Rev Esp Cardiol. 2017;70(Supl 1): 399

Revista Española de Cardiología

5021-2. COMPARACIÓN DEL PODER PREDICTIVO DEL ESQUEMA HAS-BLED SEGÚN LA MODIFICACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR CON LAS 3 ECUACIONES DE CÁLCULO EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR DEL REGISTRO FANTASIIA

María Asunción Esteve Pastor[1], José Miguel Rivera-Caravaca[2], Inmaculada Roldán[3], Javier Muñiz[4], Ángel Cequier[5], Vicente Bertomeu-Martínez[6], Manuel Anguita[7] y Francisco Marín[1] del [1]Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), [2]Servicio de Hematología y Oncología Médica, Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia, [3]Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, [4]Universidade da Coruña, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), [5]Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, [6]Servicio de Cardiología, Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante (Alicante), y[7]Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Introducción y objetivos: El esquema de riesgo hemorrágico HAS-BLED asigna 1 punto a la presencia de enfermedad renal definida como creatinina sérica > 2,26 mg/dl. Sin embargo, la tasa de filtrado glomerular (TFG) es el mejor reflejo de la función renal de los pacientes. Existen 3 fórmulas para el cálculo de la TFG: Cockcroft Gault (CG), MDRD-4 y CKD-EPI y no han sido comparadas entre ellas en los pacientes con FA. Objetivo: comparar las diferentes TFG calculadas utilizando CG, MDRD-4 y CKD-EPI así como recalcular el esquema de sangrado HAS-BLED para conocer el poder predictivo modificado en los pacientes del registro FANTASIIA.

Métodos: Analizamos a los pacientes con FA que estaban tomando antagonistas de la vitamina K (AVK) pertenecientes al registro observacional prospectivo FANTASIIA. Se calculó la TFG con las ecuaciones para CG, MDRD-4 y CKD-EPI así como el poder predictivo utilizando el estadístico c para sangrado y mortalidad de los esquemas HAS-BLED modificados.

Resultados: Analizamos a 1.936 pacientes con una edad media de 73,8 años. La TFG calculada fue de 71,76 ± 33,02 ml/min/1,73 m^2 para CG, 72,91 ± 31,31 ml/min/1,73 m^2 para MDRD-4 y 67,14 ± 20,56 ml/min/1,73 m^2 para CKD-EPI. En cuanto a la clasificación por estadios, el número de pacientes según CG fue de 22,9-36,1-36,8-3,7-0,4% del estadio 1 al 5, respectivamente. Para la clasificación según MDRD-4 fue 21,1-47,0-29,3-2,2-0,4% y para CKD-EPI fue de 13,6-49,6-33,1-3,36-0,41% del estadio 1 al 5 respectivamente. Una puntuación elevada con HAS-BLED ? 3 se asoció con mayor mortalidad total (p 0,001), mortalidad cardiovascular (p 0,001), MACE (p 0,001) y sangrado (p 0,001). El HAS-BLED modificado usando CKD-EPI fue el que mejor poder predictivo tuvo de mortalidad (estadístico c 0,68, p = 0,033). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el poder predictivo de sangrado según la fórmula de TFG empleada (tabla).

Modificación de esquemas de riesgo	Estadístico c	IC95%	p

Mortalidad HAS-BLED-Cr	0,654	0,599-0,709	
Mortalidad HAS-BLED-CG	0,682	0,626-0,738	0,041
Mortalidad HAS-BLED-MDRD	0,678	0,623-0,733	0,099
Mortalidad HAS-BLED-CKD-EPI	0,684	0,630-0,739	0,033
Sangrado HAS-BLED-Cr	0,629	0,564-0,694	
Sangrado HAS-BLED-CG	0,641	0,575-0,707	0,458
Sangrado HAS-BLED-MDRD	0,655	0,589-0,721	0,112
Sangrado HAS-BLED-CKD-EPI	0,655	0,588 -0,722	0,095

Conclusiones: En una amplia cohorte de pacientes con FA de la vida real, se observan similares en el porcentaje de pacientes con deterioro de la función renal calculada según CG, MDRD-4 y CKD-EPI. El esquema HAS-BLED-CKD-EPI fue el que mejor poder predictivo presentó en la predicción de mortalidad, pero con una diferencia marginal y sin diferencias en la predicción de sangrado.