



6002-15. EFECTO DIFERENCIAL DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR SOBRE LA MORTALIDAD DE CUALQUIER CAUSA EN PACIENTES INGRESADOS POR INFARTO DE MIOCARDIO, INSUFICIENCIA CARDIACA O ICTUS

Francisco Guillermo Clavel Ruipérez¹, Luciano Consuegra-Sánchez¹, Irene A. García-Escribano¹, Isidro Hernández Fernández¹, Francisco Javier Félix-Redondo², Luis Lozano Mera³, José Ramón López-Mínguez⁴ y Daniel Fernández-Berges⁵ del ¹Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia), ²Servicio Extremeño de Salud, Unidad de Investigación GRIMEX. Programa de Investigación en Enfermedades Cardiovasculares, Villanueva de la Serena (Badajoz), ³C.S. Urbano I. Servicio Extremeño de Salud, Mérida. Unidad de Investigación GRIMEX. Programa de Investigación en Enfermedades Cardiovasculares, Villanueva de la Serena (Badajoz), ⁴Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz y ⁵Sección de Cardiología, Servicio de Medicina Interna. Hospital Don Benito, Unidad de Investigación GRIMEX, Programa de Investigación en Enfermedades Cardiovasculares, Villanueva de la Serena (Badajoz).

Resumen

Introducción y objetivos: Se acepta que la fibrilación auricular (FA) en pacientes con enfermedad cardiovascular establecida se asocia a un pronóstico adverso, sin embargo se desconoce si esta asociación es distinta en función de la enfermedad de base. Fue nuestro objetivo establecer el impacto pronóstico de la FA en la mortalidad de cualquier causa en pacientes ingresados por infarto agudo de miocardio (IAM), insuficiencia cardiaca (IC) o ictus.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivas en pacientes ingresados con diagnóstico principal de IAM, IC o ictus desde enero/2000 a diciembre/2009. Se consideró FA si aparecía como diagnóstico secundario en el informe de alta, independientemente de su tipo o momento de aparición. Se crearon modelos jerárquicos de regresión ajustados para predecir el efecto de la FA sobre la mortalidad.

Resultados: Incluimos 6.613 pacientes (2.177 IAM, 2.208 IC, 2.228 ictus) y presentaron FA 1.686 (25,5%). La edad media fue 73,7 años (45,4% mujeres). Registramos 813 (12,3%) muertes hospitalarias y 2.248 tras el alta. El seguimiento mediano fue 6,2 años (intercuartílico 3,9-8,8). La mortalidad hospitalaria de los pacientes con FA ingresados por IAM (16,7 frente a 11,4%, $p = 0,017$) y por ictus (20,9 frente a 13,6%, $p = 0,001$) fue superior a aquellos sin FA, a diferencia de los ingresados por IC (10,0 frente a 9,4%, $p = 0,589$). La tasa de incidencia de mortalidad tras el alta en los pacientes con FA e IAM fue significativamente superior a aquellos sin FA (11,5 IC95% 9,3-14,0 frente a 4,6 IC95% 4,2-5,1 por 100 pacientes-año, $p = 0,001$). Idéntica observación para aquellos con ictus (13,0 IC95% 11,3-14,9 frente a 7,0 IC95% 6,4-7,6, $p = 0,001$) y a diferencia de los pacientes con IC (11,4 IC95% 10,3-12,6 frente a 12,7 IC95% 11,7-13,7, $p = 0,117$). En un contexto multivariante, la FA no asoció con la mortalidad hospitalaria ni en la cohorte total ni según el diagnóstico de ingreso. Sin embargo, la FA asoció con la mortalidad tras el alta tanto en la cohorte total ($HR = 1,17$ IC95% 1,06-1,28), como en los pacientes ingresados por IAM ($HR = 1,49$ IC95% 1,19-1,87) e ictus ($HR = 1,33$ IC95% 1,13-1,57) y a diferencia de aquellos ingresados por IC ($HR = 0,90$ IC95% 0,79-1,03; p interacción = 0,001).

Conclusiones: La FA se comporta como factor de riesgo independiente, sobre todo para la mortalidad tras el alta y en los pacientes ingresados por IAM e ictus, a diferencia de aquellos con IC.