Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 4

Revista Española de Cardiología

4000-4. RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE CHARLSON Y EL RIESGO DE EVENTOS ADVERSOS EN LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR: SUBANÁLISIS DE LOS DATOS EN VIDA REAL DEL REGISTRO FANTASIIA

María Asunción Esteve Pastor[1], Marco Proietti[2], José Miguel Rivera Caravaca[1], Inmaculada Roldán Rabadán[3], Javier Muñiz[4], Ángel Cequier[5], Vicente Bertomeu Martínez[6], Lina Badimón[7], Martín Ruiz Ortiz[8], Manuel Anguita[8], Gregory Y.H. Lip[2] y Francisco Marín [1], del [1]Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), IMIB-Arrixaca, CIBER-CV, [2]Institute of Cardiovascular Sciences, Birmingham (Reino Unido), [3]Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, [4]Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, CIBER-CV, A Coruña, [5]Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Bellvitge, CIBER-CV, Barcelona, [6]Servicio de Cardiología, Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante (Alicante), CIBER-CV, [7]Instituto de Investigación Cardiovascular (CSIC-ICCC), CIBER-CV, Barcelona y [8]Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Introducción y objetivos: El índice de Charlson es una herramienta para evaluar la carga de comorbilidades de la población. Un Charlson elevado se asocia con un riesgo de muerte y enfermedad cardiovascular, pero su relación con la fibrilación auricular (FA) es desconocida. El objetivo fue analizar la relación entre el índice de Charlson, la calidad de la anticoagulación y los eventos adversos en una población de pacientes con FA.

Métodos: Analizamos a 1.956 pacientes con una media de edad de 73,8 años del registro nacional, multicéntrico y prospectivo FANTASIIA. Se analizó la calidad de la anticoagulación por medio del tiempo en rango terapéutico y la incidencia de eventos adversos.

Resultados: La media del Charlson fue de 1,1 ± 1,2. Se dividieron a los pacientes en cuartiles de puntuación: Q1 676 (34,6%) pacientes, Q2 683 (34,9%) pacientes, Q3 345 (17,6%) pacientes y Q4 252 (12,9%). Los pacientes de los cuartiles Q3 y Q4 presentaban mayor prevalencia de FA permanente (58,8 frente a 56,4%) frente a los pacientes en Q1 y Q2 (41,0 frente a 50,5%; p 0,001 respectivamente). Se observó un aumento significativo en la media de puntuación de las escalas CHA_2DS_2-VASc (2,8 ± 1,1 frente a 3,7 ± 1,4 frente a 4,5 ± 1,5 frente a 5,1 ± 1,6; p 0,001) y HAS-BLED (1,71 ± 0,9 frente a 1,9 ± 1,0 frente a 2,3 ± 1,0 frente a 2,7 ± 1,2; p 0,001) con el paso de los cuartiles. Se trató a 1.483 pacientes (75,8%) con antagonistas de la vitamina K (AVK). No se observaron diferencias en cuanto al tipo de anticoagulante por los diferentes cuartiles. En los pacientes tratados con AVK, el cuartil superior (Q4) se asoció de forma inversa con un TRT > 70% [OR 0,64 (IC95% 0,43-0,94; p = 0,024]. Tras 2 años de seguimiento, se observó un aumento progresivo de la tasa de sangrado mayor, muerte cardiovascular y mortalidad por todas las causas a lo largo de los cuartiles (p 0,001). El análisis de regresión de Cox ajustado mostró que los pacientes con un cuartil más alto (Q4) presentaban un riesgo independiente para el aumento de sangrado mayor y de mortalidad cardiovascular.

Eventos adversos según puntuación del índice de Charlson

	ICC Q1	ICC Q2	ICC Q3	ICC Q4	p
Ictus/AIT	1,2%	2,6%	3,2%	3,2%	0,104
HR (IC95%)	Ref.	1,78 (0,75-4,22)	1,87 (0,68-5,08)	1,80 (0,59-5,53)	
Sangrado mayor	5,3%	6,9%	9,6%	11,9%	0,003
HR (IC95%)	Ref.	1,18 (0,75-1,86)	1,52 (0,90-2,56)	1,93 (1,10-3-40)	
Mortalidad cardiovascular	2,1%	5,3%	7,8%	11,9%	0,001
HR (IC95%)	Ref.	1,78 (0,95-3,37)	1,98 (0,98-4,01)	2,72 (1,30-5,68)	
Mortalidad total	6,7%	12,6%	18,8%	23,4%	0,001
HR (IC95%)	Ref.	1,52 (1,05-2,20)	1,91 (1,25-2,89)	2,30 (1,47-3,61)	

Conclusiones: En el registro FANTASIIA, el incremento del Charlson se asocia de forma con una pobre calidad de la anticoagulación. Los pacientes con incremento de la puntuación Charlson tienen mayor tasa de eventos adversos. Así, el cuartil elevado de Charlson se asocia de forma independiente con un aumento del riesgo por mortalidad cardiovascular y sangrado mayor. El riesgo de mortalidad por todas las causas aumenta a través de los cuartiles.