



6001-772. PREDICCIÓN DEL RIESGO TROMBOEMBÓLICO EN UNA COHORTE DE FIBRILACIÓN AURICULAR DEL ESTUDIO FABAR. COMPARACIÓN ENTRE CHADS2, CHA2DS2VASC Y LA SOSPECHA CLÍNICA

Rafael Carlos Vidal Pérez, Fernando Otero-Raviña, Ricardo Besada Gesto, Carmen Cerqueiras Alcalde, Paula de Blas Abad, Concepción de Frutos de Marcos, María Jesús Eiris Cambre y José Ramón González-Juanatey del Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Sección de Coordinación Asistencial, SERGAS y Grupo Barbanza, Santiago de Compostela (A Coruña).

Resumen

Introducción y objetivos: El objetivo fue evaluar el comportamiento de las diferentes escalas de riesgo tromboembólico (CHADS2, CHA2DS2VASC) en comparación con la sospecha clínica otorgada en forma de riesgo por el médico de atención primaria (MAP), en una cohorte de pacientes (p) con fibrilación auricular (FA) del estudio FABAR seguidos por MAP durante un período cercano a 3 años.

Métodos: FABAR es un estudio transversal realizado en colaboración con 35 MAP. Durante un período de 3 meses de 2008, 796p con historia previa de FA fueron incluidos. Seguimiento realizado por revisión clínica o contacto telefónico, registrándose muerte o episodios cardiovasculares, así como la causa de la muerte. Una encuesta sobre el riesgo tromboembólico de los pacientes fue respondida por los MAP para 754p (94,7%).

Resultados: Se analizaron 754p, primer episodio 86p (11,4%) FA recurrente en 143p (19,0%), y FA permanente en 525 (69,6%). Edad media $74,6 \pm 9,2$ años, 54,8% mayores de 75 años, 46,3% mujeres, 76,8% hipertensos, 24,4% diabéticos, 12,6% con insuficiencia cardíaca previa, 8% ictus o AIT previo, 10,2% enfermedad vascular. CHADS2 medio $1,84 \pm 1,1$; CHA2DS2VASC medio $3,29 \pm 1,4$. El riesgo tromboembólico estimado por los médicos se distribuyó en bajo riesgo 30,1%, moderado 40,3% y alto 29,6%. La distribución para CHADS2 fue bajo 9,9%, moderado 29,6% y 60,5% alto. El número de eventos embólicos fue de 29 (3,8%) con una mediana de seguimiento de 1119 días, anticoagulación fue usada en 576p (76,4%). La curva COR para discriminar los individuos que podrían tener o no un evento embólico durante el seguimiento basado en su score mostraron las siguientes áreas bajo la curva (AUC), para sospecha clínica del médico-AUC 0,640 (IC95% 0,605-0,675); para CHADS2-AUC 0,578 (0,542-0,613); CHA2DS2VASC-AUC 0,605 (0,569-0,640), sin diferencias estadísticamente significativas entre las 3 escalas de predicción del riesgo embólico (fig.).

Conclusiones: Los MAP mostraron una capacidad predictiva similar con su sospecha clínica si se comparan con las escalas de riesgo establecidas.

6001-772.tif

Curvas COR para predicción tromboembolia mediante sospecha clínica, CHADS2, CHA2DS2VASC.