

VALOR DE LA MEDIDA DEL ÍNDICE TOBILLO/BRAZO EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR EN RELACIÓN CON ESCALAS DE RIESGO EMBOLICO VALIDADAS

^aLópez MJ, ^aPérez-Andreu V, ^aFernández A, ^bManzano S, ^aSánchez A, ^aCosta F, ^bMarín F, ^bValdés M, ^aVicente V, ^aRoldán V.

^aS^o Hematología y Oncología Médica. Hospital Universitario Morales Meseguer. ^bS^o de Cardiología Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: Existen varias escalas para estratificar el riesgo embólico en pacientes con fibrilación auricular (FA). Las escalas CHADS2 y Framingham, se han diseñado basándose en dos grandes estudios poblacionales, y permiten clasificar a los pacientes con FA en bajo y alto riesgo, lo cual puede ser útil a la hora de la trombopprofilaxis. Por otra parte, en la población del SPAF-III, el daño endotelial ha demostrado ser predictor de eventos cardiovasculares y parece mejorar la asignación del riesgo. Sin embargo, dicha población se fundamenta en los datos obtenidos en un ensayo multicéntrico, que muchas veces se aleja de los pacientes observados en la práctica clínica diaria. La determinación del índice tobillo/brazo (ITB), es un herramienta muy útil en la estratificación del riesgo cardiovascular, ya que puede identificar a pacientes con aterosclerosis subclínica y riesgo cardiovascular.

Objetivo: El objetivo fue analizar el papel del ITB en la estratificación del riesgo en pacientes con FA.

Métodos: Se incluyeron 121 pacientes consecutivos con FA crónica con una anticoagulación correcta, (INR 2-3) al menos 6 meses. Se excluyeron a los pacientes con valvulopatías o prótesis valvulares. En todos los pacientes analizamos el ITB consistente en dividir la presión arterial sistólica de cada tobillo entre la presión arterial sistólica de cada brazo, estimada mediante estudio Doppler. Se consideró un ITB patológico un valor ≤ 0.9 y ≥ 1.4 . Se recogieron los factores clínicos necesarios para calcular el riesgo pacientes según las nuevas escalas CHADS2 (Gage BF. JAMA 2001) y Framingham (Wang TJ. JAMA 2003): edad, sexo, tensión arterial sistólica, diabetes, embolismo previo e insuficiencia cardiaca.

Resultados: 28 pacientes (23,1%) presentaron un ITB patológico. Estos pacientes mostraron una puntuación más alta en la escala de Framingham 11 ± 5 vs 9 ± 5 , $p=0.021$. La presencia de un ITB patológico se asoció a la diabetes ($p=0.003$), y a la insuficiencia cardiaca ($p=0.012$), manteniendose dicha significación en el analisis multivariante, de tal forma que los diabéticos tienen una OR 3.31 (1.30-8.61), $p=0.014$ de mostrar un ITB patológico y los pacientes con insuficiencia cardiaca una OR 2.48 (1.00-6.12), $p=0.049$. La puntuación con la escala CHADS mostró una tendencia con la presencia de un ITB patológico ($p=0.09$).

Conclusiones: La presencia de un ITB patológico se asocia a una mayor puntuación de la escala Framingham (una escala validada para estratificar el riesgo de ictus en población no seleccionada con FA). Son necesarios más estudios para comprobar su valor pronóstico y si mejora el grado de estratificación de la escala.