



## 5028-5. UTILIDAD DE LA ESCLAA HATCH COMO PREDICTOR DE RECURRENCIA DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES SOMETIDOS A CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA

Marta Jiménez Martín<sup>1</sup>, Leopoldo Pérez de Isla<sup>2</sup>, Luis Eduardo Enríquez Rodríguez<sup>2</sup>, Andrea Rueda Liñares<sup>3</sup>, Carolina Espejo Paeres<sup>2</sup>, Ana Cecilia Alcántar Fernández<sup>2</sup>, Julián Pérez Villacastín<sup>2</sup> y Carlos Macaya Miguel<sup>2</sup> de la <sup>1</sup>Clínica Universidad de Navarra, Pamplona (Navarra), <sup>2</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid y <sup>3</sup>Hospital General de la Defensa Gómez Ulla, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La escala HATCH se diseñó para estratificar el riesgo de que pacientes con fibrilación auricular (FA) paroxística desarrollen FA persistente en el transcurso de un año. Es un *score* ordinal que se calcula con la siguiente fórmula:  $HTA \times 1 + edad > 75 \text{ años} \times 1 + ictus \times 2 + insuficiencia\ cardíaca \times 2 + EPOC \times 1$ . El objetivo del presente estudio es evaluar la utilidad de dicha escala como predictor de recurrencia de FA en pacientes sometidos a cardioversión eléctrica (CVE).

**Métodos:** Se incluyeron pacientes consecutivos con FA que se sometieron a CVE entre octubre de 2012 hasta marzo de 2016. Se dividieron los pacientes en 2 grupos según la escala HATCH. El grupo 1 (n = 455) tenía un *score* HATCH  $\geq 3$  y el grupo 2 (n = 55), una puntuación HATCH  $\geq 4$ . Se comparó la efectividad de la CVE, así como la recurrencia de la FA a las 4 y 8 semanas.

**Resultados:** Se incluyó a 510 pacientes. La edad promedio del grupo 1 fue menor a la del grupo 2 ( $64,6 \pm 11,2$  frente a  $78,4 \pm 4,25$ ; p 0,001). No se observaron diferencias significativas en la utilización de bloqueadores beta (grupo 1: 67 frente a grupo 2: 65,7%; p = 0,824) ni de fármacos antiarrítmicos (grupo 1: 36,9 frente a grupo 2: 26,20%; p = 0,091). El análisis univariado de los diferentes componentes de la escala HATCH mostró una mayor prevalencia de los mismos en el grupo 2 con diferencias estadísticamente significativas. El porcentaje de efectividad de la CVE fue similar entre ambos grupos (grupo 1 89 frente a grupo 2 87,3%; p = 0,699), sin embargo se observó una menor recurrencia de la FA en el grupo 1 tanto a las 4 semanas (34,20 frente a 52,40%, p = 0,008), como a las 8 semanas (39 frente a 57,10%, p = 0,009). Se objetivó también que el grupo 2 tenía un valor más alto en la escala de CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ( $5,2 \pm 1,21$  frente a  $2,12 \pm 1,48$ ; p = 0,008), y de HAS-BLED ( $3,18 \pm 1,13$  frente a  $1,63 \pm 1,11$ ; p 0,001), sugiriendo un mayor riesgo de eventos cardioembólicos y hemorrágicos.

**Conclusiones:** Una puntuación HATCH  $\geq 4$  se correlaciona con una mayor recurrencia de la FA a las 4 y 8 semanas en pacientes con FA sometidos a CVE, y con un mayor riesgo de eventos cardioembólicos y hemorrágicos según las escalas CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc y HAS BLED.