Rev Esp Cardiol. 2016:69 Supl 1: 474

Revista Española de Cardiología

4009-6. IMPORTANCIA DE TIEMPO EN RANGO TERAPÉUTICO EN LAS ESCALAS DE PREDICCIÓN DEL RIESGO HEMORRÁGICO EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR

Francisco Marín[1], José Miguel Rivera-Caravaca[1], María Asunción Esteve-Pastor[1], Miriam Quintana-Giner[1], Andrea Véliz-Martínez[1], Vicente Vicente[2], Mariano Valdés[1] y Vanessa Roldán[2] del [1]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia) y [2]Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Resumen

Introducción y objetivos: Se reconoce la calidad de la anticoagulación, estimada mediante el tiempo en rango terapéutico (TRT), como una variable de gran importancia en la aparición de eventos hemorrágicos en pacientes con fibrilación auricular (FA) anticoagulados con antivitamina K. De hecho la escala HAS-BLED, incluye la variable el INR lábil (basada en el TRT). Sin embargo, otras escalas de riesgo de sangrado no incluyen la calidad de la anticoagulación dentro de sus variables. Nuestro objetivo fue estudiar las distintas escalas de riesgo hemorrágico y comprobar si el TRT puede mejorar su valor predictivo.

Métodos: Para este estudio se se incluyó de manera consecutiva a pacientes con FA no valvular (permanente/paroxística) que estuvieran clínicamente estables durante un mínimo de 6 meses. Se calculó el riesgo hemorrágico mediante las escalas ATRIA, ORBIT y HEMORR2HAGES. Los episodios hemorrágicos fueron evaluados acorde a los criterios ISTH 2005. Se valoró la capacidad predictiva de estas escalas, y su posible mejoría tras la adición del valor del TRT calculado por el método de Rosendaal.

Resultados: Se seleccionó a 1.361 pacientes (51,3% mujeres) con una mediana de edad de 75 años (IQR 71-81) y seguimiento de 5,9 años (4,3-7,9). De éstos, 24,3% pacientes tuvieron un TRT 65% a los 6 meses, siendo la mediana de TRT del 77% (66-100). Las medianas de puntuación en las escalas de riesgo hemorrágico los resultados fueron: 2 (2-3) en HAS-BLED, 3 (1-3) en ATRIA, 1 (1-2) en ORBIT y 2 (1-3) en HEMORR2HAGES. Durante el seguimiento se produjeron 249 episodios hemorrágicos, de los cuales 174 se correspondieron con hemorragias mayores. La incidencia de sangrado mayor fue más elevada en los pacientes categorizados como riesgo hemorrágico medio/alto comparados con los de bajo riesgo, según HAS-BLED (18,8 frente a 9,5%; p 0,001), ATRIA (17,9 frente a 11,3%; p = 0,003), ORBIT (19,4 frente a 10,7%; p 0,001) y HEMORR2HAGES (14,3 frente a 8,2%; p = 0,003). Los estadísticos c de las escalas ATRIA, ORBIT y HEMORR2HAGES fueron 0,55 (p = 0,031), 0,57 (p = 0,003) y 0,55 (p = 0,026) respectivamente. Sin embargo al añadir el TRT 65% a las 3 escalas citadas, aumentó de manera significativa el estadístico c [(ATRIA 0,76; p 0,001), (ORBIT 0,74; p 0,001) y (HEMORR2HAGES 0,73; p 0,001)].

Conclusiones: La incorporación del TRT 65% a las escalas ATRIA, ORBIT y HEMORR2HAGES mejora considerablemente su capacidad predictiva de hemorragia mayor.