



## 6005-75. DIFERENCIAS ENTRE LAS ESCALAS CHADS2 Y CHA2DS2VASC EN LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD CARDIOVASCULAR A 10 AÑOS EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

Iris Esteve Ruiz<sup>1</sup>, Antonio José Fernández Romero<sup>2</sup>, Eva María Cantero Pérez<sup>1</sup>, José Carlos Corona Guerrero<sup>3</sup> e Irene Esteve Ruiz<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Alta Resolución, Écija (Sevilla). <sup>2</sup>Hospital de Alta Resolución de Utrera (Sevilla). <sup>3</sup>Hospital de Alta Resolución, Constantina (Sevilla). <sup>4</sup>Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El riesgo de tromboembolia en la fibrilación auricular no valvular (FANV) se estratificaba mediante la escala CHADS2 hasta 2012 y posteriormente con CHA2DS2VASC. Nuestro objetivo es evaluar si la escala CHA2DS2VASC presenta información pronóstica adicional en términos de morbimortalidad cardiovascular (cv) en nuestra población.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes consecutivos diagnosticados de FANV en consultas de Cardiología entre los años 2007-2009 y análisis de 10 años de evolución.

**Resultados:** Se analizaron 118 pacientes, se adjunta tabla con características basales. Con respecto al tipo de FANV, se observó un mayor% de pacientes con FA permanente cuando CHADS2/CHA2DS2VASC  $\geq 2$  y un mayor% de FA paroxística en CHADS2/CHA2DS2VASC 0 y 1 con diferencias significativas para ambos grupos. Durante el seguimiento a 10 años se registraron 50 fallecimientos en toda la muestra, de los cuales 19 (17%) fueron por causa CV. De ellos, 5 presentaban CHADS2 = 1 y 12 pacientes tenían CHADS2  $\geq 2$ . Si relacionamos los exitus CV con la escala CHA2DS2VASC se obtuvieron los siguientes resultados: ningún paciente con 0 puntos, 1 con CHA2DS2VASC 1; y 18 pacientes con CHA2DS2VASC  $\geq 2$ , con una  $p$  0,003. De los 5 exitus con CHADS2 = 1, solo 1 pertenecía al grupo CHA2DS2VASC = 1, otro poseía 2 puntos para CHA2DS2VASC y 3 fueron reclasificados a CHA2DS2VASC = 3 (fig.). 60 pacientes presentaron durante el seguimiento al menos 1 evento CV y 21 pacientes (17,8%) tuvieron un ictus, con un seguimiento medio de  $4,0 \pm 3,16$  años. La distribución en los diferentes subgrupos se adjunta en la tabla.

	CHADS 0	CHADS 1	CHADS 2	p	CHADSVASC 0	CHADSVASC 1	CHADSVASC 2	p
Edad al diagnóstico	53 $\pm$ 17	68 $\pm$ 11	71,1 $\pm$ 8,6	0,01	42,9 $\pm$ 15,5	61,9 $\pm$ 9,2	74,4 $\pm$ 15	0,001
Sexo femenino	3 (16%)	19 (54%)	36 (57%)	0,01	2 (18%)	1 (6%)	47 (52%)	0,01

Tabaquismo	8 (42%)	16 (48%)	10 (9%)	0,01	4 (37%)	12 (70%)	18 (22%)	0,001
HTA	0	24 (71%)	54 (87%)	0,001	0	7 (41%)	71 (82%)	0,001
DM2	0	1 (3%)	21 (36%)	0,001	0	1 (6%)	21 (26%)	0,014
DL	3 (16%)	10 (30%)	23 (46%)	0,04	1 (9%)	5 (29%)	30 (41%)	0,1
ERC	0	4 (11%)	11 (18%)	0,12	0	1 (6%)	14 (16%)	0,2
Broncopatía	4 (21%)	6 (16%)	8 (13%)	0,66	1 (9%)	4 (24%)	13 (15%)	0,5
Septum y pared posterior	9,9 ± 1	11,4 ± 1,7	12,7 ± 2,1	0,001	9,5 ± 1	11,1 ± 1,3	12,3 ± 2,1	0,001
Tamaño AI	38 ± 6,3	44 ± 6,6	45,8 ± 4,9	0,001	36,3 ± 6,4	42,3 ± 6	45,5 ± 9,9	0,001
Eventos CV	2	17	41	0,02	1	5	54	0,02
AVC/embolia	0	4	17	0,012	0	1	20	0,018
FA permanente	3 (16%)	17 (47%)	34 (54%)	0,023	1 (9%)	5 (29%)	48 (53%)	0,027
FA paroxística	14 (74%)	17 (47%)	21 (33%)	0,023	9 (82%)	10 (59%)	33 (37%)	0,027
Exitus CV	0	1	14	0,003	0	1	18	0,01
Eventos CV	2	17	41	0,001	1	5	54	0,001

Porcentajes relativos de los datos epidemiológicos y ecocardiográficos de cada subgrupo.



*Reclasificación entre CHADS2 y CHA2DS2VASC en pacientes fallecidos de causa CV.*

**Conclusiones:** Nuestros pacientes con CHADS/CHA2DS2VASC 0 son en su mayoría FA paroxística y con un tamaño de AI y septum dentro de la normalidad. Aquellos pacientes con CHADS/CHA2DS2VASC  $\geq 2$  presentan FA permanente, son dislipémicos  $> 40\%$ , y tienen grosores parietales y tamaño de AI aumentados. El sistema de puntuación de la escala CHA2DS2VASC puede ser útil para predecir los eventos y la mortalidad CV en los pacientes con FANV y no solo para el parámetro para el que fue concebida: el riesgo embólico. En nuestro estudio, esta característica diferenciadora no la observamos con la escala CHADS2, la cual no discrimina adecuadamente en pacientes con FANV de riesgo moderado.