

Pregunta 3: En pacientes con FA, ¿qué índice de riesgo se debería usar para predecir sangrado?

[A continuación se muestra la resolución de la pregunta realizada en la primera versión de la GPC (setiembre del 2018). Se realizó una actualización de la búsqueda para la actualización de la GPC (agosto del 2023) y se consultó al GEG. Como resultado de esta evaluación, no se encontraron razones que justificaran cambios en alguno de los enunciados. Los resultados de la nueva búsqueda se muestran en el **Anexo N° 2**].

Conceptos previos:

Evaluar el riesgo de sangrado de los pacientes con terapia de anticoagulación es importante para la toma de decisiones con respecto al tratamiento de las personas con FA. Uno de los desenlaces más importantes que pueden presentar los pacientes con FA tomando medicación con anticoagulantes es la hemorragia intracraneal. Por ese motivo, diversas escalas se han creado para guiar el manejo de estos pacientes (38).

Justificación de la pregunta:

Existen diversos índices de riesgo de sangrado en pacientes recibiendo terapia de anticoagulación. Entre ellos se encuentran el HAS-BLED (38, 39), índice ATRIA (40), HEMORR₂HAGES (41) y CHADS₂ (42). La guía NICE 2014 realiza una revisión sistemática y concluye que el índice HAS-BLED posee mejor capacidad de discriminación para sangrado en comparación con otras herramientas (36). Sin embargo, recientemente se ha desarrollado un nuevo índice de riesgo que debe ser evaluados: ATRIA.

Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó las siguientes preguntas PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente / Problema	Intervención / Comparación	Desenlaces
3	Pacientes con FA en anticoagulación	HAS-BLED / ATRIA	• C-statistic para sangrado mayor

Búsqueda de RS:

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de GPC que tengan RS (**Anexo N° 1**) y de RS publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**), como se detalla en la sección de métodos.

Se encontró dos RS que compararon la capacidad predictiva de los índices HAS-BLED y ATRIA. A continuación, se resumen las características de la dos RS encontradas Zhu 2015 (43) y Caldeira 2014 (44):

RS	Puntaje en AMSTAR 2	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Número de estudios que responden la pregunta de interés
Zhu (2015)	11 (Críticamente bajo)	Marzo 2015	11 estudios longitudinales
Caldeira (2014)	8 (Críticamente bajo)	Juio 2013	6 estudios longitudinales

Resumen de la evidencia:

HAS-BLED vs ATRIA:

- C-statistic sangrado mayor:
 - Para este desenlace se contó con una RS: Zhu (2015), que comparó la capacidad predictiva de HAS-BLED vs ATRIA.
 - El GEG-Local no consideró necesario actualizar la RS debido a que la fecha reciente de la búsqueda.
 - Resumen de la evidencia:
 - La RS de Zhu (2015) realizó un MA de 7 estudios longitudinales, halló que la capacidad predictiva para sangrado mayor el índice HAS-BLED (c-statistic) fue de 0.65 (IC 95%: 0.61 a 0.69), mientras que para el índice ATRIA fue de 0.63 (IC 95%: 0.56 a 0.72).
 - Como un dato adicional, cabe resaltar que esta RS calculó además el *Net Reclassification Improvement* (NRI) utilizando los resultados de 3 estudios longitudinales y halló que, en promedio, el índice HAS-BLED tenía una reclasificación de 20% sobre el índice ATRIA.

Balance beneficios/riesgos y Certeza de la evidencia:

- En comparación con el índice ATRIA, el índice HAS-BLED presentó:
 - Similar capacidad predictiva para sangrado mayor (Certeza de la evidencia: **muy baja**, ver **Anexo N° 4**)
- **Conclusión:** El índice HAS-BLED tiene similar capacidad predictiva para sangrado en comparación al índice ATRIA (Certeza de la evidencia: **muy baja**)

Valoración de los desenlaces por los pacientes: El GEG-Local consideró que los desenlaces priorizados para esta pregunta serían relevantes para los pacientes.

