



6002-31. PREDICTORES DE FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR

Sandra Cabrera Gómez, Ermengol Vallès Gras, Begoña Benito Villabriga, Óscar Alcalde Rodríguez, Jesús Ignacio Jiménez López, Miguel Ángel Guijo Sánchez, Carmen Altaba Rodríguez y Julio Martí-Almor del Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: Se han descrito previamente escalas de riesgo de fibrilación auricular *de novo* (FAN), pero pocos han incluido parámetros del Holter de 24h (H24). Nuestro objetivo ha sido crear y validar una calculadora con parámetros simples para estratificar el riesgo de FAN.

Métodos: Analizamos una cohorte retrospectiva de 299 pacientes sometidos a H24 por cualquier causa, excluyendo aquellos con FA previa o durante H24.

Resultados: La edad media de la población era 62 ± 18 años (46,5% mujeres). Tras una mediana de seguimiento de 39,1 meses (IQI 36,6-40), la incidencia de FAN fue del 10,4%. En el análisis univariado, la edad, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la insuficiencia cardiaca o antecedente de miocardiopatía (ICC/M), la insuficiencia renal, una puntuación $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc} \geq 4$, la función ventricular izquierda 50%, el diámetro auricular izquierdo > 40 mm (HR 2,8), un porcentaje de extrasístoles supraventriculares %ESV $> 0,2\%$, la carga auricular > 15 (definida por el producto de TSV y MNL) y el intervalo PR se asociaron significativamente a desarrollo de FAN. El análisis multivariado mostró que la edad (incremento de HR 1,07 por cada año; $p = 0,001$), el intervalo PR (incremento de HR de 1,01 por cada mm; $p = 0,006$), un % ESV $> 0,2\%$ (HR 3,3; $p = 0,003$) y la ICC/M (HR 6,2; $p = 0,001$) fueron predictores independientes de FAN. Con estos predictores se construyó una calculadora de riesgo de FAN que fue validada en una nueva cohorte de pacientes con similares características. Esta herramienta mostró una buena capacidad de discriminación evaluada por C index: área bajo la curva (IC95%) 0,794 (0,713-0,875) a los 3 años.

Conclusiones: Sencillos parámetros clínicos, electrocardiográficos y de Holter nos ayudan a estratificar el riesgo de FAN y pueden guiar una monitorización más rigurosa para un diagnóstico precoz.