



# Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

## RV-122. - UTILIDAD DE LAS ESCALAS CHADS2, CHA2DS2VASC Y HASBLED EN LA VALORACIÓN DEL PRONÓSTICO CARDIOVASCULAR DE PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO CON IMPLANTE DE STENTS

R. Bravo Marqués, A. Pérez Cabeza, P. Chinchurreta Capote, F. Torres Calvo, J. Siles Rubio, C. Corona Barrio, A. Milán Pinilla, F. Ruiz Mateas

Servicio de Cardiología. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

### Resumen

**Objetivos:** Los pacientes con fibrilación auricular (FA) sometidos a un intervencionismo coronario percutáneo con implante de stents coronarios (ICP) presentan un alto riesgo tromboembólico y de eventos cardiovasculares. Las terapias para reducir este riesgo, anticoagulantes orales (ACO) y doble antiagregación, aumentan significativamente el riesgo de sangrado. Las guías de práctica clínica europea y americana de FA recomiendan la escalas CHADS2, CHA2DS2VASC y HASBLED para valorar el riesgo tromboembólico y de sangrado. Nos planteamos su utilidad en este contexto clínico.

**Métodos:** Se incluyen los pacientes sometidos a ICP con antecedente o diagnóstico de FA desde enero 2011 a diciembre 2012. Analizamos las características clínicas, tipo de stents coronarios empleados, el tratamiento prescrito al alta hospitalaria y los eventos cardiovasculares o ECV (muerte de origen cardiovascular, IAM no mortal, trombosis tardías de stent, ictus o AIT y sangrados moderados o mayores). Se emplea el método de chi-cuadrado para variables cualitativas y t-Student o U de Mann-Whitney para variables cuantitativas. Se practicó un análisis multivariable con regresión logística de Cox.

**Resultados:** Se incluyen 64 pacientes (76,6% hombres) con edad media de  $70,7 \pm 9,8$  años. El 71,9% son hipertensos, 34,4% diabéticos, el 10,9% tenía antecedentes de ictus o AIT, el 85,9% cardiopatía estructural y el 12,5% valvulopatía significativa. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo media era de  $52,2 \pm 12,4\%$  y la aurícula izquierda de  $43,4 \pm 1,7$  mm. El valor medio de CHADS2 fue de  $2,1 \pm 1,3$ , CHA2DS2VASC de  $3,7 \pm 1,7$  y HASBLED de  $2 \pm 0,6$ . El 45,3% tenía FA paroxística, frente al 28,1% con FA persistente y 26,6% con FA permanente. Los motivos para el ICP fueron SCASEST (45,3%), SCACEST (32,8%), angina estable (6,3%) e insuficiencia cardiaca (15,6%). El 50% de los pacientes recibieron exclusivamente stents convencionales. El 62,5% recibió triple terapia; el resto sólo doble antiagregación. En el 10,9% de los casos se prescribieron nuevos ACO. Tras un seguimiento medio de  $6,8 \pm 4,4$  meses (pérdida de seguimiento del 6,2%) 8 pacientes (14,8%) presentaron ECV: 2 sangrados, 2 ictus, 2 trombosis tardías de stent y 3 muertes de origen cardiovascular. Los factores asociados a mayor incidencia de ECV fueron el antecedente de ictus/AIT (42,9% frente a 8,8%  $p = 0,01$ ), el empleo de digoxina (50% frente a 10,2%,  $p = 0,021$ ) y las escalas CHADS2 ( $3,1 \pm 1,5$  con ECV frente a  $2,1 \pm 1,2$  sin ECV;  $p = 0,033$ ) y CHA2DS2VASC ( $5 \pm 2,1$  con ECV frente a  $3,5 \pm 1,6$  sin ECV;  $p = 0,026$ ). En pacientes anticoagulados las escalas de CHADS2 ( $4,3 \pm 1,5$  frente a  $2,4 \pm 1$ ;  $p = 0,004$ ) y CHA2DS2VASC ( $6,7 \pm 2,1$  frente a  $3,8 \pm 1,4$ ;  $p = 0,003$ ) conservaron su asociación con la incidencia de ECV. Las escalas de riesgo tromboembólico resultaron ser

variables independientes de eventos cardiovasculares a la presencia de cardiopatía estructural, valvulopatía, prescripción de digoxina y anticoagulantes al alta (Para CHADS2: HR 2,1 IC95% 1,1-4,1  $p = 0,021$ ; para CHA2DS2VASc: HR 2,1 IC95% 1,2-3,6  $p = 0,01$ ). Al incluir el antecedente de ictus o AIT las escalas de riesgo tromboembólico perdieron la significación estadística.

*Conclusiones:* La incidencia a medio plazo de ECV en pacientes con FA sometidos a ICP es elevada (14,8%). Las escalas CHADS2 y CHA2DS2VASc se correlacionan con el pronóstico cardiovascular, pero no la escala HASBLED. El valor pronóstico de las escalas de riesgo tromboembólico es independiente de la presencia de cardiopatía estructural y de la prescripción de anticoagulantes al alta.