Rev Esp Cardiol. 2013;66 Supl 1: 107

Revista Española de Cardiología

4017-7. VALOR COMPLEMENTARIO DEL ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA Y LA ESCALA CRUSADE PARA PREDECIR HEMORRAGIAS EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST

Marina Navarro-Peñalver[1], Sergio Manzano-Fernández[2], Ángel López-Cuenca[3], Pedro J. Flores-Blanco[1], Ignacio de las Heras-Gómez[1], Andrea García-Narbón[1], Francisco Marín[1] y Mariano Valdés-Chávarri[1] del [1]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), [2]Universidad de Murcia y [3]Hospital de la Vega Lorenzo Guirao.

Resumen

Introducción: El ancho de distribución eritrocitaria (ADE) ha sido relacionado con un peor pronóstico en diversas enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, su valor como predictor de complicaciones hemorrágicas en pacientes con síndrome coronario agudo no está claramente establecido. El objetivo de este estudio fue evaluar el papel complementario del ADE sobre la escala de CRUSADE en la predicción de hemorragias mayores en pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST).

Métodos: Se incluyeron prospectivamente 272 pacientes consecutivos (68 ± 12 años, 69% varones). A su inclusión se midió el ADE con carácter no ciego. El seguimiento medio fue de 782 días [510-1.112], registrándose la aparición de hemorrágicas mayores. Las hemorragias fueron definidas como mayores en base a los criterios BARC.

Resultados: Durante el seguimiento, 30 (10,2%) pacientes presentaron hemorragias mayores. Los pacientes con niveles de ADE más elevados presentaron una tasa incrementada de complicaciones hemorrágicas, p = 0,02). El análisis ROC identificó el valor de ADE del 13,8% como mejor punto de corte con una S 73%, E 52%, VPP 14% y VPN 94%. Tras ajustar por la escala de CRUSADE en un análisis de regresión de Cox, el valor de ADE > 13,8%, fue predictor de hemorragias (HR 2,67 IC95% 1,17-6,10; p = 0,02). Los pacientes con ADE < 13,8% y CRUSADE < 40 puntos (riesgo intermedio-bajo) presentaron la menor tasa de eventos, mientras que los pacientes con ADE > 13,8% y CRUSADE > 40 puntos (riesgo alto y muy alto) presentaron la mayor tasa de eventos hemorrágicos (log rank p < 0,001). Además los análisis de reclasificación (NRI e IDI) mostraron que los valores de ADE añadieron información complementaria a la escala de CRUSADE.

Conclusiones: Los niveles elevados de ADE se asocian a un mayor riesgo hemorrágico y aportan información adicional a la escala CRUSADE. Futuros estudios deberían valorar la utilidad de incluir los niveles de ADE en las escalas de estratificación de riesgo hemorrágico en este tipo de pacientes.