puede influir negativamente en la indicación de ACO. Nuestro objetivo es analizar la calidad de la valoración de dichas escalas de riesgo tromboembólico en la práctica clínica habitual en nuestro país, y su influencia sobre las indicaciones de ACO.

Métodos: Para ello, hemos realizado un análisis de los pacientes incluidos en el estudio FANTASIIA, que incluyó entre junio 2013 y marzo de 2014 1.318 enfermos con FA no valvular en tratamiento con ACO, consecutivamente vistos en consulta ambulatoria por 85 investigadores (81% cardiólogos, 8% internistas y 11% médicos de primaria) en toda España. Se compararon las puntuaciones calculadas por cada investigador con las obtenidas por una aplicación automática.

Resultados: La edad fue de $73,8 \pm 9,4$ años, siendo mujeres el 42,5%. Tenían CHADS₂ de 0 el 4,9% de los casos, 1 el 24,1% y ? 2 el 71%. La puntuación CHA₂DS₂-VASC fue: 0 en el 1,2%, 1 en el 6,5%, y ? 2 en el 92,3% de los casos. Para la escala CHADS₂, la concordancia global entre la puntuación manual y la automática fue del 92%, y para la CHA₂DS₂-VASC del 96,4%. Globalmente, estos trasvases se traducirían en un cambio absoluto en la indicación de ACO en el 6,37% de los enfermos por la escala CHADS₂ (3,49% con ACO no indicada a indicada y 2,88% a la inversa) y en el 0,45% por la CHA₂DS₂-VASC.

Conclusiones: Existe una muy elevada concordancia entre la puntuación obtenida por los médicos y por una aplicación automática a la hora de calcular los scores CHADS₂ y CHA₂DS₂-VASC, lo que se traduce en cambios mínimos en la adecuación de la indicación de ACO, aún menores para la CHA₂DS₂-VASC.