



6002-27. ¿ES DIFERENTE LA PREDICCIÓN DEL RIESGO HEMORRÁGICO CUANDO LA INSUFICIENCIA RENAL ES CALCULADA CON LA FÓRMULA MDRD EN COMPARACIÓN CON LA ECUACIÓN DE COCKCROFT-GAULT EN LA ESCALA HAS-BLED?

María Asunción Esteve-Pastor¹, Vanessa Roldán², José Manuel Andreu-Cayuelas¹, José Miguel Rivera-Caravaca¹, Vicente Vicente², Mariano Valdés¹, Gregory Y.H. Lip¹ y Francisco Marín¹ del ¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia) y ²Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Resumen

Introducción y objetivos: La insuficiencia renal constituye un importante factor de riesgo de sangrado en pacientes anticoagulados con fibrilación auricular (FA) no valvular, y por esta razón se incluye en la escala HAS-BLED para estimar el riesgo de sangrado. Es controvertido qué método se debe utilizar para estimar la tasa de filtrado glomerular (TFG), el método MDRD o la ecuación de Cockcroft-Gault (CGE). La escala HAS-BLED asigna 1 punto a la insuficiencia renal con TFG 60 mL/min. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la capacidad de predicción de hemorragias mayores de HAS-BLED comparando la TFG calculada mediante MDRD y CGE.

Métodos: Se incluyó de manera consecutiva a pacientes con FA anticoagulados (con acenocumarol) y con INR estable (2-3) durante los 6 meses anteriores. Se calculó la TFG con las fórmulas MDRD y CGE, y se determinó la puntuación HAS-BLED asignando 1 punto a la insuficiencia renal con TFG 60 mL/min basándonos en ambas fórmulas. Los eventos hemorrágicos fueron evaluados acorde a los criterios de la ISTH 2005.

Resultados: Incluimos 683 pacientes (49% varones, mediana de edad de 75 años (IQR 69-80)) con una mediana de seguimiento de 2652 días (IQR 2.267-2.909). Durante el seguimiento hubo 104 eventos hemorrágicos (2,2%/año). La mediana de MDRD fue 70,72 mL/min/1,73 m² (IQR 57,08-84,97) y un 30% tuvo un TFG 60%. En cuanto al CGE, la mediana fue 67,14 mL/min/1,73 m² (51,76-86,32), con un 40% de pacientes con TFG 60%. La mediana de HAS-BLED utilizando MDRD fue 2 (IQR 2-3), mientras que utilizando CGE fue 3 (IQR 2-3). El área bajo la curva para la estimación del sangrado de HAS-BLED-MDRD fue 0,62 (0,57-0,68) p 0,001, mientras que en HAS-BLED-CGE fue 0,60 (0,54-0,66) p = 0,001, resultando la diferencia entre ellas sin significancia estadística (p = 0,223). Aplicando un modelo de regresión de Cox, el HAS-BLED-MDRD obtuvo un *hazard ratio* (HR) 2,58 (intervalo de confianza 95% 1,71-3,89; p 0,001) para predecir hemorragias mayores con puntuación ≥ 3 , mientras que el HR para HAS-BLED-CGE fue de 2,21 (IC95% 1,46-3,33; p 0,001).

Conclusiones: La CGE categoriza más pacientes con insuficiencia renal que MDRD, lo que tiene implicaciones en el cálculo de la puntuación HAS-BLED. Cuando HAS-BLED se calcula con un TFG obtenido mediante fórmula MDRD incrementa el riesgo de sangrado mayor en comparación con HAS-BLED calculado mediante CGE.