



4017-5. IMPORTANCIA PRONÓSTICA DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR AL INGRESO Y DE NUEVA APARICIÓN EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Luciano Consuegra Sánchez¹, Leticia Jaulent Huertas¹, Germán Escudero García², Ángela Díaz Pastor², Marta Vicente Gilabert³, Emilio Galcerá Jornet⁴, José Galcerá Tomás³ y José Antonio Melgarejo Moreno² del ¹Servicio de Cardiología, H.G.U. Santa Lucía, Cartagena (Murcia), ²Servicio de Medicina Intensiva, H.G.U. Santa Lucía, Cartagena (Murcia), ³Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia y ⁴Hospital Universitario de San Juan, Alicante.

Resumen

Introducción y objetivos: La fibrilación auricular (FA) es un hallazgo frecuente en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) a menudo reflejando insuficiencia cardiaca. Es por ello que el impacto pronóstico de la FA presente en el momento del ingreso ("FA inicial") y de aquella que aparece durante la estancia hospitalaria -no estando presente al ingreso- ("FA de novo") es controvertido. Nos propusimos estudiar el impacto pronóstico sobre la mortalidad de la FA inicial y FA de novo en pacientes con diagnóstico de IAM.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de 4.497 pacientes ingresados en dos hospitales con IAM y ST elevado o bloqueo de rama izquierda presuntamente nuevo. Se obtuvo información clínica detallada y se realizaron modelos de regresión logística binaria y de Cox ajustados para la mortalidad intrahospitalaria y en el primer año (por cualquier causa). Se obtuvo información al seguimiento en todos los pacientes.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 65 ± 13 años (3.384, 75,3% varones). Un total de 153 pacientes estaban diagnosticados previamente de FA (3,4%), 274 (6,1%) presentaron FA inicial y 175 (3,9%) FA de novo. Se observaron 594 (13,2%) muertes hospitalarias y 225 (5,8%) tras el alta. Tanto la FA inicial como la FA de novo asociaron con la mortalidad hospitalaria (OR = 2,42, IC95% 1,82-3,23 y OR = 3,13 IC95% 2,24-4,36, respectivamente) y tras el alta (HR = 3,33, IC95% 2,30-4,82 y HR = 2,12, IC95% 1,24-3,65) en modelos no ajustados. Sin embargo en modelos cuidadosamente ajustados, bien calibrados (H-Lemeshow p valor = 0,63) y de elevado valor discriminativo (estadístico C = 0,94), ni la FA inicial ni la FA de novo se asociaron con la mortalidad intrahospitalaria (OR = 1,05, IC95% 0,62-1,78 y OR = 1,52, IC95% 0,89-2,60). Idéntica fue la observación para el modelo de Cox ajustado: HR (FA inicial) = 1,31, IC95% 0,87-1,98 y HR (FA de novo) = 1,17, IC95% 0,67-2,04.

Conclusiones: En nuestro estudio, tanto la FA inicial como la FA de novo se asociaron a mayor mortalidad bruta a corto y largo plazo pacientes con IAM. Sin embargo, ninguna de las dos resultó ser predictor independiente en modelos ajustados.