



6083-624. EL TAMAÑO NORMAL DE LA AURÍCULA IZQUIERDA COMO PREDICTOR DE MENOR RIESGO PARA EVENTOS CARDIOEMBÓLICOS EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y PUNTUACIÓN MAYOR DE 2 EN LA ESCALA CHA2DS2VASC

Eva María Cantero-Pérez¹, Antonio José Fernández Romero², José Carlos Corona Guerrero², Iris Esteve Ruiz¹ y Alejandro Adsuar-Gómez³

¹Hospital de San Sebastián, Écija (Sevilla). ²Hospital de Alta Resolución de Utrera (Sevilla). ³Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: Varios metaanálisis muestran que un mayor tamaño auricular izquierdo (AI) se relaciona con más eventos cardioembólicos, incluso en ritmo sinusal. Actualmente, el tamaño AI no se contempla en las escalas para la decisión de profilaxis tromboembólica en la fibrilación auricular no valvular (FANV). El objetivo de este estudio es describir si un tamaño normal de AI (≤ 40 mm en eje largo paraesternal) podría suponer un menor riesgo de eventos cardioembólicos en pacientes con FANV.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de 118 pacientes diagnosticados de FANV entre los años 2008 y 2009 y seguidos durante 10 años. La muestra total se dividió en 2 grupos: A (diámetro de AI ≤ 40 mm) y B (AI > 40 mm). Se comparó la incidencia de eventos cardioembólicos y mortalidad cardiovascular tras llevar a cabo una estratificación según CHA2DS2VASC. En un segundo análisis se consideraron solo aquellos pacientes sin tratamiento antitrombótico para eliminar el efecto protector del mismo.

Resultados: La tabla muestra las características basales de los 2 grupos de estudio. Un 72% de la población tenían AI > 40 mm. 2 pacientes del grupo A (7,7%) presentaron eventos cardioembólicos durante el tiempo de seguimiento de 10 años, comparado con 14 pacientes (20,3%) del grupo B (fig.). La estratificación por la escala CHA2DS2VASC mostró que en pacientes con valores 0-1 el riesgo embólico era muy bajo en ambos grupos. Sin embargo, en pacientes con valores en dicha escala ≥ 2 las diferencias fueron clínicamente relevantes (8,3% frente a 27,6%) aunque estadísticamente no significativas ($p = 0,269$). Por otro lado, 3 pacientes en el grupo A (12,0%) y 13 en el grupo B (20,0%) fallecieron por causa cardiovascular ($p = 0,541$). A continuación se seleccionó la población que no estaba bajo ninguna terapia antitrombótica. Se observó que ninguno de los 10 pacientes con AI ≤ 40 mm presentó eventos cardioembólicos en 10 años, comparado con el 25% (3 de 12) de los pacientes con aurícula dilatada (todos ellos con CHA2DS2VASC ≥ 2).

Características basales de los grupos de estudio.

Grupo A (AI ≤ 40 mm)	Grupo B (AI > 40 mm)	p
---------------------------	------------------------	---

Edad

Mediana	62,6	75,1	0,001
Rango intercuartílico	22,66	11,10	
Sexo (mujer) (N, %)	11 (42)	29 (42)	NS
HTA (N, %)	13 (50)	52 (79)	0,01
DM (N, %)	2 (8)	16 (26)	NS
Ictus previo (N, %)	2 (8)	6 (9)	NS
CI previa (N, %)	1 (4)	8 (12)	NS
IC previa (N, %)	1 (4)	9 (13)	NS
ERC (N, %)	2 (8)	7 (10)	NS
EPOC (N, %)	4 (15)	10 (15)	NS

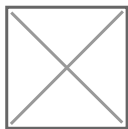
Escala CHADS2

Mediana	1	2	0,001
Rango intercuartílico	1,0	2,0	

Escala CHA2DS2-VASc

Mediana	1	3	0,001
Rango intercuartílico	3,0	2,0	

DM: diabetes mellitus; CI: cardiopatía isquémica; IC: insuficiencia cardiaca; ERC: enfermedad renal crónica; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Los datos se muestran como valor absoluto y porcentaje entre paréntesis.



Curva actuarial libre de Ictus en una cohorte con fibrilación auricular y seguimiento de 10 años.

Conclusiones: En nuestro estudio, el menor tamaño de la AI se asocia a menos episodios tromboembólicos en un seguimiento a 10 años de pacientes con FANV y valores elevados en la escala CHA2DS2VASc, independientemente del tratamiento profiláctico. Nuestros resultados nos motivan a llevar a cabo estudios a mayor escala.