

Validación externa del DR FLASH score para recurrencia de FA tras ablación de venas pulmonares

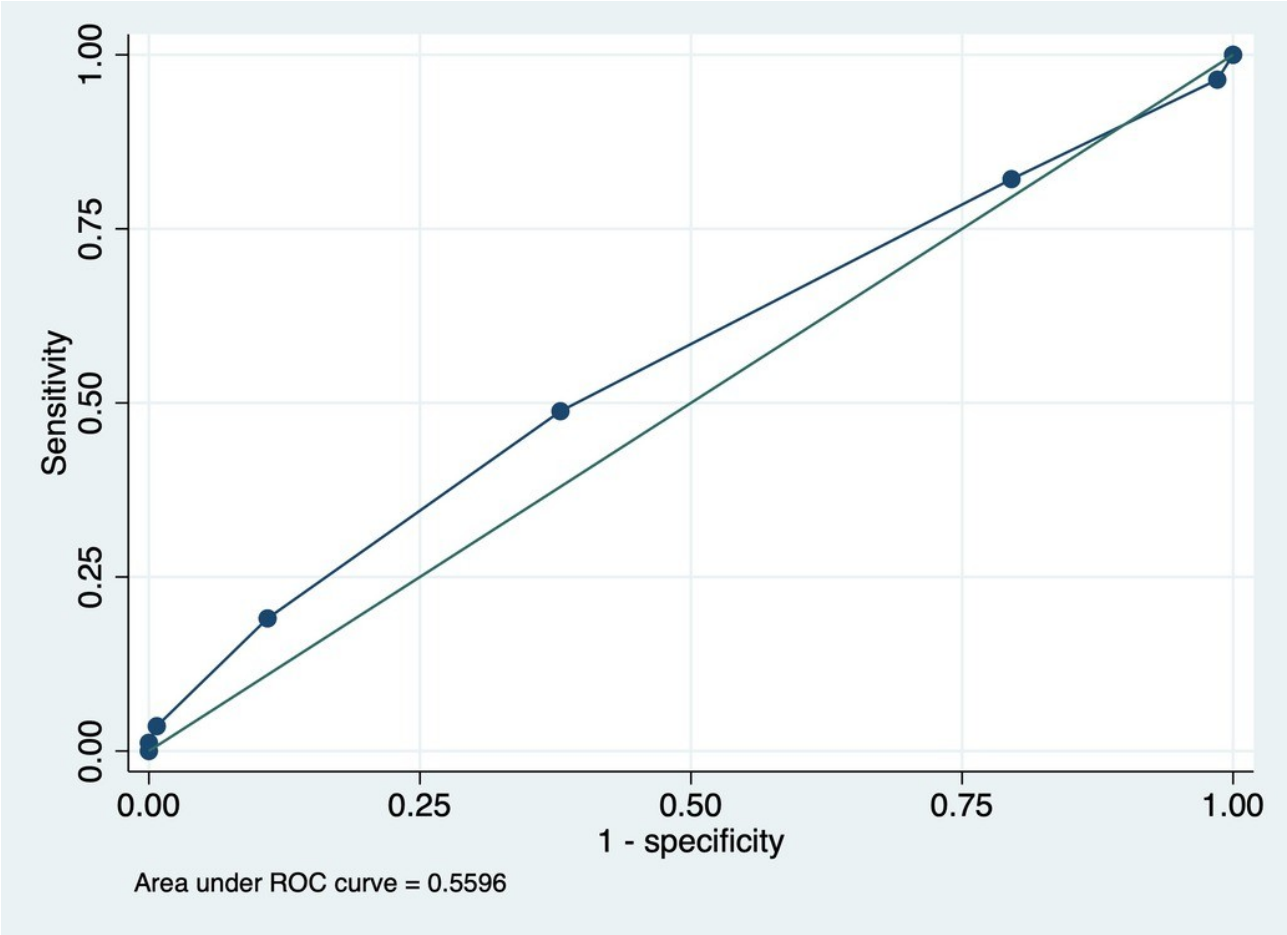
Sofía Seoane López(1), Mauro Trincado Ave(2), María Brión Martínez(3), Alejandro Blanco Verea(3), Oleksandr Shangutov Kulichok(4), Zoila Caaveiro Saavedra(3), Rocío Gil Torres(3), Federico García-Rodeja Arias(2), Carlos Tilves(5), Javier Ramos Maqueda(6), Óscar Alcalde Rodríguez(7) y Moisés Rodríguez Mañero(1) de (1)Cardiología. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña) - España, (2)Cardiología e Instituto Carlos III. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña) - España, (3)Instituto de Investigación Sanitaria Santiago de Compostela (IDIS), Santiago de Compostela (A Coruña) - España, (4)Cardiología. Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo - España, (5)Grupo de “Xenética Cardiovascular” del Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago (IDIS), Santiago de Compostela (A Coruña) - España, (6)Cardiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza - España y (7)Cardiología. Hospital Universitario de Navarra, Pamplona (Navarra) - España

