



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 Pastor¹, Marco Proietti², José Miguel Rivera Caravaca¹, Inmaculada Roldán Rabadán³, Javier Muñoz⁴, Ángel Cequier⁵, Vicente Bertomeu Martínez⁶, Lina Badimón⁷, Martín Ruiz Ortiz⁸, Manuel Anguita⁸, Gregory Y.H. Lip² y Francisco Marín¹, del ¹Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), IMIB-Arrixaca, CIBER-CV, ²Institute of Cardiovascular Sciences, Birmingham (Reino Unido), ³Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, ⁴Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, CIBER-CV, A Coruña, ⁵Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Bellvitge, CIBER-CV, Barcelona, ⁶Servicio de Cardiología, Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante (Alicante), CIBER-CV, ⁷Instituto de Investigación Cardiovascular (CSIC-ICCC), CIBER-CV, Barcelona y ⁸Servicio 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 $1,1 \pm 1,2$. 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 CHA₂DS₂-VASc ($2,8 \pm 1,1$ frente a $3,7 \pm 1,4$ frente a $4,5 \pm 1,5$ frente a $5,1 \pm 1,6$; $p < 0,001$) y HAS-BLED ($1,71 \pm 0,9$ frente a $1,9 \pm 1,0$ frente a $2,3 \pm 1,0$ frente a $2,7 \pm 1,2$; $p < 0,001$) 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.