



6056-5. ANTICOAGULACIÓN EN MIOCARDIOPATÍA NO COMPACTADA. ¿INFLUYEN LAS ESCALAS DE RIESGO EN LA INDICACIÓN?

Nerea Mora Ayestarán, Ignacio Roy Añón, Gonzalo Luis Alonso Salinas, Mayte Basurte Elorz, Arturo Lanaspa Gallego, Jara Amañur García Ugaldebere, Julene Ugarriza Ortueta, Maite Odriozola Garmendia, Cristina Villabona Rivas y Virginia Álvarez Asiain

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.

Resumen

Introducción y objetivos: La alta incidencia de embolias descrita inicialmente en miocardiopatía no compactada (MNC) determinó el inicio de anticoagulación profiláctica en todos los pacientes. Estudios recientes reportan una menor tasa de embolias y cuestionan el valor de la no compactación aislada como predictor independiente de embolias. Trabajos recientes postulan que la escala CHADS₂ es mejor predictor de embolias en MNC, y recomiendan la anticoagulación en pacientes con CHADS₂ alto (? 2 puntos) independientemente de la FEVI.

Métodos: Estudio observacional que recoge pacientes con MNC (NC/C > 2,3, en telediástole y eje largo, en resonancia) entre 2011-2018. Análisis de la evolución (embolias y FA) en función de la escala CHADS₂ (bajo 0, intermedio 1 y alto ? 2 puntos) y CHADS₂-VAsC (bajo 0 puntos o 1 si mujer, intermedio 2-3 y alto ? 4 puntos).

Resultados: De los 116 pacientes incluidos 29 (25%) tenían FA al inicio del estudio. Los pacientes con FA tenían mayor CHADS₂-VAsC (alto 41,48 vs 13,79%, intermedio 48,27 vs 55,17% y bajo 10,34 vs 31,04%). La escala CHADS₂ reclasifica al 25% de los pacientes, todos ellos identificados como riesgo intermedio según CHADS₂-VAsC, a alto (27/29) o bajo (2/29). Entre los pacientes sin otra indicación de anticoagulación (n = 87), tras un seguimiento medio de 6,4 años, el 8,05% desarrolló FA (corresponde al 15,15% de los pacientes con CHADS₂ alto y 8% de CHADS₂ intermedio) y el 3,45% presentó embolias (corresponde al 6,06% de pacientes con CHADS₂ alto y 4% de CHADS₂ intermedio). Ningún paciente considerado de bajo riesgo en las escalas presentó eventos. Entre los pacientes que desarrollaron FA, 3 se habían identificado de alto riesgo y 2 de intermedio en ambas escalas, mientras que otros 2 se consideraron de riesgo intermedio en base a CHADS₂-VAsC y alto riesgo en base a CHADS₂. En cuanto a embolias, todos los pacientes estaban clasificados como riesgo intermedio según CHADS₂-VAsC, mientras que 2 de ellos (66,7%) se identificaron correctamente como alto riesgo en la escala CHADS₂. Ningún paciente con FEVI conservada presentó eventos en el seguimiento, independientemente de su CHADS₂-VAsC o CHADS₂.



Eventos en miocardiopatía no compactada en función de la escala CHADS₂-VAsC y CHADS₂.

Conclusiones: En nuestro estudio, la escala CHADS₂ fue mejor predictor de fenómenos tromboembólicos en MNC que la escala CHADsVAsC. La baja tasa de eventos reportada no apoya el inicio de anticoagulación profiláctica en todos los pacientes, independientemente de la escala CHADS₂ o CHADS₂-VAsC.