

Estratificación del riesgo en pacientes con fibrilación auricular en el Servicio de Urgencias

Autor: Natalia Sánchez Prida, Medicina Familiar y Comunitaria.
Hospital 12 de Octubre, Madrid.

ABSTRACT

La aplicación de escalas de estratificación de riesgo a pacientes que son atendidos en servicios de urgencias (SU) por fibrilación auricular (FA) tienen un buen valor predictivo de mortalidad a los 90 días del alta, con pobre valor predictivo de riesgo de eventos adversos o mortalidad a los 30 días. The use of scores for stratification patients with atrial fibrillation in the emergency department could have a role for predicting the risk of mortality at 90-days, with poor value for the risk of adverse events or mortality at 30-days.

ARTÍCULO

La FA asocia mayor probabilidad de padecer eventos cardiovasculares y de mortalidad por cualquier causa. Existen escalas predictoras de riesgo que pretenden optimizar el manejo de la FA en los SU. El presente artículo compara la capacidad predictora de riesgo de las escalas RED-AF ("Risk Estima-Fibrillation in the Emergency Room") y la CHA2DS2-VASc. Se ha postulado que esta última podría tener valor predictivo fuera del riesgo trombotico. Además, se añadieron variables a la pragmatic AFTER y se la denominó "escala AFTER modificada".

Se diseñó un estudio retrospectivo, observacional y no randomizado, con una cohorte de 243 pacientes que acudieron al SU de un hospital terciario de Singapur durante el año 2017. El objetivo primario fue determinar la aparición de eventos cardiovasculares a los 30 días y la mortalidad asociada o no a la FA. El objetivo secundario fue la mortalidad por cualquier causa a los 90 días. Los datos arrojaron escaso valor predictivo para las 3 escalas a los 30 días, RED-AF C-index 0,682 (95% IC 0,575–0,712); pragmatic AFTER (C-index 0,644; 95% IC 0,613–0,750) y CHA2DS2-VASc (C-index ,565; 95% IC 0,493–0,637).

A los 90 días los resultados mostraron mayor capacidad predictora: AFTER C-index de 0,836 (95% IC 0,764–0,907); RED-AF C-index 0,721 (95% IC 0,620–0,823) y CHA2DS2-VASc C-index 0,662 (95% IC 0,536–0,788). La adición de taquicardia como variable a la escala AFTER, denominada escala AFTER modificada, supuso una mejoría en el valor predictivo (C-index 0,878, 95% IC 0,811–0,945; p 0,002).

ESPECIALIDADES

Medicina General
Reumatología
Traumatología.

PALABRAS CLAVE:

Artrosis rodilla
Plasma rico en plaquetas
Ácido hialurónico
Meta-análisis.

KEYWORDS:

Osteoarthritis
Platelet-rich plasma
Hyaluronic acid
Meta-analysis.

Los pacientes clasificados como “pacientes de bajo riesgo” fueron dados de alta. Partiendo de un porcentaje de ingreso del 85,4%, la escala AFTER modificada tiene potencial de reducir el ingreso en un 51,4%. La RED-AF tan sólo al 72,4% y la CHA2DS2-VASc lo incrementa al 93,4%. Se analizó también su tasa de mortalidad a los 90 días: la escala CHA2DS2-VASc presentó tasa 0/16, la escala RED-AF 1/67, 1/125 en la escala pragmatic AFTER y 1/118 en la pragmatic AFTER modificada.

En concordancia con estudios previos¹⁰, el evento adverso más frecuente fue la insuficiencia cardíaca (IC) mostrando la mayor significancia estadística ($p < 0,0005$). La edad sin embargo no mostró mayor asociación ($p < 0,363$ en < 65 años y $p < 0,92$ en mayores de 65), retando así la asociación aceptada entre edad y riesgo¹¹. Esta diferencia podría responder a factores sociodemográficos.

COMENTARIO

La alta tasa de ingreso de los pacientes con FA junto a la baja incidencia de mortalidad a los 30 y a los 90 días, invitan a estudiar el empleo de una herramienta para dar de alta desde el SU a los pacientes de bajo riesgo, aunque su uso no está validado y las nuevas guías de la FA de la AHA del 2019² y las de la ESC del 2020¹ no las mencionan tampoco. Las escalas RED-AF⁷ y AFTER⁸ fueron validadas en un único servicio de urgencias de EEUU y Canadá respectivamente. La RED-AF emplea 11 variables y la pragmatic AFTER 6 variables, incluyendo el valor de biomarcadores, como se mencionó previamente.

El estudio del artículo hace consistentes los resultados de los estudios originales puesto que la RED-AF tuvo como objetivo primario la predicción de eventos adversos a los 30 días y la AFTER y su variante la pragmatic AFTER tienen como objetivo primario la predicción de mortalidad a los 30 días. Existen otras escalas de predicción, la AFFORD⁶ y la complex AFTTER, excluidas del presente artículo por la complejidad de su aplicación en urgencias.

El estudio avala el empleo de biomarcadores durante el diagnóstico de la FA como valor pronóstico, puesto que únicamente la escala pragmatic AFTER los incluye⁸ y es la que ha mostrado mayor sensibilidad en la predicción de mortalidad a los 90 días.

En España no existe experiencia con alguna herramienta similar. Se han realizado estudios predictores del riesgo trombotico en función de la clasificación de la FA (persistente/permanente) y de las comorbilidades como la insuficiencia renal^{3,4}. Se han realizado también estudios con la escala ATRIA⁵ (Anticoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation), cuyos resultados sugieren una mejor detección de pacientes de bajo riesgo en comparación con el CHA2DS2VASc, pudiendo evitar la anticoagulación en pacientes de verdadero bajo riesgo.

La ausencia de asociación entre edad y riesgo que demuestra este estudio, realizado en Singapur, refleja la necesidad de realizar estudios similares y multicentro en España, puesto que tanto el sistema sanitario como los factores sociodemográficos distan de los de la sociedad americana y de la asiática.

BIBLIOGRAFÍA

1. 2019 AHA/ACC/HRS Focused Update of the 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society in Collaboration With the Society of Thoracic Surgeons. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000665> *Circulation*. 2019;140:e125–e151
2. <https://secardiologia.es/blog/rec/9359-fibrilacion-auricular-y-mortalidad-segun-el-motivo-clinico-de-ingreso>
3. <https://secardiologia.es/blog/10813-mas-al-la-del-cha2ds2-vasc-el-tipo-de-fa-y-la-insuficiencia-renal-como-predictores-de-riesgo>
4. <https://secardiologia.es/blog/6984-es-mejor-atrria-que-chads2-o-cha2ds2vasc>
5. Barrett TW, et al. The AFFORD clinical decision aid to identify emergency department patients with atrial fibrillation at low risk for 30-day adverse events. *Am J Cardiol*. 2015;115(6):763–70 Mar.
6. Barrett TW, Jenkins CA, Self WH. Validation of the Risk Estimator Decision Aid for Atrial Fibrillation (RED-AF) for predicting 30-day adverse events in emergency department patients with atrial fibrillation. *Ann Emerg Med*. 2015;65(1):13–21.e3 Jan.
8. Atzema CL, et al. A clinical decision instrument for 30-day death after an emergency