



4017-6. PAPEL DE UN PANEL MULTIMARCADOR EN LA MEJORÍA DE LA PREDICCIÓN DE EMBOLIA Y SANGRADO MAYOR DE LAS ESCALAS DE RIESGO CLÍNICAS: DATOS EN EL 'MUNDO REAL'

Francisco Marín¹, Vanessa Roldán², Alena Shantsila¹, José Miguel Rivera-Caravaca¹, Mariano Valdés¹, Vicente Vicente² y Gregory Y.H. Lip¹ del ¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia) y ²Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Resumen

Introducción y objetivos: Se recomienda el uso de escalas clínicas para la predicción del riesgo de ictus y de sangrado, aunque su valor predictivo es relativo. Diferentes biomarcadores sanguíneos tienen una asociación con los eventos en pacientes con FA. El estudio de la mejora de la predicción por los biomarcadores se ha realizado en cohortes seleccionadas de ensayos clínicos. La mejora de la predicción del riesgo de ictus y sangrado mediante múltiples biomarcadores requiere un estudio adicional en el “mundo real”.

Métodos: Se estudiaron 1.363 pacientes (49% varones, 75 ± 9 años) con FA bajo anticoagulación oral estable (INR 2-3) durante al menos 6 meses. En la inclusión se cuantificaron las concentraciones de troponina T ultrasensible (hsTnT, como exponente del daño miocárdico), de porción N-terminal del péptido natriurético tipo B (NT-pro-BNP, un marcador del aumento de la presión intra-ventricular) de interleucina 6 (IL6, un marcador inflamatorio) y de factor von Willebrand (vWF, marcador de daño endotelial). El tiempo en rango terapéutico (TRT) se registró a los 6 meses después de la inclusión, método Rosendaal. La tasa de filtración glomerular (eGFR) se calculó utilizando la fórmula MDRD. En un seguimiento de 6 años, se registraron los eventos embólicos y hemorragias mayores.

Resultados: La mediana de seguimiento fue de 2.375 días (IQR 1.564-2.887). Durante este periodo 253 pacientes (2,8%/año) sufrieron un evento trombótico [131 ictus (tasa de 1,5%/año)], 222 tuvieron una hemorragia mayor (tasa de 2,5%/año) y 498 fallecieron (tasa de 6,3%/año). Con un panel de biomarcadores (4 marcadores sanguíneos, TRT y MDRD), el valor predictivo de la puntuación CHA₂DS₂-VASc para embolia se incrementó significativamente, tanto con el estadístico c (0,63 [0,59-0,66] frente a 0,65 [0,61-0,69]; $p = 0,03$), como el valor IDI (1,42%; $p 0,0001$). Del mismo modo, se incrementó el valor predictivo de HAS-BLED para la aparición de sangrado mayor con el estadístico c (0,60 [0,56-0,63] frente a 0,64 [0,61-0,68]; $p 0,001$), y el valor de IDI (1,64%; $p 0,0001$).

Conclusiones: La inclusión de múltiples biomarcadores aumenta el valor predictivo de las escalas de riesgo clínico en pacientes con FA, aunque en ambos casos, el valor predictivo global fue modesto y la ventaja predictiva añadida sobre las puntuaciones clínicas es marginal. Esta mejora ha de alcanzar un equilibrio para evitar la pérdida de simplicidad y funcionalidad.