



4025-6. ¿DEBEMOS INCLUIR LA INSUFICIENCIA RENAL EN LAS ESCALAS DE ESTIMACIÓN DEL RIESGO EMBÓLICO EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR?

Francisco Marín¹, Vanessa Roldán², Sergio Manzano-Fernández¹, Hermógenes Fernández², Pilar Gallego², Mariano Valdés¹, Vicente Vicente² y Gregory YH Lip³ del ¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, ²Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia y ³City Hospital, Birmingham.

Resumen

Introducción: La insuficiencia renal (IR) se asocia a un peor pronóstico en los pacientes con fibrilación auricular (FA) bajo tratamiento anticoagulante. Se ha asociado a una mayor incidencia de embolismo, complicaciones tromboticas y hemorrágicas, así como mayor mortalidad. Pero, no está aclarado si la IR añade información pronóstica independiente a las escalas de estratificación del riesgo, ya que las variables que están incluidas en dichas escalas tienen influencia en la función renal. El objetivo de nuestro estudio fue valorar si la IR mejora de forma independiente el valor predictivo de las escalas de riesgo CHADS2 y CHA2DS2-VASc.

Métodos: Se incluyeron 978 pacientes con FA no valvular paroxística o permanente bajo tratamiento anticoagulante estable los últimos 6 meses (49% varones; mediana de edad 76 años). Tras un seguimiento de 875 días (percentiles 25-75: 706-1059), se registró la aparición de ictus o accidente isquémico transitorio, embolismo periférico, eventos cardiovasculares (síndrome coronario agudo, ingreso por insuficiencia cardiaca aguda y muerte de origen cardiovascular) y muerte de cualquier causa.

Resultados: Durante el seguimiento, 113 pacientes (4,82%/año) presentaron un evento adverso cardiovascular, de ellos 39 (1,66%/año) fueron ictus/accidentes isquémico transitorio, 43 (1,83%/año) tuvieron un síndrome coronario agudo y 32 (1,37%/año) presentaron un ingreso por insuficiencia cardiaca aguda. Además, 102 pacientes (4,35%/año) murieron, 31 de ellos (1,32%/año) como resultado de un evento trombotico. En los análisis del estadístico c y de la mejoría de la discriminación (IDI), la IR no mostró una mejoría en la capacidad de predicción de los diferentes eventos analizados, ictus/accidente isquémico transitorio, eventos cardiovasculares trombotico y muerte de cualquier causa con respecto a las escalas de estratificación clínica CHADS2 o CHA2DS2-VASc.

Conclusiones: Aunque la IR se asocia a un peor pronóstico, e incluso se ha sugerido que sería interesante su valoración para predecir eventos en la evolución. Nuestro estudio demuestra como la IR no añade información pronóstica a las principales escalas de estratificación clínica, como las escalas CHADS2 o CHA2DS2-VASc.