



9. CARDIOPATÍA AURICULAR COMO PREDICTOR DE EVENTOS INTRAHOSPITALARIOS Y EN EL SEGUIMIENTO EN EL INFARTO EMBÓLICO

Arturo Lanaspá Gallego, Alberto Vera Sainz, Octavio Raúl Jiménez Melo, Jara Amañur García Ugaldebere, Julene Ugarriza Ortueta, Betel Olaizola Balboa, Leire Goñi Blanco, Pablo Raposo Salas, Adela María Navarro Echeverría, Valeriano Ruiz Quevedo, Mayte Basurte Elorz, M. Teresa Beunza Puyol, Nuria Basterra Sola, Rafael Sádaba Sagredo y Virginia Álvarez Asiain

área Clínica del Corazón. Hospital Universitario de Navarra, Pamplona/Iruña (Navarra), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La embolia coronaria (EC) es causa infrecuente de infarto agudo de miocardio (IAM). La fibrilación auricular (FA) es la causa más común de EC. Se describe que el IAM embólico tiene mayor mortalidad cardíaca y por cualquier causa, en parte por ser pacientes más comórbidos. Sin embargo el papel de la cardiopatía auricular como predictor de eventos en el IAM embólico no ha sido evaluada.

Métodos: Para superar la limitada evidencia, y evaluar el papel de la cardiopatía auricular en los eventos en el infarto embólico, hemos realizado un estudio observacional y retrospectivo, de pacientes consecutivos con diagnóstico de IAM embólico entre 2017-2023. Se recogieron características clínicas, analíticas, ecocardiográficas, angiográficas, complicación intrahospitalaria (definida como el combinado de insuficiencia cardíaca, *shock* cardiogénico, ictus, taquiarritmia ventricular y mortalidad intrahospitalaria) y eventos durante el seguimiento (definido como el combinado de ictus, reinfarcto, mortalidad cardiovascular y mortalidad por cualquier causa).

Resultados: Se inscribió a 55 pacientes, presentándose 17 eventos intrahospitalarios (31%). Estos tenían niveles más bajos de hemoglobina (14 ± 2 vs 13 ± 3 d/dl; $p = 0,03$), peor filtrado glomerular (49 ± 18 vs 68 ± 18 ml/min; $p = 0,001$), *strain* auricular conducto menor (5 ± 3 vs $14 \pm 10\%$; $p = 0,03$), mayor volumen de aurícula izquierda (AI) indexado (32 ± 15 vs 49 ± 15 ml/m²; $p = 0,01$), peor fracción de eyección de la aurícula izquierda (FEAI) (16 ± 9 vs 40 ± 18 ; $p = 0,002$) y más incidencia de FA (88% vs 12%). En el análisis multivariante, la FEAI fue predictor independiente de complicación intrahospitalaria (tabla). De 46 pacientes dados de alta 9 sufrieron el evento combinado en el seguimiento, evidenciando que tenían más diámetro de AI, más volumen AI indexado y el septo interventricular mayor. No hubo diferencias en incidencia de FA. En el análisis multivariante, el volumen de AI indexado, fue predictor independiente del evento combinado en el seguimiento (tabla). Mediante el *log rank test*, la dilatación auricular (volumen de AI indexado > 34 ml/m²) se asoció con mayor riesgo del evento combinado en el seguimiento ($p = 0,01$) (figura).

Predictores de complicación intrahospitalaria y de eventos durante el seguimiento

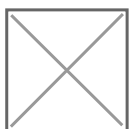
Evento combinado intrahospitalario

Variable	Regresión logística univariante	Regresión logística multivariante
Hb ingreso	OR 0,7 (IC95% 0,5-0,98; p = 0,04)	
Filtrado ingreso	OR 0,94 (IC95% 0,9-0,98; p = 0,003)	
LAScd	OR 0,77 (IC95% 0,6-0,99; p = 0,049)	
FEAI	OR 0,88 (IC95% 0,8-0,98; p = 0,015)	OR 0,86 (IC95% 0,7-0,99; p = 0,035)
Volumen AI indexado	OR 1,07 (IC95% 1,01-1,1; p = 0,020)	

Evento combinado en el seguimiento

Variable	Regresión de Cox univariante	Regresión de Cox multivariante
Diámetro AI	HR 1,1 (IC95% 1,03-1,2; p = 0,009)	
Volumen AI indexado	HR 1,1 (IC95% 1,02-1,2; p = 0,01)	HR 1,2 (IC95% 1,01-1,3; p = 0,03)
Espesor SIV	HR 1,2 (IC95% 1,01-1,5; p = 0,04)	HR 1,4 (IC95% 0,98-2,1; p = 0,07)

AI: aurícula izquierda; Hb: hemoglobina; LAScd: *strain* auricular conducto; FEAI: fracción de eyección de aurícula izquierda; SIV: septo interventricular.



Eventos en el seguimiento en función de dilatación AI.

Conclusiones: La FEAI se asoció de forma independiente con los eventos intrahospitalarios, mientras que el volumen AI indexado se asoció a más eventos en el seguimiento. Este estudio demuestra que la cardiopatía auricular podría identificar pacientes con mayor riesgo de eventos en el IAM embólico.