



6009-135. CAPACIDAD PREDICTIVA DE LAS ESCALAS DE RIESGO HEMORRÁGICO Y TROMBÓTICO EN PACIENTES CON INDICACIÓN DE ANTICOAGULACIÓN TRAS INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA

Rafael Salguero Bodes, Roberto Martín Asenjo, Sergio Huertas Nieto, María Melendo-Viu, Laura Lorena Espinosa-Pinzón, Iván Gómez Blázquez, Cristian Iborra Cuevas, Pedro Ruiz López y Fernando Arribas Ynsaurriaga, del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías recomiendan emplear escalas de estimación de riesgo hemorrágico y trombótico en pacientes con indicación de anticoagulación (AC). Las escalas muestran capacidad moderada para predecir eventos en estudios de validación publicados. Hay escasa información sobre su capacidad en pacientes con triple tratamiento antitrombótico (TTA) tras intervención coronaria percutánea (ICP) por existir indicación de AC.

Métodos: Estudio monocéntrico, observacional, de cohorte prospectiva, aprobado por el comité ético, que incluyó a todos los pacientes sometidos a ICP con indicación de recibir TTA a lo largo de un año natural que consintieron participar. Se registraron en una aplicación dedicada las variables que conforman las escalas (ATRIA-STROKE, CHADS₂, CHA₂DS₂-VASc, ATRIA-BLEEDING, HEMORRHA2GES, HAS-BLED, GRACE) y se caracterizaron los eventos hemorrágicos, trombóticos y muertes en el seguimiento: inclusión, al mes, al año y final. Se analizó mediante test exacto de Fisher la asociación entre eventos y el valor en la escala estudiada, dicotomizado en riesgo alto o no alto según recomendaciones publicadas.

Resultados: Se incluyó a un total de 67 pacientes (75 ± 11 años, 70% varones). El seguimiento promedio fue 562 días (2-836 días: 103,3 pacientes-año), con 1 pérdida. Se produjeron 14 muertes; 4 insuficiencia cardiaca, 4 cáncer, 2 en fase aguda, y 1 por: ictus, infarto de miocardio, oclusión intestinal, desconocido. Se registraron 70 sangrados en 39 pacientes (58%), 2 de ellos (2,9%) mortales. Se registraron 11 eventos trombóticos en 10 pacientes (14,9%): 4 síndromes coronarios agudos, 5 ictus y 2 accidentes isquémicos transitorios. El 71% de los ACV ocurrieron a pesar de AC y doble antiagregación. No se demostró la existencia de relación entre las escalas con la aparición de eventos de sangrado, trombóticos, ACV o la mortalidad ($p > 0,05$), a excepción ATRIA-BLEEDING que se asoció a mayor mortalidad ($p = 0,01$). La edad pero no el sexo sí se asoció con la mortalidad de forma significativa (tabla).

Relación de la edad y el sexo con la mortalidad

Muerte (n = 14)

No muerte (n = 52)

Edad	83 ± 8	73 ± 10	p = 0,001 Mann-Whitney
	8/47 varones	39/47 varones	
Sexo			p = 0,2 Fisher
	6/19 mujeres	13/19 mujeres	

Conclusiones: Los pacientes que reciben TTA tras ICP muestran una elevada tasa de eventos trombóticos y hemorrágicos y de mortalidad. La capacidad predictiva de las escalas de riesgo validadas en otras poblaciones, en caso de existir, ha de ser débil y no se detecta en esta cohorte, lo que limita su utilidad ante un paciente concreto. Se deberían desarrollar escalas específicas para esta población.