



## ICYFA-116 - EVALUACIÓN DE LAS ESCALAS DE RIESGO HEMORRÁGICO EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR QUE INICIAN ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS

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

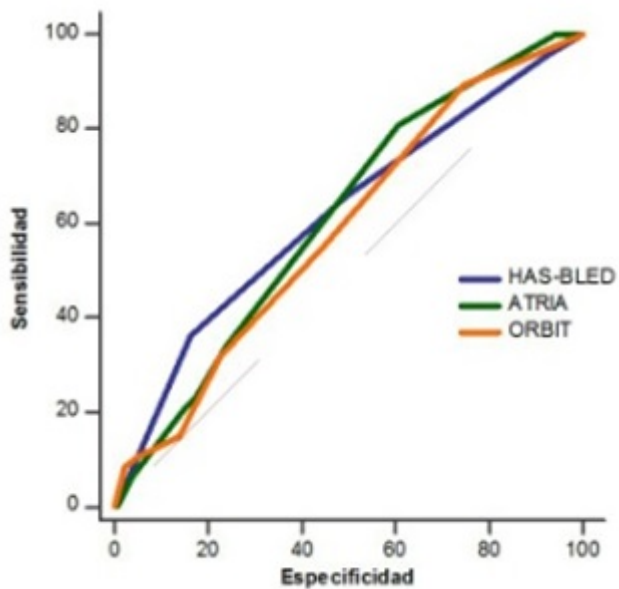
<sup>1</sup>Medicina Interna; <sup>2</sup>Cardiología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. <sup>3</sup>Cardiología. Hospital Orihuela. Bartolomé (Alicante).

### Resumen

**Objetivos:** Las escalas de riesgo hemorrágico en pacientes con fibrilación auricular han mostrado tener una capacidad similar en la predicción de los eventos hemorrágicos en pacientes que reciben antagonistas de la vitamina K. Sin embargo, el desarrollo de estas escalas no ha sido ampliamente estudiado en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) que reciben anticoagulantes orales directos (AODs). Nuestro objetivo fue evaluar la capacidad predictiva de tres escalas de riesgo hemorrágico en pacientes con FANV que inician tratamiento con AODs.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo multicéntrico en el que se incluyeron 973 pacientes consecutivos con FANV que iniciaron tratamiento con AOD. La puntuación de las 3 escalas de riesgo hemorrágico (HAS-BLED, ATRIA y ORBIT) pudo calcularse en 970 (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 101 sangrados clínicamente relevantes (6,11/100 personas-año), 47 episodios de sangrado mayor (2,76/100 personas-año), 40 episodios de sangrado relevante de origen digestivo (2,33/100 personas-año), 25 episodios de sangrado mayor digestivo (1,46/100 personas/año), 5 episodios de hemorragia intracraneal (0,29/100 personas/año) y 102 muertes (5,85/100 personas/año), de las cuales 34 fueron de causa cardiovascular (1,95/100 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 el sangrado mayor: HAS-BLED 0,62; ATRIA 0,61 y ORBIT 0,59 como para sangrado relevante: HAS-BLED 0,59; ATRIA 0,58 y ORBIT 0,57. La capacidad discriminativa fue algo superior para el sangrado de origen digestivo (sangrado mayor digestivo: HAS-BLED 0,74; ATRIA 0,71 y ORBIT 0,69; sangrado relevante digestivo: HAS-BLED 0,69, ATRIA 0,67 y ORBIT: 0,65. La comparación de curvas ROC de las escalas de riesgo hemorrágico no mostró diferencias significativas para ningún tipo evento ni en la población general ni tras estratificar por el tipo de AOD (todas  $p > 0,05$ ).



*Conclusiones:* Los resultados de este estudio muestran que las tres escalas evaluadas presentan una capacidad modesta y sin diferencias significativas en la discriminación de hemorragias en los pacientes con FANV que inician AODs. Estos resultados están en consonancia con otros trabajos realizados con pacientes en tratamiento con antagonistas de la vitamina K, y nos permiten por tanto aplicar con mayor seguridad estas escalas en pacientes tratados con estos fármacos.