



7003-15. LA EFECTIVIDAD DE DIVERSAS ESCALAS DE RIESGO CARDIOVASCULAR PARA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA VARÍA CON EL OBJETIVO ESTUDIADO

Álvaro Aceña Navarro¹, Ana María Pello Lázaro¹, M. de las Nieves Tarín Vicente², Rocío Carda Barrio¹, Joaquín Alonso-Martín³, Óscar Lorenzo González¹, Jerónimo Farré Muncharaz¹ y José Tuñón Fernández¹ del ¹IIS-Fundación Jiménez Díaz, Madrid, ²Hospital Universitario de Móstoles (Madrid) y ³Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid).

Resumen

Introducción: No hay escalas de riesgo validadas para evaluar pacientes con cardiopatía isquémica crónica (CIC). Hemos analizado la utilidad de 3 escalas de riesgo publicadas previamente para predecir eventos en pacientes con CIC.

Métodos: Hemos evaluado estas escalas de riesgo en 603 pacientes con CIC: 1) La escala basada en el estudio de Framingham, que utiliza la edad, sexo, HDL, diabetes, tabaco y HTA; 2) la escala del estudio LIPID (*Long-Term Intervention with Pravastatin in ischemic Disease*), que usa 15 variables incluyendo edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular e historia cardiovascular; y 3) la escala simplificada de VILCAD (*Vienna and Ludwigshafen Coronary Artery Disease*), calculada con edad, fracción de eyección, creatinina en plasma, frecuencia cardíaca y hemoglobina A1c. Los objetivos secundarios eran: 1) Incidencia de eventos isquémicos agudos (cualquier evento coronario agudo o accidente cerebrovascular); y 2) muerte u hospitalización por insuficiencia cardíaca (IC). El objetivo primario era la combinación de eventos secundarios. Calculamos el *Net Reclassification Index* (NRI) para evaluar la mejora en la predicción de eventos de cada escala frente a un modelo construido con las variables de ajuste.

Resultados: La edad era de $61,2 \pm 12,3$ años. El 75,1% de los pacientes eran varones. El seguimiento fue de $2,08 \pm 0,97$ años. Cuarenta y dos pacientes desarrollaron un evento isquémico agudo, 22 IC o muerte, y 60 presentaron el objetivo primario. Por regresión de Cox, la aparición de eventos isquémicos fue predicha solo por la escala Framingham [HR = 1,046, IC95% = 1,012-1,082; p = 0,029], con un NRI de 9,7% (9,6-9,8%). Las escalas LIPID (HR = 1,126, IC95% = 1,041-1,217; p = 0,005) y VILCAD (HR = 1,988, IC95% = 1,480-2,670; p 0,001) predijeron el desarrollo de IC o muerte con NRIs de 5,8% (5,7-5,9) y 18,6 (18,3-18,9), respectivamente. El desarrollo del objetivo primario fue predicho por las escalas LIPID (HR = 1,096, IC95% = 1,031-1,165; p = 0,005) y VILCAD (HR = 1,387, IC95% = 1,132-1,700; p = 0,003), con NRIs de 3,4% (3,3-3,5) y 19,4% (19,3-19,6), respectivamente.

Conclusiones: En la predicción del riesgo en CIC, las escalas que utilizan factores de riesgo cardiovascular predicen la aparición de eventos isquémicos, mientras que las que incluyen variables relacionadas con la función cardíaca y renal predicen mejor la aparición de IC y muerte. Estos datos deberían tenerse en cuenta en el desarrollo de futuras escalas de riesgo.