Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 493

Revista Española de Cardiología

6025-12. ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD PREDICTIVA DE LAS ESCALAS DE RIESGO HEMORRÁGICO HAS-BLED Y ORBIT EN LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR TRATADOS CON RIVAROXABÁN: DATOS DEL REGISTRO EMIR

María Asunción Esteve Pastor[1], José Miguel Rivera Caravaca[1], Manuel Anguita Sánchez[2], Marcelo Sanmartín Fernández[3], Carles Ráfols Priu[4], Román Freixa Pamias[5], Gonzalo Barón Esquivias[6], Vivencio Barrios Alonso[3], Iñaki Lekuona Goya[7], Alejandro Isidoro Pérez Cabeza[8], Juan Cosín Sales[9], Fernando Arribas Ynsaurriaga[10], Viviana Serra Tomás[3] y Francisco Marín Ortuño[1]

[1]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Universidad de Murcia, IMIB-Arrixaca, CIBERCV,[2]Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, [3]Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, [4]Bayer Hispania, Barcelona, [5]Hospital Sant Joan Despí-Moisès Broggi, Barcelona, [6]Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, [7]Hospital de Galdakao, Vizcaya, [8]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, [9]Hospital Arnau de Vilanova, Valencia y [10]Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La evaluación del riesgo hemorrágico de los pacientes con fibrilación auricular (FA) es esencial, sobre todo al inicio de la terapia anticoagulante. Se han propuesto y validado diferentes escalas de riesgo hemorrágico en pacientes bajo tratamiento con antivitamina K. Sin embargo, la validación de las escalas de riesgo en pacientes bajo tratamiento con anticoagulantes orales directos (ACOD) no ha sido ampliamente analizada. El objetivo de nuestro estudio fue comparar la capacidad predictiva de las escalas HAS-BLED y ORBIT en los pacientes con FA bajo tratamiento con rivaroxabán del registro EMIR.

Métodos: El estudio EMIR es un estudio observacional, multicéntrico, posautorización, que incluye pacientes con FA tratados con rivaroxabán al menos 6 meses previos a la inclusión. Analizamos las características basales, así como los eventos adversos tras un seguimiento de 2,5 años así como la capacidad predictiva de las escalas HAS-BLED y ORBIT para sangrado mayor.

Resultados: Se analizaron 1.433 pacientes, edad media 74,2 ± 9,7 años (44,5% mujeres). La puntuación media de la escala HAS-BLED fue de 1,6 ± 1,0 y la puntuación ORBIT fue de 1,1 ± 1,2. La escala ORBIT categorizaba a una mayor proporción de pacientes como de “bajo riesgo” (87,1%) en comparación con los pacientes de “bajo riesgo” de la escala HAS-BLED (53,5%). Tras 2,5 años de seguimiento, se produjeron 33 (1,04%/año) hemorragias mayores y 87 (2,73%/año) pacientes fallecieron. Ambas escalas presentaron una buena capacidad predictiva para sangrado mayor [ROC 0,770, (IC95% 0,693-0,847; p 0,001) y ROC 0,765 (IC95% 0,672-0,858; p 0,001), respectivamente]. No se observó diferencia estadísticamente significativa en la capacidad discriminativa de ambas escalas (p = 0,930) ni de reclasificación en términos de NRI -5,7 (IC95% -42,4-31,1; p = 0,762). Los pacientes categorizados como de “bajo riesgo” con la escala HAS-BLED presentaron menor tasa de sangrado mayor (0,23%/año vs 0,61%/año; p = 0,004) y menor mortalidad (1,44%/año vs 1,93%/año) que los pacientes de “bajo riesgo” según la escala ORBIT.

Capacidad predictiva de las escalas de riesgo hemorrágico para sangrado mayor

Sangrado mayor	C-index	IC95% (C index)	p (C index)	IDI (%)	IC95% (IDI (%))	p (IDI)	NRI (%)	IC95% (NRI (%))	p (NRI)
ORBIT	0,765	0,672-0,858							
HAS-BLED	0,770	0,693-0,847	0,930	-2,1	-4,8-0,7	0,141	-5,7	-42,4-31,1	0,762

Curvas ROC para el análisis comparativo del poder predictivo de sangrado de las escalas HAS-BLED y ORBIT.

Conclusiones: En la población de pacientes con FA y tratamiento con rivaroxabán del registro prospectivo, la escala HAS-BLED ha mostrado una buena capacidad predictiva de sangrado con buena sensibilidad, sin mostrar diferencias significativas ni mejoría de reclasificación comparativa entre las escalas HAS-BLED y ORBIT.