



<https://www.revclinesp.es>

IC-18. - VALORACIÓN DE LAS ESCALAS CHA2DS2-VASC Y HAS-BLED EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR E INSUFICIENCIA CARDÍACA INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

I. López Montesinos¹, E. Ramiro Ortega¹, I. Gómez Vasco¹, M. Fernández Díaz¹, M. Cano Guzmán¹, J. Jiménez Gallardo¹, O. Aramburu Bodas¹, P. Salamanca Bautista²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Resumen

Objetivos: La fibrilación auricular se asocia a riesgo elevado de ictus y embolismos sistémicos y la decisión de pautar tratamiento antitrombótico se debe basar en un balance entre riesgo trombótico y hemorrágico. El objetivo de nuestro estudio es valorar las escalas CHA2DS2-VASc y HAS-BLED en pacientes ingresados en Medicina Interna (MI) con fibrilación auricular (FA) e insuficiencia cardíaca (IC) y analizar la indicación y la prescripción real de tratamiento antitrombótico y los factores que pueden influir en esta decisión.

Métodos: Estudio descriptivo y analítico de una cohorte de pacientes consecutivos ingresados en MI por IC. Se seleccionaron los pacientes con FA y se les aplicó las escalas CHA2DS2-VASc y HAS-BLED (en esta última no se pudo valorar el INR lábil, por ser un parámetro de difícil obtención). Se compararon las características basales y el tratamiento antiocoagulante (tACO) y/o antiagregante (tAG), en relación al score de ambas escalas. Se utilizó el paquete estadístico SPSS v18.0.

Resultados: De la cohorte total de 348 pacientes, en 173 (49,7%) se objetivó FA. De estos, 3 presentaban un score CHA2DS2-VASc de 0; en 5 casos el score fue 1; y el resto (95,4%) tenían un score CHA2DS2-VASc ≥ 2, siendo el valor máximo 8 y la moda 4. En cuanto a la escala HAS-BLED, 8 pacientes presentaban score 0; 41 pacientes score 1; 77 pacientes score 2; y 47 un HASBLED ≥ 3, siendo el valor máximo 5 y la moda 2. Respecto al tratamiento, con CHA2DS2-VASc ≥ 2 no hubo pacientes con tAG y 4 recibieron tACO. De los 165 pacientes con CHA2DS2-VASc ≥ 2, 27 (16,4%) no recibieron tACO, pero a 13 de ellos se les prescribió tAG. En el subgrupo con CHA2DS2-VASc ≥ 2 se compararon las características basales de pacientes sin y con tACO (NotACO vs SítACO), siendo la edad media de 75,4 vs 77,2 años ($p = 0,270$) y predominando el sexo femenino en SítACO (66,1%; $p = 0,216$). Se analizó el Índice de Comorbilidad de Charlson (CHARLSON) objetivándose score ≥ 3 (comorbilidad alta) en mayor proporción en pacientes NotACO (66,7% vs 44,9%; $p = 0,10$), y mayor tasa de reingresos hospitalarios en estos pacientes (85,7% vs 75,4%; $p = 0,02$). No hubo diferencias en el índice de Barthel ni de Pfeiffer. Al aplicar la escala HAS-BLED, el 25,4% de los pacientes SítACO y el 21,7% NotACO presentan un score ≥ 3, y de éstos, el 60% presentaba mayor riesgo anual de ictus que de hemorragia. Analizando los pacientes NotACO según el uso o no de tAG, los no tAG tenían mayor CHARLSON (3,6 vs 2,4; $p = 0,476$). El 92,3% de los pacientes con tAG presentaban un HAS-BLED ≥ 3 vs el 25,4% de los SitACO.

Discusión: Existe acuerdo en las guías sobre la indicación de tACO si CHA2DS2-VASc ≥ 2, que en nuestra cohorte son la mayoría de pacientes (95,4%). En nuestro estudio, los pacientes NotACO presentan más

comorbilidad, reingresos y riesgo de sangrado que los SítACO, y los factores determinantes para decantarse por tAG en pacientes con CHA2DS2-VASc ? 2 parecen estar relacionados con mayor comorbilidad y mayor riesgo de sangrado.

Conclusiones: 1. Casi la totalidad de los pacientes con FA ingresados por IC en MI tienen indicación de tACO y un riesgo intermedio de sangrado. 2. La elección del tratamiento antitrombótico en nuestra cohorte se influyó por la comorbilidad y el riesgo hemorrágico. 3. El perfil del paciente pluripatológico y frágil que ingresa en MI requiere de un minucioso análisis riesgo-beneficio al elegir el tratamiento antitrombótico en la FA.