



T-037 - VALIDEZ DE LAS ESCALAS RIETE Y HAS-BLED A 3 MESES DE ANTICOAGULACIÓN POR ETEV: PREDICIENDO EL RIESGO

A. Domínguez Calvo¹, I. Pagán², R. Ortiz Regalón¹, A. Rodríguez Cobo¹, M. López-Cano Gómez¹, E. Fernández Alonso¹, C. Masa Vázquez¹, B. Pagán Muñoz¹

¹Servicio de Medicina Interna. ²StatBio. Hospital Universitario Madrid Sanchinarro. Madrid.

Resumen

Objetivos: Las complicaciones hemorrágicas en pacientes anticoagulados por enfermedad tromboembólica venosa (ETEV), constituyen unas de las principales consideraciones en la anticoagulación. Nuestro objetivo es valorar la utilidad de las escalas disponibles a la hora de clasificar a los pacientes anticoagulados según su riesgo hemorrágico.

Métodos: Estudio retrospectivo en el que se revisaron las historias clínicas de pacientes diagnosticados de ETEV en nuestro Hospital. Se registraron los eventos hemorrágicos en los tres primeros meses de anticoagulación. Calculamos el riesgo de sangrado según las escalas RIETE y Has-Bled. Comparamos la capacidad de ambas para clasificar adecuadamente el riesgo de sangrado.

Resultados: Incluimos 58 pacientes diagnosticados de ETEV. 5 (8,62%) presentaron algún tipo de sangrado. 4 de ellos (80%) estaban anticoagulados con HBPM, y 1 (20%) con acenocumarol. La escala Has Bled clasificó el 33% (19) como de bajo riesgo de presentar complicaciones hemorrágicas, el 41% (24) se clasificaron con riesgo moderado, y el 26% (15) con un riesgo alto. De los clasificados como riesgo elevado, sólo el 33% (5) presentaron en realidad complicación hemorrágica. 10 pacientes clasificados como de alto riesgo, no tuvieron ninguna hemorragia. Según la escala RIETE, ninguno de nuestros pacientes tenía un riesgo bajo. El 95% (55) tenían un riesgo moderado, de los cuales tan solo el 4% (2) presentan en realidad evento, y el 5% (3) elevado, habiendo presentado todos ellos complicación. Comprobamos que haciendo una media de la puntuación final de ambas escalas para cada paciente, y asumiendo que una puntuación superior a 3 significa alto riesgo hemorrágico, el 100% de los pacientes con sangrado serían correctamente clasificados, y sólo dos pacientes que no sangraron serían incluidos en esta categoría.

Discusión: En nuestra cohorte, la escala RIETE distribuye a la mayoría de los pacientes como de moderado riesgo. Clasifica de forma adecuada a tres de los pacientes que sangraron, dejando dos de ellos en categoría de riesgo moderado, así como al resto de los pacientes incluidos. La escala Has Bled clasifica adecuadamente a todos los pacientes que sangraron, si bien incluye en la categoría de alto riesgo a 10 pacientes que no lo hicieron. Con estos datos, y a pesar de que la escala RIETE es una escala dirigida a la toma de decisiones en pacientes con ETEV, la escala Has Bled asegura la correcta clasificación de un mayor número de pacientes. No obstante, ninguna de ellas parece tener la suficiente capacidad de discriminación para ayudar al clínico en la toma de decisiones. Cuando combinamos las dos escalas y hacemos una media de la puntuación de ambas, eligiendo como punto

de corte 3 puntos, la capacidad de clasificación mejora sensiblemente, de modo que clasifica de forma adecuada a todos los pacientes que sangraron, y sólo incluye como de alto riesgo a dos que no lo hicieron. En este caso, el número de pacientes bien clasificados es mayor que utilizando sólo una de las escalas.

Conclusiones: Ambas escalas tienen limitaciones a la hora de clasificar a los pacientes según su riesgo de sangrado, y ayudar así al clínico en la toma de decisiones sobre la anticoagulación en la ETEV. En nuestra cohorte, la escala Has Bled parece clasificar mejor el riesgo de los pacientes. En la actualidad, no existe evidencia suficiente que recomiende el uso de estas escalas de riesgo en la práctica diaria. Al validarlas en otras poblaciones, fracasan en la reproductividad de la predicción de variables. No obstante, la mayor capacidad predictiva parece provenir de una combinación de la puntuación de ambas. Los pacientes con una media mayor a 3 puntos serían los candidatos sobre los que hacer un seguimiento ambulatorio aún más estricto y plantearse, valorando a su vez el riesgo de recurrencia de ETEV, el tratamiento con anticoagulantes orales de menor riesgo hemorrágico, así como su suspensión precoz.