



6003-67. COMPARACIÓN ENTRE LOS ESQUEMAS ABC-STROKE Y CHA₂DS₂-VASC EN LA PREDICCIÓN DE RIESGO ISQUÉMICO EN LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR: ANÁLISIS DE DATOS DE VIDA REAL

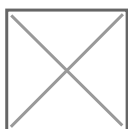
María Asunción Esteve Pastor¹, José Miguel Rivera-Caravaca², Vanessa Roldán², Mariano Valdés-Chávarri¹, Vicente Vicente², Gregory Y.H. Lip³ y Francisco Marín¹ del ¹Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), ²Servicio de Hematología y Oncología Médica. Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia, y ³University of Birmingham, Institute of Cardiovascular Sciences, City Hospital, Birmingham (Reino Unido).

Resumen

Introducción y objetivos: El esquema de riesgo CHA₂DS₂-VASC ha sido validado en diferentes cohortes como una buena escala clínica para poder predecir el riesgo isquémico con los pacientes con fibrilación auricular (FA). Sin embargo, las últimas guías sugieren que los biomarcadores pueden tener un papel en la estratificación del riesgo isquémico. Así surge el nuevo esquema ABC-stroke ((edad, biomarcadores [NT-proBNP y troponina ultrasensible], y la historia clínica con antecedentes previos de ictus/AIT. Sin embargo, no se ha producido una validación a largo plazo ni en población del mundo real de este esquema. Objetivo: analizar y validar el poder predictivo del esquema ABC-stroke en comparación con el esquema CHA₂DS₂-VASC en una cohorte de pacientes con FA de la vida real.

Métodos: Se analizaron de forma consecutiva pacientes estables con FA paroxística, permanente o persistente anticoagulados con acenocumarol y una mediana de seguimiento de 6,5 años. Se recogieron variables clínicas, analíticas y demográficas para poder calcular los esquemas de riesgo ABC-stroke y CHA₂DS₂-VASC y su poder predictivo.

Resultados: Se analizaron 1.125 pacientes con una mediana de edad de 76 años (71-81) y un 49,7% varones. La mediana de CHA₂DS₂-VASC fue de 4 (3-5) y la mediana de ABC-stroke de 9,1 (7,3-11,3). La mediana de tiempo en rango terapéutico (TRT) a los 6 meses fue del 80%. Durante el seguimiento se produjeron 203 sangrados mayores (2,77%/año), 114 ictus (1,55%/año) y 450 muertes (6,15%/año). A los 3,5 años de seguimiento, el estadístico C para la predicción de eventos isquémicos fue mayor para el esquema ABC-stroke que para el CHA₂DS₂-VASC (0,663 [IC95% 0,634-0,690] frente a 0,600 [IC95% 0,567-0,625]; p = 0,046). Sin embargo, a los 6,5 años de seguimiento, no se observaron diferencias estadísticamente significativas (0,662 [IC95% 0,633-0,690] frente a 0,620 [IC95% 0,590-0,648]; p = 0,116) (figura). Además, para el índice de mejora de reclasificación (IDI), el esquema ABC-stroke presentó poca mejoría (< 2%) en la sensibilidad a los 3,5 años y 6,5 años. Resultado similar se obtuvo con la mejoría neta de reclasificación (NRI).



Supervivencia libre de eventos según la estratificación del riesgo isquémico para las escalas CHA₂DS₂-VASc y ABC-Stroke.

Conclusiones: En un seguimiento y validación a largo plazo, se observó que el esquema de riesgo isquémico ABC-stroke no proporciona una mejoría en el poder predictivo de riesgo isquémico con respecto al esquema de riesgo CHA₂DS₂-VASc en los pacientes con FA de la vida real.