

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández González L, García San Román K, Blanco Mata R, et al. Tratamiento percutáneo con *stent* de la coartación aórtica de aorta en el adulto. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69:1109-1111.
2. Tapping CR, Ettles DF. Endovascular management of bilateral superior intercostal artery aneurysm following late repair of coarctation of aorta. *Thorac Cardiovasc Surg*. 2011;59:311-313.

3. Batlivala SP, Rome JJ. Concomitant percutaneous treatment of aortic coarctation and associated intercostal aneurysms: pre-procedural recognition is key. *Cardiol Young*. 2016;26:390-395.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.revvesp.2016.09.046>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.revvesp.2016.10.024>
 0300-8932/

© 2016 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Evaluación de los esquemas de riesgo hemorrágico HAS-BLED y ORBIT en pacientes con fibrilación auricular no valvular tratados con anticoagulación oral



Evaluation of HAS-BLED and ORBIT Bleeding Risk Scores in Nonvalvular Atrial Fibrillation Patients Receiving Oral Anticoagulants

Sr. Editor:

Hemos leído con interés la carta de Riziq-Yousef Abumuaileq et al.¹ sobre los esquemas de riesgo hemorrágico en la fibrilación auricular (FA). Los autores analizaron las diferencias en la predicción de hemorragia mayor e intracraneal entre los esquemas ORBIT, HAS-BLED y ATRIA. Concluyen que el esquema ORBIT funciona tan bien como el HAS-BLED, tanto en población general como en pacientes con razón internacional normalizada (INR) lábil. Tras la lectura de la carta, realizamos algunas consideraciones.

Recientemente se ha presentado la guía europea sobre FA², donde se recomienda el uso de los esquemas de riesgo hemorrágico para los pacientes con anticoagulación oral (recomendación IIa, B), independientemente del cálculo del riesgo isquémico con el esquema CHA₂DS₂-VAsc. A pesar de que no indica la superioridad de ninguno de los esquemas de riesgo hemorrágico, destaca la importancia de controlar 4 factores de riesgo modificables: hipertensión, labilidad del INR, medicación que predisponga a la hemorragia y exceso de alcohol. Todos estos factores modificables están incluidos en el esquema HAS-BLED. El esquema ORBIT surgió como una herramienta para evaluar el riesgo hemorrágico de los pacientes con cualquier tipo de tratamiento anticoagulante³, y destaca que no es necesario valorar la labilidad del INR por su complejidad e inutilidad con los anticoagulantes directos. Estos anticoagulantes directos son al menos tan eficaces como los antagonistas de la vitamina K (AVK) en la prevención de eventos embólicos y disminuyen las hemorragias intracraneales. Sin embargo, su empleo sigue siendo escaso en España (el 11,2% según el registro PREFER-AF). La eficacia del tratamiento con AVK depende de la calidad de la anticoagulación estimada por el tiempo en rango terapéutico (TRT), que debe ser cuanto más alto mejor². Por eso consideramos que, para realizar una buena comparación entre los esquemas de riesgo, se debe evaluar la calidad de la anticoagulación con los controles de INR, ya que es una variable del esquema HAS-BLED. No disponer de datos suficientes de control de INR antes de la inclusión ha podido influir en los resultados del estudio de Riziq-Yousef Abumuaileq et al.¹

Nuestro grupo ha analizado las diferencias entre el esquema HAS-BLED y ORBIT para la predicción de mortalidad y hemorragia mayor en 2 poblaciones: pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) crónica del registro español FANTASIA y pacientes con FANV sometidos a cardioversión eléctrica⁴. Se analizó a 406 pacientes con FANV y una mediana de TRT de 60% [50-68] y con un 39,2% de la población con TRT < 60%. Además, se analizó a 1.276 pacientes del registro FANTASIA con una media de TRT del

60,9% ± 24,4% y un 54% de pacientes con TRT < 65%. En los pacientes sometidos a cardioversión eléctrica, no se observaron diferencias significativas en la predicción de hemorragia mayor y mortalidad entre los esquemas HAS-BLED y ORBIT. En la población del registro FANTASIA, tampoco se observaron diferencias significativas en la predicción de hemorragia y mortalidad. Estos hallazgos concuerdan con los publicados por Senoo y Lip⁵ en la población del estudio AMADEUS.

Por ello, consideramos que el esquema ORBIT no mejora los resultados del HAS-BLED en la predicción de hemorragia, y no ayuda al manejo clínico al carecer de factores modificables. Una puntuación elevada de un esquema de riesgo hemorrágico no es una contraindicación para la anticoagulación, sino que es una alerta para modificar los factores perjudiciales de nuestros pacientes anticoagulados utilizando un esquema dinámico como el HAS-BLED.

Ante un paciente con FANV, la simplicidad es esencial para prevenir eventos:

1. Calcular el riesgo isquémico con el esquema CHA₂DS₂-VAsc para excluir a los pacientes que no se benefician de la anticoagulación.
2. Calcular el esquema hemorrágico HAS-BLED para alertar de los factores de riesgo hemorrágico modificables.
3. Usar el esquema SAME-TT₂R₂ para identificar a los pacientes con mal control de INR y conocer qué pacientes son candidatos a tratamiento con AVK (SAME-TT₂R₂ 0-1) o con anticoagulantes directos (SAME-TT₂R₂ ≥ 2).

CONFLICTO DE INTERESES

El registro FANTASIA cuenta con una beca no condicionada por Pfizer/Bristol-Myers-Squibb y por subvenciones del Instituto de Salud Carlos III (Madrid)-FEDER (RD12/0042/0068, RD12/0042/0010, RD12/0042/0069 y RD12/0042/0063).

Los autores están financiados por RD12/0042/0049 (RETICS) del ISCIII y PI13/00513/FEDER del ISCIII.

