



## 7001-6. ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE LA ESCALAS HAS-BLED, CHADS<sub>2</sub> Y CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC Y LA MORTALIDAD POR TODAS LAS CAUSAS EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR

Gabriela Tirado Conte<sup>1</sup>, Elena Fortuny Frau<sup>2</sup>, Afonso Barroso Freitas-Ferraz<sup>1</sup>, María Teresa Nogales Romo<sup>1</sup>, Pedro Martínez Losas<sup>1</sup>, Julián Palacios-Rubio<sup>1</sup>, David Vivas Balcones<sup>1</sup> y Carlos Macaya<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Servicio de Cardiología del Hospital Clínico San Carlos, Madrid y <sup>2</sup>Servicio de Cardiología del Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** En las últimas guías de práctica clínica se recomienda el uso sistemático de las escalas CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC y HAS-BLED para la evaluación del riesgo tromboembólico y hemorrágico, respectivamente, de los pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV). Sin embargo, no disponemos de escalas específicas para predicción de mortalidad en este grupo de pacientes. El objetivo de este estudio es el de evaluar la utilidad de las escalas CHADS<sub>2</sub>, CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC y HAS-BLED para la predicción de mortalidad por todas las causas en pacientes con el diagnóstico de FANV, conscientes de la relación existente entre sangrados, eventos tromboembólicos y muerte.

**Métodos:** Se incluyeron en una cohorte prospectiva 658 pacientes con el diagnóstico de FANV ingresados de forma consecutiva en la planta de hospitalización de Cardiología de nuestro centro. Se recogieron datos clínicos, y ecocardiográficos, así como el tratamiento farmacológico de los pacientes. Se completó un año de seguimiento clínico para toda la cohorte, con el objetivo de evaluar la mortalidad.

**Resultados:** Durante el año de seguimiento se produjeron 58 muertes por cualquier causa (tasa anual de mortalidad del 8,88%). Los pacientes fallecidos presentaban puntuaciones más altas de las escalas CHADS<sub>2</sub> (2,1 frente a 2,6 puntos), CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC (3,8 frente a 5,1) y HAS-BLED (2,16 frente a 3,12), siendo las diferencias en todos los casos estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ). Las tres escalas CHADS<sub>2</sub>, CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC y HAS-BLED se asociaron con mortalidad (HR 1,42/1,4/1,69,  $p < 0,05$ ), pero solo HAS-BLED mantuvo su valor en el estudio multivariante. En el análisis mediante curva ROC la puntuación HAS-BLED fue la que obtuvo mejor precisión pronóstica, con un valor C-estadístico de 0,7 frente a 0,684 de CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC y 0,68 de CHADS<sub>2</sub>.



*Precisión de HAS-BLED en la predicción de la mortalidad a un año.*

**Conclusiones:** en nuestra cohorte hospitalaria de pacientes con fibrilación auricular no valvular, las escalas CHADS<sub>2</sub>, CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC y HAS-BLED muestran su utilidad en la predicción de mortalidad a un año por cualquier causa, siendo la escala HAS-BLED la que mejor valor predictivo ha alcanzado. No obstante, estos resultados no eliminan la necesidad de creación y validación de escalas específicas para mortalidad en este

grupo de pacientes.