

6010-135. IMPACTO DE LA CLASIFICACIÓN EHRA VALVULAR EN LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

María Asunción Esteve Pastor¹, Antonio Escolar Conesa¹, José Miguel Rivera Caravaca¹, Pablo Gil Pérez¹, José M^a Arribas Leal², Rubén Taboada Martín², Sergio Cánovas López², Matías Pérez Paredes³, Vanessa Roldán Schilling⁴ y Francisco Marín⁵

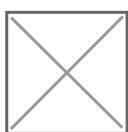
¹Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ²Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ³Servicio de Cardiología, Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia. ⁴Servicio de Hematología y Oncología Médica, Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia. ⁵Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción y objetivos: Diferentes estudios muestran que la asociación entre la fibrilación auricular (FA) y la enfermedad valvular confiere peor pronóstico a los pacientes. La nueva clasificación de la European Heart Rhythm Association (EHRA) clasifica a los pacientes en EHRA 1 (prótesis mecánica), EHRA 2 (valvulopatía nativa significativa o prótesis biológica) y EHRA 3 (ausencia de valvulopatía). Objetivo: evaluar las características clínicas de los pacientes con FA EHRA tipo 2 y 3 así como las diferencias en los eventos adversos en el seguimiento.

Métodos: Estudio multicéntrico descriptivo observacional retrospectivo donde se recogen las características clínicas, ecocardiográficas y demográficas de los pacientes estables con diagnóstico de FA clásicamente conocida como no valvular (EHRA 2 y 3). Tras 2 años de seguimiento, se analizaron los eventos adversos.

Resultados: Se analizaron 650 pacientes y se dividieron según al grupo EHRA perteneciente 402 (61,84%) fueron clasificados como EHRA 2 y 248 (38,16%) como EHRA 3. De los pacientes EHRA 2, 93 (23,1%) eran portadores de prótesis biológica y 309 (78,9%) con afectación valvular sobre válvula nativa. De ellas, la principal afectación se correspondía con estenosis aórtica (21,6%) o insuficiencia mitral (76,1%). Los pacientes EHRA 2 presentaron mayor edad [77 (70-82) vs 73 (65-80) p 0,001] así como puntuación elevada de las escalas CHA₂DS₂-VASc [4 (3-5) vs 3 (2-4); p 0,001] y HAS-BLED [3 (2-3) vs 2 (2-3); p 0,001]. Tras dos años de seguimiento, los pacientes EHRA 2 presentaron mayor riesgo de mortalidad total [HR 1,79, IC95% (1,14-2,82), p = 0,011], insuficiencia cardíaca [HR 3,74, IC95% (2,38-5,87); p 0,001], eventos MACE [HR 2,72, IC95% (1,99-3,71); p 0,001], eventos combinados (MACE+ sangrado mayor) [HR 1,74, IC95% (1,21-2,529; p = 0,002]. Las curvas de supervivencia mostraron el pronóstico adverso que confiere la presencia de la clasificación EHRA 2 en los pacientes con FA en comparación con los pacientes sin afectación valvular (EHRA 3).



Curvas de supervivencia libre de eventos según clasificación EHRA.

Conclusiones: La afectación valvular en los pacientes con FA es elevada, constituyendo hasta el 62% de la muestra. Los pacientes clasificados como EHRA 2 presentaron un incremento significativo de eventos adversos en el seguimiento. Estos resultados destacan la importancia de la evaluación de la presencia de valvulopatía en los pacientes con FA ya que puede constituir un marcador de riesgo pronóstico destacable.