Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):94

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

ICyFA-123 - VALIDACIÓN Y DISCRIMINACIÓN DE LAS ESCALAS DE RIESGO HEMORRÁGICO EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS QUE INICIAN ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS

H. Albendín Iglesias[1], C. Caro Martínez[2], A. Castillo Navarro[1], G. Elvira Ruiz[3], P. Flores Blanco[3], J. Andreu Cayuelas[3], J. Bailén Lorenzo[2] y S. Manzano Fernández[3]

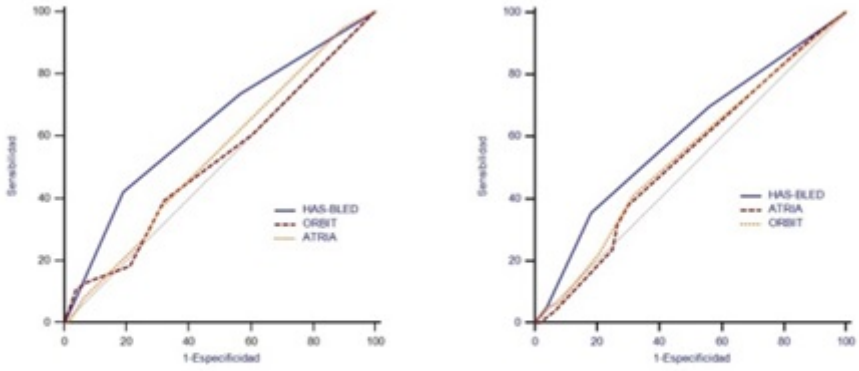
[1]Medicina Interna. [3]Cardiología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. [2]Cardiología. Hospital Orihuela. Bartolomé (Alicante).

Resumen

Objetivos: Disponemos de diferentes escalas de riesgo hemorrágico previo al inicio de la anticoagulación en los pacientes con fibrilación auricular. Aunque estas escalas han sido validadas en la población general, existen determinadas subpoblaciones de interés en las que el desarrollo de las mismas puede diferir. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la capacidad predictiva de tres escalas de riesgo hemorrágico en pacientes mayores de 75 años y fibrilación auricular no valvular (FANV) que inician tratamiento con anticoagulantes orales directa (AOD) en nuestro medio.

Material y métodos: Estudio retrospectivo multicéntrico en el que se incluyeron de forma consecutiva a 608 pacientes con edad superior a 75 años con FANV que iniciaron tratamiento con AOD. La puntuación de las 3 escalas de riesgo hemorrágico (HAS-BLED, ATRIA y ORBIT) pudo calcularse en 606 (99,7%) pacientes. Durante el seguimiento (646 [470-839] días), las complicaciones hemorrágicas fueron recogidas a través de la revisión de historias clínicas electrónicas y contacto telefónico en un 99,8% de los pacientes. Las complicaciones hemorrágicas se clasificaron según los criterios de la International Society on Thrombosis and Haemostasis.

Resultados: Se registraron 76 hemorragias clínicamente relevantes (7,53/100 personas-año), 38 episodios de hemorragia mayor (3,64/100 personas-año), 30 episodios de hemorragia relevante de origen digestivo (2,85/100 personas- año), 21 episodios de hemorragia mayor digestivo (2,00/100 personas/año) y 5 episodios de hemorragia intracraneal (0,47/100 personas/año). La tasa de hemorragias aumentó conforme aumentaron las puntuaciones de las escalas. Todas las escalas de riesgo presentaron una capacidad de discriminación modesta, tanto para la hemorragia mayor: HAS-BLED 0,64; ATRIA 0,54 y ORBIT 0,52, como para hemorragias clínicamente relevantes: HAS-BLED 0,60; ATRIA 0,53 y ORBIT 0,54. La capacidad discriminativa fue algo superior para la hemorragia de origen digestivo (hemorragia digestiva mayor: HASBLED 0,74; ATRIA 0,65 y ORBIT 0,65; hemorragia digestiva relevante: HASBLED 0,72, ATRIA 0,67 y ORBIT 0,69. La comparación de curvas ROC de las escalas de riesgo hemorrágico mostró una mejor predicción para la escala HAS-BLED respecto a la escala ATRIA y ORBIT para la hemorragia mayor (p = 0,026 y p = 0,005 respectivamente) y para la hemorragia clínicamente relevante (p = 0,031 y p = 0,044 respectivamente).



Discriminación de las escalas de riesgo hemorrágico

Conclusiones: Los resultados de nuestro estudio muestran una capacidad modesta en la discriminación de los eventos hemorrágicos de las tres escalas evaluadas. No obstante, la escala HAS-BLED demuestra una mejor discriminación de los eventos hemorrágicos entre los pacientes mayores de 75 años con FANV que inician AODs.

0014-2565 / © 2017, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.