María Asunción Esteve-Pastor^a, Amaya García-Fernández^b, Vanessa Roldán^c y Francisco Marín^{a,*}

^aServicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, IMIB-Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

^bServicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Alicante, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica ISABIAL-FISABIO, Alicante, España

^cServicio de Hematología, Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: fcomarino@hotmail.com (F. Marín).

On-line el 16 de noviembre de 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. Riziq-Yousef Abumuaileq R, Abu-Assi E, Raposeiras-Roubin S, et al. Comparison between 3 bleeding scoring systems in nonvalvular atrial fibrillation patients. What can the new ORBIT score provide? *Rev Esp Cardiol.* 2016;69:1112-1114.
2. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS: The Task Force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC endorsed by the European Stroke Organisation (ESO). *Eur Heart J.* 2016. <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehw210>
3. O'Brien EC, Simon DN, Thomas LE, et al. The ORBIT bleeding score: a simple bedside score to assess bleeding risk in atrial fibrillation. *Eur Heart J.* 2015;36:3258-3264.
4. Esteve-Pastor MA, García-Fernández A, Macías M, et al. Is the ORBIT bleeding risk score superior to the HAS-BLED score in anticoagulated atrial fibrillation patients? *Circ J.* 2016;80:2102-2108.
5. Senoo K, Lip GY. Predictive abilities of the HAS-BLED and ORBIT bleeding risk scores in non-warfarin anticoagulated atrial fibrillation patients: An ancillary analysis from the AMADEUS trial. *Int J Cardiol.* 2016;221:379-382.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.05.025>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.10.015>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.09.044>
 0300-8932/

© 2016 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Evaluación de los esquemas de riesgo hemorrágico HAS-BLED y ORBIT en pacientes con fibrilación auricular no valvular tratados con anticoagulación oral. Respuesta



Evaluation of HAS-BLED and ORBIT Bleeding Risk Scores in Nonvalvular Atrial Fibrillation Patients Receiving Oral Anticoagulants. Response

Sr. Editor:

Hemos leído con interés la carta al director de Esteve-Pastor et al., y les agradecemos sus comentarios a nuestro artículo¹. Tras una cuidadosa lectura e interpretación de la carta, quisiéramos aclarar algunas cuestiones.

Como es sabido, la evaluación del riesgo hemorrágico es más compleja que la del riesgo tromboembólico y todo intento por mejorar la evaluación del riesgo hemorrágico es siempre bien recibido. En nuestro estudio se observa que el esquema ORBIT daba unos resultados igual de buenos que los del esquema HAS-BLED¹.

Se ha estimado que el 90% de las muertes que se producen a causa de hemorragias asociadas al empleo de antagonistas de la vitamina K (AVK) pueden tener lugar en los primeros 30 días siguientes al inicio del tratamiento con warfarina (es decir, en el periodo en que no se dispone de datos suficientes sobre el control de la razón internacional normalizada [INR])². Esto conlleva, a su vez, una continua confusión respecto a la trascendencia del elemento de INR lábil en la puntuación HAS-BLED, ya que este elemento suele estar ausente cuando se estima el riesgo de hemorragia de pacientes que no han recibido anteriormente tratamiento con AVK (es decir, en el escenario habitual en la práctica clínica real).

En el análisis del estudio FANTASIA³, el mal control de la anticoagulación (es decir, la INR lábil) se definió como un tiempo en rango terapéutico (TRT) estimado < 65%, mientras que en nuestro estudio se calculó la INR lábil como un TRT < 60%. En consecuencia, toda comparación entre los 2 estudios podría llevar a confusión.

El esquema HAS-BLED tiene varias ventajas (p. ej., incluye factores de riesgo modificables). Sin embargo, la puntuación HAS-BLED está formada por 9 elementos, mientras que el esquema ORBIT consta de solo 5, y ello podría explicar por qué hay un mayor

porcentaje de pacientes a los que se clasifica como en alto riesgo hemorrágico en el esquema HAS-BLED (20-40%) en comparación con el ORBIT (5-12%)³. Esto podría implicar un retraso innecesario en la prescripción de anticoagulantes orales por médicos en formación o cardiólogos con poca experiencia, que no son conscientes de que un riesgo de hemorragia alto no contraindica necesariamente la anticoagulación. Creemos que, al tiempo que continuamos utilizando el esquema HAS-BLED, son necesarios más esfuerzos por concienciar a los médicos sobre el uso adecuado de esta puntuación, en especial por lo que respecta a la categoría de riesgo alto.

Rami Riziq-Yousef Abumuaileq*, Moisés Rodríguez-Mañero y José Ramón González-Juanatey

Departamento de Cardiología y Unidad Coronaria, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España

* Autor para correspondencia:
 Correo electrónico: drrami2012@hotmail.com
 (R. Riziq-Yousef Abumuaileq).

On-line el 30 de diciembre de 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. Riziq-Yousef Abumuaileq R, Abu-Assi E, Raposeiras-Roubin S, Rodríguez-Mañero M, Peña-Gil C, González-Juanatey JR. Comparison Between 3 Bleeding Scoring Systems in Nonvalvular Atrial Fibrillation Patients. What Can the New ORBIT Score Provide? *Rev Esp Cardiol.* 2016;69:1112-1114.
2. Fang MC, Go AS, Chang Y, et al. Death and disability with warfarin-associated intracranial and extracranial hemorrhages. *Am J Med.* 2007;120:700-705.
3. Esteve-Pastor MA, García-Fernández A, Macías M, et al. Is the ORBIT bleeding risk score superior to the HAS-BLED score in anticoagulated atrial fibrillation patients? *Circ J.* 2016;80:2102-2108.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.09.044>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.10.015>
 0300-8932/

© 2016 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.