



5002-12. VALIDACIÓN EXTERNA DE LA PUNTUACIÓN DE RIESGO DE COLUMBIA PARA PREDECIR EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRRETINA. ANÁLISIS DEL REGISTRO GALLEGO DE AMILOIDOSIS CARDIACA

Fausto de Andrés Cardelle¹, Eduardo Barge Caballero¹, Gonzalo Barge Caballero¹, Eva González Babarro², Andrea López López³, Inés Gómez Otero⁴, Raquel Bilbao Quesada⁵, Manuel López Pérez⁶, Mario Gutiérrez Feijoo⁷ y María G. Crespo Leiro¹

¹Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España, ²Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra, España, ³Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España, ⁴Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña), España, ⁵Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), España, ⁶Hospital Arquitecto Marcide, Ferrol (A Coruña), España y ⁷Complejo Hospitalario, Ourense, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Recientemente se ha propuesto una puntuación de riesgo denominada Columbia Risk Score (CRS) que permite predecir el pronóstico de los pacientes con amiloidosis cardiaca (AC) por transtirretina (TTR). El modelo asigna a cada paciente entre 1 y 9 puntos en función de la clase NYHA (1-4 puntos), filtrado glomerular (0-1 puntos), NT-proBNP (0-1 puntos) y dosis diaria de diurético de asa (0-3 puntos). El CRS fue validado internamente en una cohorte unicéntrica americana pero carece de una validación externa.

Métodos: Hemos realizado un estudio basado en un registro prospectivo de pacientes con AC-TTR reclutados entre el 1-1-2018 y el 31-12-2023 en 7 hospitales de Galicia (n = 385). Calculamos el CRS basal y evaluamos su valor pronóstico con respecto a los desenlaces muerte por cualquier causa y muerte o ingreso por insuficiencia cardiaca (IC). Los pacientes se clasificaron en tres grupos de acuerdo con categorías de riesgo del CRS (1-3 puntos: bajo riesgo, 4-6 puntos: riesgo intermedio, 7-9 puntos: alto riesgo). El análisis de supervivencia se realizó mediante modelos de regresión de Cox univariante y multivariante, incluyendo las variables edad, sexo, fracción de eyección y tipo de AC-ATTR como covariables de ajuste.

Resultados: Fue posible calcular el CRS en 374 (97,1%) de los pacientes. La puntuación CRS se asoció con un incremento significativo de los dos desenlaces evaluados, tanto en el análisis univariante como multivariante. El CRS mostró una capacidad global de discriminación moderada para los eventos muerte por cualquier causa (estadístico c Harrell = 0,653) y muerte o ingreso por IC (estadístico c Harrell = 0,697). Las áreas bajo la curva ROC para los eventos analizados a 2 años de seguimiento fueron 0,594 (muerte por cualquier causa) y 0,669 (muerte o ingreso por IC). De acuerdo con la prueba de bondad de ajuste para datos de supervivencia, el CRS mostró una calibración adecuada para la predicción de los eventos muerte por cualquier causa (p = 0,954) y muerte o ingreso por IC (p = 0,327).

Conclusiones: Esta es la primera validación externa del CRS en una cohorte multicéntrica y prospectiva de pacientes con AC-TTR. En nuestro estudio, el CRS mostró una buena calibración y una capacidad discriminativa moderada para esta finalidad.