Rev Esp Cardiol. 2017;70(Supl 1): 706

Revista Española de Cardiología

6008-137. RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y EL PESO EN EL TIEMPO EN RANGO TERAPÉUTICO EN PACIENTES TRATADOS CON ACENOCUMAROL

Samantha Wasniewski[1], Francisco Guillermo Clavel Ruipérez[1], Pablo Conesa Zamora[2], Pablo Ramos Ruiz[1], Marta Merelo Nicolás[1], Federico Soria Arcos[1], Juan Antonio Castillo Moreno[1] y Luciano Consuegra-Sánchez[1] del [1]Servicio de Cardiología y [2]Servicio de Anatomía Patológica y Análisis Clínicos, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia).

Resumen

Introducción y objetivos: En pacientes con fibrilación auricular (FA) tratados con acenocumarol, se acepta como adecuado un tiempo en rango terapéutico (TRT) ? 70%. La predicción del TRT es difícil pues las herramientas clínicas disponibles, tales como el SAMe-TT2R2, muestran una capacidad discriminativa limitada. Evidencias previas señalan que la determinación del peso e índice de masa corporal (IMC) podrían influir en el TRT. Nuestro objetivo fue investigar la relación entre peso, IMC y TRT.

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes con FA no valvular anticoagulados ? 6 meses con acenocumarol. Estratificamos la muestra en función del IMC y el peso según cuartiles. Para evaluar la relación entre peso/IMC y el TRT empleamos el test Kruskal-Wallis y el coeficiente de correlación (Spearman). Estimamos la capacidad discriminativa la escala SAMe-TT2R2 mediante el área bajo la curva ROC y el incremento del mismo al añadir peso e IMC, acompañado del correspondiente test de contraste de hipótesis.

Resultados: Se incluyó a 212 pacientes (84-39,6% presentaron TRT ? 70%). La edad media fue 74 ± 8,9 años (peso 82 ± 15,3 kg, IMC 30,8 ± 5,07 kg/m^2). Se observó que el TRT fue mayor con el incremento del peso (TRT en Q1 61 ± 18, Q2 60 ± 24, Q3 65 ± 17, Q4 67 ± 21) con un coeficiente Rho 0,17 (p = 0,012). Asimismo, el TRT fue mayor con el incremento del IMC (TRT en Q1 62 ± 19, Q2 60 ± 20, Q3 63 ± 22, Q4 68 ± 20), coeficiente Rho 0,13 (p = 0,056). El área bajo la curva para predecir un TRT ? 70 para el SAMe-TT2R2 fue de 0,516 (IC95% 0,43-0,60, p = 0,693), para el peso de 0,61 (IC95% 0,53-0,69, p = 0,007) y para el IMC 0,59 (IC95% 0,52-0,67, p = 0,029). La adición del peso sobre la escala SAMe-TT2R2 supuso un incremento significativo de la capacidad discriminativa de esta última (?10%, p = 0,032) a diferencia del IMC (?6,9%, p > 0,05).

Conclusiones: Se obsevró una correlación positiva y significativa, aunque no lineal, tanto del peso como del IMC con el TRT. Además, la cuantificación del peso fue capaz de incrementar de forma significativa la capacidad discriminativa dela escala SAMe-TT2R2 en la estimación del TRT.