Rev Esp Cardiol. 2015;68 Supl 1: 132

Revista Española de Cardiología

5009-4. VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE RIESGO HEMORRÁGICO HAS-BLED EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE FIBRILACIÓN AURICULAR VALVULAR

Pedro Martínez Losas[1], Elena Fortuny Frau[2], María Teresa Nogales Romo[1], Gabriela Tirado Conte[1], Afonso Barroso Freitas-Ferraz[1], Julián Palacios Rubio[1], Cristina Fernández[3] y Carlos Macaya[1] del [1]Instituto Cardiovascular, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, [2] Servicio de Cardiología, Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears) y [3]Unidad de Metodología de la Investigación, Epidemiología Clínica y Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El cálculo de la puntuación HAS-BLED se recomienda para evaluar el riesgo de sangrado de los pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV). Sin embargo, esta escala no ha sido validada en nuestro medio en pacientes hospitalizados con FA valvular (FAV), en los que a priori se presupone un riesgo hemorrágico más elevado. El objetivo de este estudio fue caracterizar las tendencias y tasas anuales de sangrado mayor en una cohorte hospitalaria de pacientes con FAV, así como validar la escala HAS-BLED en esta población.

Métodos: Se analizó una cohorte prospectiva de 200 pacientes ingresados de manera consecutiva en la planta de hospitalización de Cardiología de nuestro centro con diagnóstico de FAV. Se seleccionó un subgrupo de 126 pacientes con objetivo de INR mayor o igual a 3 según las recomendaciones internacionales. Se recogieron variables clínicas, ecocardiográficas y de tratamiento farmacológico, completándose un año de seguimiento.

Resultados: Los pacientes con FA valvular presentaron una puntuación media HAS-BLED de 2,26 puntos, con diferencias significativas entre aquellos que sangraron en el año de seguimiento frente a los que no (2,65 frente a 2,09 ($p < 0,05$). La tasa anual de sangrado mayor fue del 31,5%, más alta en aquellos pacientes con objetivo de INR mayor o igual a 3 (35,7% frente a 21,9%, $p < 0,05$) y claramente superior a las tasas de sangrado obtenidas en estudios de pacientes ambulatorios o con FANV. Se comprobó el valor predictivo para sangrado mayor de HAS-BLED para el grupo general y para el subgrupo con anticoagulación más agresiva (HR 1,4 y 1,63 $p < 0,05$), con un buen ajuste de la escala en el modelo multivariante. La tasa de sangrado aumentó de acuerdo con la puntuación en la escala, con un punto de inflexión a partir de un valor HAS-BLED de 3 (fig.). Sin embargo, la precisión pronóstica de HAS-BLED fue moderada (C-estadístico 0,6 para los pacientes con FAV y 0,637 para aquellos con objetivo INR más alto).

Conclusiones: En nuestra cohorte, la escala HAS-BLED se muestra útil para la evaluación del riesgo de sangrado en pacientes con FAV y mantiene su valor independientemente del objetivo de INR que requieran estos pacientes. El riesgo hemorrágico aumenta considerablemente a partir de 3 o más puntos de la escala.

Sin embargo, HAS-BLED muestra una precisión pronóstica moderada por lo que otros modelos destinados específicamente a la evaluación de pacientes con FAV parecen necesarios.