



4009-4. CAPACIDAD PREDICTIVA DE LAS ESCALAS DE RIESGO HEMORRÁGICO EN PACIENTES ANCIANOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR

Pablo Domínguez Erquicia, Sergio Raposeiras Roubín, Emad Abu Assi, Vanesa Noriega Caro, Andrea Lizancos Castro, Luis Domínguez-Rodríguez, Carla Iglesias-Otero, André González-García, José Antonio Parada Barcia, Ana Ledo Piñeiro y Emad Abu Assi

Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra).

Resumen

Introducción y objetivos: La valoración del riesgo de hemorragia mayor es un pilar fundamental en pacientes con fibrilación auricular candidatos a anticoagulación oral crónica. Hay muchas partituras desarrolladas para este propósito. Sin embargo, su valor predictivo en pacientes mayores no es tan conocido. El objetivo de este estudio fue evaluar el valor predictivo de HAS-BLED, ORBIT y ATRIA para sangrado mayor (SM) y hemorragia intracraneal (HIC) en pacientes ≥ 75 años con fibrilación auricular.

Métodos: Se utilizó un registro retrospectivo que incluyó pacientes con diagnóstico de FA entre 2014 y 2018 en un área sanitaria de España (NCT04364516). El objetivo primario fue SM y el secundario fue HIC. Se utilizó la regresión de Cox para predecir el sangrado mayor con cada escala. La discriminación del modelo se evaluó utilizando el estadístico c de Harrell (con valores que van desde 0,5 para no discriminación hasta 1,0 para discriminación perfecta) y la calibración con prueba de bondad de ajuste.

Resultados: Se incluyeron un total de 7.613 pacientes ≥ 75 años con FA y CHA2DS2-VASC ≥ 1 (≥ 2 para mujeres). El 14% estaban anticoagulados con anticoagulantes orales directos y el 86% con antivitamina K. Durante un seguimiento medio de 4,0 años, 729 pacientes desarrollaron SM (2,61 por 100 pacientes/año) y 243 pacientes desarrollaron HIC (0,85 por 100 pacientes/año). Las 3 escalas mostraron una baja discriminación para sangrado mayor (HAS-BLED estadístico-c = 0,557; ATRIA estadístico-c = 0,561; ORBIT estadístico-c = 0,585) y también una baja discriminación para HIC (HAS-BLED estadístico = 0,509; ATRIA estadístico-c = 0,522; ORBIT estadístico-estadístico = 0,526). Para pacientes > 85 años (2.289 pacientes) las 3 escalas siguen mostrando baja discriminación para SM, pero de forma más marcada HAS-BLED (HAS-BLED estadístico = 0,530; ATRIA estadístico-c = 0,590; ORBIT estadístico-estadístico = 0,590). Para HIC en > 85 años las 3 escalas presentan pobre discriminación (tabla).

Medidas de asociación y estadístico C por objetivos en >75 años y > 85 años

HR (IC95%)

C-statistic

SM > 75 años

HAS-BLED	1,02 (0,91-1,14)	0,509
ORBIT	1,09 (0,92-1,28)	0,526
ATRIA	0,86 (0,71-1,04)	0,522
HIC > 75 años		
HAS-BLED	1,02 (0,91-1,14)	0,509
ORBIT	1,09 (0,92-1,28)	0,526
ATRIA	0,86 (0,71-1,04)	0,522
SM > 85 años		
HAS-BLED	1,02 (0,91-1,14)	0,530
ORBIT	1,51 (1,27-1,81)	0,590
ATRIA	1,64 (1,35-1,99)	0,590
HIC > 85 años		
HAS-BLED	1,00 (0,77-1,32)	0,509
ORBIT	1,08 (0,76-1,53)	0,523
ATRIA	0,95 (0,64-1,40)	0,496



Curvas de sensibilidad y 1-especificidad en > 75 años.

Conclusiones: En pacientes mayores con fibrilación auricular y anticoagulación oral, las escalas de riesgo hemorrágico HAS-BLED, ATRIA y ORBIT mostraron una baja discriminación para sangrado mayor y para hemorragia intracraneal.