Rev Esp Cardiol. 2013;66 Supl 1: 108

Revista Española de Cardiología

4017-8. ¿INFLUYE LA FA EN EL PRONÓSTICO DEL SCA MANEJADO SEGÚN LAS DIRECTRICES ACTUALES?

Sem Briongos Figuero[1], Manuel Jiménez Mena[2], Javier Ortega Marcos[3], Asunción Camino López[2], Javier de Juan Bagudá[2] y José Luis Zamorano Gómez[2] de la [1]Fundación Jiménez Díaz, Madrid, [2]Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid y [3]Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

Resumen

Introducción: Registros de la década pasada demostraron que el desarrollo de FA de nueva aparición es un factor pronóstico a corto y largo plazo en pacientes ingresados por síndrome coronario agudo (SCA) con o sin elevación del ST.

Objetivos: Determinar el valor pronóstico del desarrollo de un primer episodio de FA en pacientes ingresados por SCA y tratados bajo las directrices actuales.

Métodos: Análisis del registro prospectivo de pacientes consecutivos ingresados por SCA en el periodo de 18 meses en la Unidad de Cuidados Cardiológicos Agudos de un hospital de tercer nivel.

Resultados: De un total de 505 pacientes, 318 ingresaron por SCASEST y 218 un SCACEST. Los datos se resumen en la tabla. Los pacientes ingresados por SCASEST eran mayores y tenían más historia de HTA, diabetes, dislipemia, cardiopatía isquémica e insuficiencia renal. La prevalencia de FA de nueva aparición no difirió entre ambos grupos. Tampoco se encontraron diferencias en la estancia media, ni en la presencia de complicaciones intrahospitalarias salvo el *shock* cardiogénico y la revascularización exitosa de la lesión culpable que fueron más frecuentes en los pacientes con SCACEST. El tratamiento al alta fue similar salvo en el uso de clopidogrel y amiodarona. Las curvas de supervivencia Kaplan Meier muestran que el desarrollo de FA se asoció con menor supervivencia total y cardiovascular en el global de la población a 24 meses de seguimiento. Sin embargo separando los datos en función del tipo de SCA, la FA de nueva aparición solo se asoció a un aumento de la mortalidad cardiovascular y por todas las causas ($p < 0,005$ ambas) en los pacientes ingresados por SCACEST, mientras que no hubo relación en los ingresados por SCASEST. Tras corregir los resultados por posibles factores de interacción (comorbilidades previas, complicaciones intrahospitalarias, FEVI, tratamiento al alta entre otras) solo la edad, HTA previa, *shock* cardiogénico y la revascularización exitosa demostraron ser factores pronósticos independientes, mientras que la FA no lo fue.

Características	SCACEST (218)	SCASEST (318)	p
Edad media (DE)	63,9 (13,6)	67,2 (11,5)	0
Sexo (mujeres)	23,40%	29,90%	NS

Hipertensión	46,10%	64,20%	0.00
Diabetes	17,10%	33%	0
Dislipemia	40,10%	49,40%	0.03
Tabaquismo	49,30%	36%	0
Cardiopatía isquémica previa	11,50%	30,80%	0.00
I. renal previa	6%	16,40%	0.00
FA durante el ingreso	9,20%	8,70%	NS
FEVI	56,1 (13,3)	57,7 (15,9)	0
Datos de laboratorio medios (DE)			
Creatinina máxima (mg/dl)	1,2 (1)	1,8 (5,7)	0
Troponina I pico (ng/ml)	73,5 (85,1)	15,7 (25)	0
Hemoglobina mínima (g/dl)	13,2 (1,8)	12,8 (2)	NS
Evolución en Unidad Coronaria			
Duración del ingreso media (DE)	5,5 (3,8)	4,8 (3,3)	NS
Revascularización exitosa	83,70%	55,50%	0
FRA	12,40%	15,80%	NS
Necesidad hemodiálisis	2,30%	3,60%	NS
Ventilación mecánica invasiva	3,70%	2,60%	NS
Shock cardiogénico	8,60%	4,30%	0

Ictus	0,50%	0,30%	NS
Tratamiento al alta			
Aspirina	98,60%	98,40%	NS
Clopidogrel	98,60%	92,40%	0
Beta bloqueantes	82,40%	81,60%	NS
IECA/ARA II	92,10%	88,40%	NS
Antagonistas aldosterona	7,10%	6%	NS
Estatinas	98,60%	96,40%	NS
Amiodarona	16%	8,40%	0

DE: desviación estándar; FA: fibrilación auricular; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.

Conclusiones: En pacientes con SCA tratados bajo las directrices actuales, la aparición de al menos un episodio de FA se asoció con una menor supervivencia tanto en global de la población como en pacientes con SCACEST. Sin embargo tras ajustar los datos la FA demostró no ser factor pronóstico de mortalidad a largo plazo en ningún tipo de SCA.