



## IC-6. - ESCALAS CHA2DS2-VASC Y HAS-BLED EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA. ¿PUEDEN APORTAR INFORMACIÓN SOBRE EL PRONÓSTICO VITAL?

M. Núñez Rodríguez<sup>1</sup>, R. Quirós López<sup>1</sup>, F. Rivas Ruiz<sup>2</sup>, J. Lebrón Ramos<sup>1</sup>, D. Fernández Bermúdez<sup>1</sup>, A. Blázquez Puerta<sup>1</sup>, F. Moreno Martínez<sup>1</sup>, J. García Alegría<sup>1</sup>, R. Quirós López, F. Rivas Ruiz, en representación del Grupo de Trabajo Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas REDISSEC

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Investigación. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga.

### Resumen

**Objetivos:** Analizar la relación de las escalas CHA2DS2VASC y HAS-BLED con el pronóstico vital de los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC).

**Métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo, incluyendo a pacientes con primer ingreso por IC como diagnóstico principal, sin límite de edad o comorbilidad, en el periodo 01/01/1997--31/12/2001. En el momento de la inclusión en el estudio se calcula la puntuación en las escalas CHA2DS2-VASc y HAS-BLED. El pronóstico vital de los pacientes se determina mediante consulta a historias clínicas, entrevista telefónica y finalmente con acceso al Índice Nacional de Defunciones. Fin del periodo de seguimiento 1/02/2014. Una vez categorizados los pacientes según grupos de riesgo en función de la puntuación en las diferentes escalas, se analizó la supervivencia mediante las curvas de Kaplan-Meier. Grupos de riesgo escala CHA2DS2-VASc: riesgo intermedio: 1 punto. Alto riesgo: 2 o más puntos. Grupos de riesgo escala HAS-BLED: bajo riesgo: 0 puntos. Riesgo intermedio: 1-2 puntos. Alto riesgo: 3 o más puntos. Finalmente se calcularon las curvas ROC para cada una de las escalas pronósticas.

**Resultados:** Se incluyeron 400 pacientes, con una edad media de 67,9 años (IC95%: 66,8-69,1). Género femenino el 46,8%. El 56,8% de los pacientes presentó HTA, un 40,5% diabetes mellitus. Al ingreso el 46,3% presentaba alteración de la función renal (moderada-grave 27,3%). 174 pacientes, el 43,5% del total presentaba fibrilación auricular. La mortalidad de los pacientes incluidos en el estudio, con un seguimiento medio de 85,5 meses, fue del 78,5%. La puntuación en la escala CHAD2DS2-VASc fue de 4,1 (IC95%: 3,9-4,2), 90 pacientes, el 22,5% presentó una puntuación de 1 punto (riesgo intermedio). El 77,5% presentó una puntuación de alto riesgo. La mortalidad fue superior en el grupo de pacientes de alto riesgo, 80,5% vs 57,1%, Log Rank test = 0,001. Las diferencias se mantuvieron significativas en pacientes con y sin FA (Log Rank = 0,01 en ambos grupos). El área bajo la curva fue de 0,646 (IC95%: 0,57-0,71),  $p < 0,001$ . La puntuación en la escala HAS-BLED fue de 1,2 (IC95%: 1,1-1,3). El 19,3% presentó bajo riesgo, un 70,1% riesgo intermedio y el 10,6% alto riesgo. La mortalidad en cada uno de los grupos fue del 54,5%, 83,5% y 90,5% respectivamente. En el análisis de supervivencia por Kaplan Meier el valor de Log Rank fue  $p < 0,001$ . Estos resultados fueron consistentes en pacientes con y sin FA (Log Rank = 0,001 en ambos grupos). Finalmente, agrupando grupos de riesgo intermedio y alto se calculó el área bajo la curva,

con un resultado de 0,657 (IC95%: 0,58-0,72),  $p < 0,001$ .

*Discusión:* Muchas de las variables incluidas en las escalas CHA2DS2-VASc y HAS-BLED se relacionan con el pronóstico vital de la IC. Por ello, puntuaciones de alto riesgo en ambas escalas podrían identificar pacientes con menor supervivencia a largo plazo.

*Conclusiones:* En pacientes con IC, puntuaciones de riesgo intermedio y alto en la escala CHA2DS2-VASc se relacionan con la mortalidad, de forma independiente a la presencia de fibrilación auricular. De igual modo, puntuaciones en la escala HAS-BLED de riesgo intermedio y alto de sangrado también se correlacionan con el pronóstico vital de los pacientes.