Rev Esp Cardiol. 2019;72(Supl 1): 50

Revista Española de Cardiología

5002-7. ESTIMACIÓN DEL RIESGO DE SANGRADO EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR: COMPARACIÓN DE LAS ESCALAS HAS-BLED, ABS Y ABH

José Miguel Rivera Caravaca[1], Carmen González Tudela[2], Pablo Gil Pérez[1], Cecilia López García[1], María Asunción Esteve Pastor[1], Andrea Véliz Martínez[1], Vicente Vicente García[3], Gregory Y.H. Lip[4], Francisco Marín[1] y Vanessa Roldán Schilling[3], del [1]Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, IMIB-Arrixaca, CIBERCV, Murcia,[2]Universidad de Murcia, Murcia, [3]Servicio de Hematología y Oncología Clínica, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Universidad de Murcia, IMIB-Arrixaca, Murcia y [4]Liverpool Centre for Cardiovascular Science, University of Liverpool and Liverpool Heart and Chest, Liverpool (Reino Unido).

Resumen

Introducción y objetivos: La anticoagulación oral es efectiva reduciendo el riesgo de ictus isquémico en la fibrilación auricular (FA), pero aumenta el riesgo de hemorragia. Esto hace necesario el uso de escalas que permitan identificar los pacientes de mayor riesgo hemorrágico para considerar un seguimiento más estrecho. Nuestro objetivo fue comparar la capacidad predictiva de las nuevas escalas ABH (*Age, Bleeding, Hospitalization*) y ABS (*Anticoagulation-specific Bleeding Score*) frente a HAS-BLED, en una cohorte de pacientes con FA que iniciaban tratamiento anticoagulante con anti-vitamina K (AVK).

Métodos: Se diseñó un estudio observacional con seguimiento prospectivo. Se seleccionaron consecutivamente pacientes con FA que iniciaban tratamiento con AVK, excluyendo pacientes con lesiones mitrales o prótesis valvulares. Durante un periodo de seguimiento de un año se registraron los eventos hemorrágicos divididos en 3 categorías: sangrado mayor, sangrado no mayor clínicamente relevante y sangrado menor.

Resultados: Se incluyeron 213 pacientes (110 [51,6%] varones, edad mediana 76 [RIQ 67-82] años). Durante un año, se produjeron 4 (1,9%) sangrados mayores, 19 (8,9%) sangrados no mayores clínicamente relevantes y 16 (7,5%) sangrados menores. Las curvas ROC reflejaron que todas las escalas eran capaces de predecir el sangrado mayor con estadísticos c similares: 0,706 para HAS-BLED; 0,697 para ABH; y 0,770 para ABS. Para el sangrado no mayor clínicamente relevante, los estadísticos c fueron: 0,643 para HAS-BLED; 0,570 para ABH; y 0,726 para ABS. La capacidad predictiva de las escalas para el sangrado menor fue limitada. Al comparar las curvas ROC, la escala ABS exhibió una leve mejoría en la predicción de los 3 eventos frente a HAS-BLED, aunque no significativa (p = 0,41; p = 0,07 y p = 0,95; respectivamente), mientras que ABH empeoraba la capacidad predictiva de sangrado mayor y no mayor clínicamente relevante, de nuevo con resultados no significativos (p = 0,96 y p = 0,32). Datos similares encontramos al investigar la mejoría en la sensibilidad y la reclasificación mediante IDI y NRI (figura).

Comparación del rendimiento predictivo de las escalas HAS-BLED, ABH y ABS para sangrado mayor, no mayor clínicamente relevante y menor.

Conclusiones: La escala HAS-BLED mostró un buen rendimiento predictivo para los eventos hemorrágicos, incluidos los sangrados mayores. Las nuevas escalas ABH y ABS, no revelaron ser significativamente superiores a HAS-BLED prediciendo estos eventos en pacientes con FA en tratamiento con AVK.