



6000-113. FIBRILACIÓN AURICULAR COMO FACTOR PRONÓSTICO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Manuel Almendro Delia, María José Valle Caballero, Ángel García Alcántara, Antonio Reina Toral, Kristel Medina Rodríguez, Emilia Blanco Ponce, Rafael Hidalgo Urbano y José María Cruz Fernández del Área del Corazón Sevilla. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga y Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción: Existen controversias sobre el factor pronóstico de la fibrilación auricular (FA) durante los síndromes coronarios agudos (SCA). Analizamos las implicaciones pronósticas de la aparición de FA en pacientes con SCA.

Métodos: Análisis prospectivo de pacientes de 40 Hospitales andaluces incluidos en el Registro ARIAM (Análisis del Retraso en el Infarto Agudo de Miocardio) entre 2001-2011. Los pacientes con FA (gFA) se compararon con los pacientes sin FA.

Resultados: Se analizaron 39.237 pacientes. El gFA con 2.852 pacientes (6,6%) presentaba más mujeres (34,6 vs 25,6%; $p < 0,00001$), mayor edad ($71 \pm 9,8$ vs 63 ± 12 ; $p < 0,00001$) y mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular así como más complicaciones durante el ingreso: arritmias malignas (8,9 vs 3,7%; $p < 0,00001$), Insuficiencia cardíaca (46,7 vs 19% $p > 0,0001$), shock cardiogénico (16,7 vs 2,8%; $p < 0,00001$) y mortalidad intrahospitalaria (12,4 vs 5,1%; $p < 0,00001$). En el análisis de Cox no ajustado, fueron predictores de mortalidad la FA (HR 2,16; $p < 0,0001$), la edad (HR 1,82; $p < 0,0001$ por cada decenio), la diabetes (HR 1,65; $p < 0,0001$), las arritmias malignas (HR 2,14; $p > 0,0001$), el shock cardiogénico (HR 22,38; $p < 0,0001$) y la frecuencia cardíaca al ingreso (Fc) (HR 1,18; $p = 0,005$, por cada latido) siendo la fracción de eyección (FE) (HR 0,67; $p = 0,006$ por cada incremento en 5 puntos) y el uso de betabloqueantes (HR 0,2; $p < 0,00001$) variables protectoras. En el modelo ajustado, la edad, la Fc, las arritmias malignas, el uso de betabloqueantes y el shock se mantuvieron como predictores independientes. Al eliminar las dos variables con mayor peso pronóstico (shock y arritmias), la FA se mantuvo como variable independiente. Para ajustar las diferencias en las características basales del gFA, se realizó emparejamiento de 3.816 sujetos mediante análisis de propensity score. El modelo de Cox final, sólo mantuvo la FA (HR 1,32; $p = 0,006$), el shock cardiogénico (HR 15,6; $p < 0,00001$) y las arritmias malignas (HR 1,35; $p = 0,009$) como variables independientes de mortalidad intrahospitalaria.

Conclusiones: La FA durante los SCA se asocia mayor tasa de complicaciones intrahospitalarias, siendo un predictor independiente de mortalidad. La aparición de FA en el curso de los SCA no debería considerarse un fenómeno aislado, teniendo implicaciones pronósticas que impliquen terapias más agresivas.