Preferencias de los pacientes/familiares: El GEG-Local consideró que:

- El índice ATRIA requiere un examen de laboratorio que tiene la duración de 24 horas (depuración de creatinina), mientras que el HAS-BLED solo requiere pruebas de laboratorio inmediatas (creatinina, transaminasas e INR), por lo cual se consideró que los pacientes podrían valorar la rapidez en la decisión sobre su manejo conseguida con el índice de HAS-BLED.
- **Conclusión:** Los pacientes/familiares preferirían el uso del índice HAS-BLED sobre el uso del índice ATRIA.

Aceptabilidad de los profesionales de la salud: El GEG-Local consideró que:

- El índice HAS-BLED es ampliamente aceptado y conocido por los profesionales de salud. El índice ATRIA podría no ser aceptado por los profesionales de salud.

- **Conclusión:** Los médicos especialistas aceptarían con mayor facilidad el uso del índice HAS-BLED.

Factibilidad: El GEG-Local consideró que el índice ATRIA requiere un examen de laboratorio que tiene la duración de 24 horas (depuración de creatinina), que no siempre se puede realizar en pacientes ambulatorios, en tanto que el HAS-BLED solo requiere pruebas de laboratorio inmediatas (creatinina, transaminasas e INR), por lo cual se consideró que HAS-BLED sería de uso más factible.

Uso de recursos: El GEG-Local consideró que no existen diferencias muy grandes entre la cantidad de recursos consumidos por los índices HAS-BLED y ATRIA.

Dirección y fuerza de la recomendación:

- **Dirección de la recomendación:** Considerando que el índice HAS-BLED y el índice ATRIA tienen capacidad predictiva similar para sangrados mayores, y puesto que el índice HAS-BLED es el usualmente usado y aceptado en nuestro contexto, se decidió que no podría recomendarse el cambio hacia el uso del índice de ATRIA, por lo cual se decidió formular una recomendación **a favor del uso del índice HAS-BLED**.
- **Fuerza de la recomendación:** Considerando que la Certeza de la evidencia fue muy baja, y que el índice HAS-BLED sería más aceptado y factible, se decidió emitir una recomendación **fuerte**.

Planteamiento de puntos de buena práctica clínica:

1. El GEG-Local consideró que, si es que el médico considera que el paciente tiene un alto riesgo de sangrado usando el índice de HAS-BLED, rara vez decidirá discontinuar la anticoagulación, sino que los esfuerzos se centrarán en controlar los factores que aumenten dicho riesgo.
2. El GEG-Local consideró que debido a los riesgos que genera la anticoagulación es necesario discutir con el paciente los riesgos y beneficios a detalle y explicarle la necesidad de un monitoreo cuidadoso.
3. El GEG-Local consideró que, debido a los beneficios que genera la anticoagulación, no se debería evitar brindar este tratamiento solo por el riesgo de caídas.

Recomendaciones y puntos de buena práctica clínica:

Recomendación:

1. En pacientes con FA que están empezando o han empezado anticoagulación, sugerimos utilizar el índice HAS-BLED para evaluar el riesgo de sangrado.

Recomendación fuerte a favor

Certeza de la evidencia: muy baja

Puntos de buena práctica clínica:

1. En pacientes con alto riesgo de sangrado, brinde anticoagulación y controle los factores que aumenten dicho riesgo.

2. Al discutir los beneficios y riesgos de la anticoagulación, explique al paciente que:
 - a. Para la mayoría de pacientes, el beneficio de la anticoagulación sobrepasa al riesgo de sangrado.
 - b. Para los pacientes con riesgo de sangrado incrementado, el beneficio de la anticoagulación puede no siempre sobrepasar al riesgo de sangrado, por lo que es importante un monitoreo cuidadoso del riesgo de sangrado.
3. No evite la anticoagulación solo por el riesgo de caídas.