Rev Esp Cardiol. 2013;66 Supl 1: 155

Revista Española de Cardiología

4020-4. ¿SON EFICACES LOS *SCORE* DE RIESGO HEMORRÁGICO EN NUESTRO MEDIO?

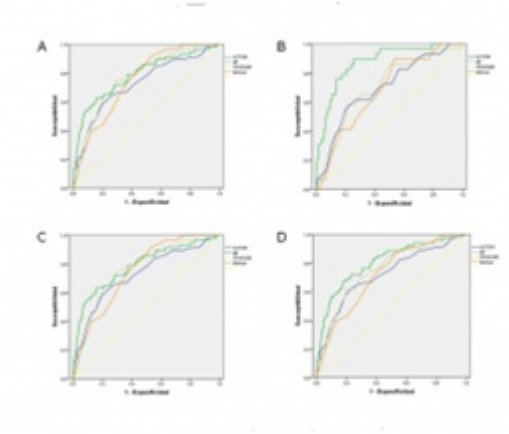
Nahikari Salterain González[1], Albert Ariza Sole[2], Victoria Lorente Tordera[2], Guillermo Sánchez Elvira[2], José Carlos Sánchez Salado [2], Marcos Ñato Bengoa[2], Fabiola Rodríguez Caballero[2] y Ángel Cequier Fillat[2] de la [1]Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona (Navarra) y [2]Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Resumen

Introducción y objetivos: La estratificación del riesgo hemorrágico en el síndrome coronario agudo (SCA) es limitada. Los pocos modelos predictivos existentes utilizaron diferentes definiciones de sangrado. Nuestro grupo validó previamente un modelo predictivo de sangrado (MP) (que incluye frecuencia cardiaca al ingreso, antecedente de sangrado, contrapulsación intraaórtica, inhibidores IIbIIIa, área de superficie corporal y coronariografía femoral) con óptima capacidad predictiva de hemorragias mayores BARC en este escenario clínico. Nuestro objetivo fue comparar la capacidad predictiva del MP con los principales *scores* de riesgo hemorrágico, utilizando las principales definiciones de hemorragia en una cohorte consecutiva de pacientes con SCA.

Métodos: Registro prospectivo de características basales, tratamientos y evolución intrahospitalaria. Se calcularon para cada paciente los *scores* CRUSADE, ACTION y Mehran. Análisis con regresión logística binaria y cálculo de curvas ROC. Comparación de las áreas bajo la curva ROC (AUC) del MP respecto los *scores* CRUSADE, ACTION y Mehran para prededucir hemorragias mayores BARC (categorías 3 y 5), CRUSADE, ACTION, Mehran, TIMI y también hemorragias totales.

Resultados: Se incluyeron 1.976 pacientes. El 77,1% eran varones de edad media 62,1 años. El 71,5% ingresaron por SCACEST. El 57,9% presentaban hipertensión arterial y 28,4% diabetes mellitus. En el 65,5% se realizó coronariografía radial. La incidencia de sangrado total fue de 7,6%. La incidencia de sangrado mayor según las diferentes definiciones fue: BARC 2,4%, CRUSADE 3,9%, ACTION 3,9% y Mehran 4,9%. El MP mostró una capacidad predictiva superior para cada una de las definiciones de sangrado: (AUC hemorragias mayores ACTION: MP 0,79, Mehran 0,75; CRUSADE 0,77; ACTION 0,73; AUC hemorragias mayores BARC: MP 0,87, Mehran 0,68; CRUSADE 0,70; ACTION 0,70; AUC hemorragias mayores CRUSADE: MP 0,79, Mehran 0,75; CRUSADE 0,77; ACTION 0,73; y AUC hemorragias mayores Mehran: MP 0,81, Mehran 0,72, CRUSADE 0,76; ACTION 0,72). El MP fue asimismo superior para predecir hemorragias totales y hemorragias mayores TIMI.



Conclusiones: La capacidad predictiva de los principales *scores* de riesgo de sangrado es limitada. La inclusión de predictores de sangrado clínicamente relevantes en nuestro medio resultó en una capacidad predictiva significativamente superior.