Introducción: El DR FLASH score es un score validado para predecir qué pacientes con fibrilación auricular (FA) tienen un sustrato arrítmico importante, con fibrosis auricular extensa. Esto permite planificar el procedimiento de cara a la ablación de venas pulmonares (AVVPP). Este score aporta 1 punto por cada uno de los siguientes criterios: presencia de diabetes, disfunción renal (tasa de filtración glomerular estimada (TFG) <90 mL/min por 1,73 m^2), forma persistente de FA, diámetro de la aurícula izquierda >45 mm, edad >65 años, sexo femenino e hipertensión. En la validación realizada por los autores del score en su publicación, este tenía un área bajo la curva (ABC) de 0.8 (intervalo de confianza (IC) 95 %: 0.738–0.865, p < 0.001) para predecir la presencia de áreas de bajo voltaje auricular. No se ha estudiado su capacidad para predecir recurrencias tras AVVPP.

Métodos: Decidimos estudiar mediante una cohorte de validación externa la capacidad del DR FLASH SCORE para predecir el desarrollo de recurrencia tras AVVPP empleando una cohorte multicéntrica de 221 pacientes con fibrilación auricular persistente sometidos a AVVPP entre 2023 y 2024.

Resultados: Las características basales de los pacientes están disponibles en la tabla 1. El ABC fue 0.56 (IC 95%: 0.48-0.64). En la imagen 1 puede verse la curva ROC. Además, la prueba de bondad de ajuste mostró un p-valor de 0.52, lo que indica que no hay diferencias significativas entre el riesgo predicho por el modelo original y la tasa de eventos observada en nuestra población (adecuada calibración). Cabe señalar que en nuestra base de datos frecuentemente se indicaba la TFG como >60, por lo que en lugar de aportar un punto si TFG <90 lo hicimos si TFG <60.

Conclusiones: En conclusión, en nuestra cohorte contemporánea de pacientes con FA persistente el DR FLASH Score no ha demostrado capacidad predictiva (ABC 0.56; IC 95%: 0.48-0.64), aunque el ajuste es adecuado (p=0.52), por lo que no parece un modelo útil para este propósito.



Características basales de los pacientes

Edad (años)	62.0 [54.0 – 67.0]
Tiempo evolución (meses)	24.0 [11.0 – 72.0]
IMC (kg/m²)	30.2 [26.6 – 32.9]
Diámetro de AI (mm)	45.0 [41.0 – 49.0]
Número de CVE previas	1.0 [1.0 – 2.0]
Varón, n (%)	169 (76.5%)
HTA, n (%)	126 (57.0%)
Diabetes (DM2), n (%)	26 (11.8%)
Insuficiencia renal crónica, n (%)	8 (3.6%)
Cardiopatía, n (%)	80 (36.2%)
Ablación previa, n (%)	28 (12.7%)
CVE previa, n (%)	189 (85.5%)
Amiodarona, n (%)	60 (27.2%)
Flecainida, n (%)	56 (25.3%)
Recurrencia en ventana (primeros 3 meses), n (%)	49 (22.4%)
Recurrencia a medio plazo (mes 3 a 12), n (%)	84 (38.0%)

Los datos se presentan como mediana [rango intercuartílico] para las variables continuas y como n (%) para las variables categóricas. IMC: índice de masa corporal; AI: aurícula izquierda; CVE: cardioversión eléctrica; DM2: diabetes mellitus tipo 2; HTA: hipertensión arterial.